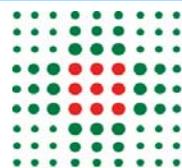
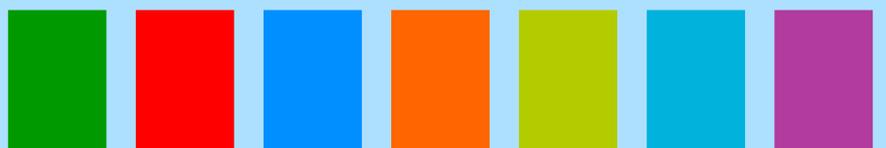


Bilancio di Missione 2008



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



INDICE

Presentazione	1
1 Contesto di riferimento	3
1.1 Quadro normativo e istituzionale	5
Quadro normativo nazionale	5
Quadro normativo regionale	9
Quadro istituzionale locale	12
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università	13
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale	17
1.4 Accordo di fornitura	24
1.5 Osservazioni epidemiologiche	25
2 Profilo aziendale	35
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	37
Sostenibilità economica	37
Sostenibilità finanziaria	57
Sostenibilità patrimoniale	59
2.2 Impatto sul contesto territoriale	67
Impatto economico	67
Impatto sociale	69
Impatto culturale	73
Impatto ambientale	74
2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza	76
Costo pro-capite per livello di assistenza	76
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	79
Assistenza distrettuale	80
Assistenza specialistica ambulatoriale	80
Assistenza ospedaliera	89
Qualità dell'assistenza	114
2.4 Ricerca e didattica	117
Attività di ricerca	117
Attività didattica	122
2.5 Assetto organizzativo	126
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	135
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	137
3.2 Universalità ed equità di accesso	139
Governo delle liste di attesa	139
Progetto SOLE	140
Assistenza odontoiatrica	140
Programmi di screening	142
Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani	144
Assistenza ai cittadini migranti	145
3.3 Centralità del cittadino	149
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti	149
Valutazione della soddisfazione	150
Aspetti alberghieri e servizi alla persona	151
3.4 Qualità dell'assistenza e efficienza gestionale	152
Interventi sull'accessibilità	152
Interventi sui processi assistenziali	153
Interventi sulla sicurezza dei pazienti	157
Interventi sulla continuità assistenziale	159

	Governo clinico del farmaco	160
	Gestione del rischio	161
	Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere	164
	L'accreditamento	170
	Servizi in rete per le cure palliative nella fase terminale della vita e Ospedali Senza Dolore	171
	Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale-Distretto	171
	L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza	179
	Programma Stroke Care	180
	Emergenza territoriale	181
	Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto	182
	Sistema informativo	187
3.5	Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	188
	L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione	188
	Trapianto di rene ABO incompatibile da donatore vivente	189
	Cardiochirurgia all'avanguardia con nuova tecnica operatoria: valvole aortiche transcateretere	190
	Linee guida per la gestione in Pronto Soccorso del trauma cranico lieve dell'adulto	191
	L'introduzione della videocapsula e altre novità nell'offerta di attività endoscopica dell'apparato digerente	192
	Innovazione tecnologica	194
3.6	Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca	196
	Comitato di Indirizzo	196
	Collegio di Direzione	197
	Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica	199
	Percorsi di integrazione fra didattica e ricerca	201
	Rilevazione del contributo dell'Università	203
	Finanziamento sistema integrato S.S.R. - Università	205
<hr/>		
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	207
4.1	La "carta di identità" del personale	209
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	
	Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione	216
	Comitati Pari Opportunità	216 217
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	218
	Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi	218
	Sorveglianza sanitaria	219
	Gestione degli infortuni	221
4.4	La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura	
	Interventi di prevenzione e riduzione del burn out	224
	"Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale": la fase attuativa	224
	La comunicazione con il paziente e la famiglia e il lavoro in team	225 225
4.5	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	226
	Assistenza al paziente con sindrome coronarica acuta con ST sopraelevato	226
	Gestione del paziente con disfagia a genesi neurologica	227
	Interventistica angiografica	228
	Stroke care	228
	Osservatorio aziendale ulcere cutanee	229
4.6	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	230
	Sistema d'incentivazione del personale dirigente	231
	Sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto	232

4.7	Formazione	233
	Principali risultati raggiunti	234
	Formazione Operatori Socio Sanitari (OSS)	236
4.8	Sistema informativo del personale	236
4.9	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	236
	Libera professione	239
	Gestione del contenzioso	239
	Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro	239
4.10	Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori	241
	Il nido aziendale	241
	I servizi alla persona	241
<hr/>		
5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	243
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi	245
5.2	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	248
5.3	La comunicazione interna aziendale	252
<hr/>		
6	Governo della ricerca e innovazione	255
6.1	Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	258
	Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali	258
	Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie	259
	Utilizzo appropriato delle innovazioni	274
	Reti cliniche e Registri di patologia/intervento	278
6.2	Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	278
	Attività di formazione del personale	278
	Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica	280
	Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna	280
	Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie	281
	Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione	286
6.3	Garanzie di trasparenza	287
	Anagrafe della Ricerca	287
	Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori pubblici e privati	289
	Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico	289
	Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali	290
<hr/>		
7	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	293
7.1	Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale	295
7.2	Il nuovo Pronto Soccorso	297
7.3	Innovazioni/progettualità in ostetricia e ginecologia	299
	Il Centro Nascita	299
	Innovazione in campo ginecologico: introduzione di tecniche chirurgiche mini-invasive avanzate	301
7.4	La nuova segnaletica dell'area ospedaliera	302
<hr/>		
	Conclusioni del Direttore Generale	307
<hr/>		
	Parere del Comitato di Indirizzo	311
<hr/>		



Presentazione

Dove stiamo andando? Può un documento come il Bilancio di missione consentirci di rispondere a questa domanda? È ormai noto che si tratta di un documento di rendicontazione, che “racconta” quanto è stato fatto nell’anno trascorso, i risultati raggiunti e le sfide ancora aperte.

Nelle scelte che abbiamo fatto è racchiusa l’indicazione della strada che faremo. Non è questa solo un’immagine retorica, ma un principio di concretezza e di realtà. Ci portano nel futuro i progetti, le idee, le iniziative, le relazioni, il lavoro intrapreso. Del resto, il Bilancio di missione, nella sua complessità e periodicità, ci consente di tracciare una linea di continuità fra diverse modalità, fasi e momenti in cui si articola il complesso agire di un’organizzazione.

Il Nuovo Ospedale dei Bambini viene edificato a partire, proprio nel 2008, dall’abbattimento del vecchio padiglione. È questa una rottura con il passato, con la storia della pediatria iniziata nel 1900 a Parma? Noi lo consideriamo come un ulteriore tassello di crescita di questa storia, che guarda al suo passato, ma anche al mondo che cambia e ai nuovi bisogni di cura che emergono, e all’evoluzione del sapere e della conoscenza. È su questa storia passata, sulla realtà del nostro territorio che nasce l’importante progetto di evoluzione e cambiamento non solo strutturale e architettonico, ma anche culturale e organizzativo che sarà il Nuovo Ospedale dei Bambini.

Quali altre “ambizioni” per l’Ospedale di Parma racchiude il 2008? Il Bilancio di missione mette in evidenza innanzitutto il nuovo Pronto soccorso, cui quest’anno è dedicata la copertina. Il progetto complessivo del nuovo Ospedale di Parma vede nella realizzazione del nuovo Pronto soccorso uno dei centri nevralgici del generale ammodernamento funzionale e tecnologico. L’assistenza alla persona nelle condizioni, spesso avverse, di emergenza e urgenza, è alla base dello studio complessivo, nelle sue parti architettoniche e di organizzazione. Si tratta di un approccio di progettazione integrata che include gli aspetti funzionali, strutturali, impiantistici (con particolare riferimento agli aspetti tecnologici) e sociali che insieme concorrono a determinare la qualità ambientale e assistenziale complessiva.

Di particolare rilievo, inoltre, l’Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia stipulato con l’Ateneo di Parma, che determina le modalità con cui si realizza l’integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca e che vede ciascuna scuola di specializzazione basata su una rete formativa composta da strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale. Nel 2007, come ci ricorda il relativo Bilancio di missione, era stato predisposto 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.

L’Accordo attuativo sancisce fra l’altro la partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale alla formazione specialistica e rileva che l’attività didattica è contemplata nella programmazione delle unità operative coinvolte, assegnando un ruolo attivo al Collegio di Direzione.

Si conferma, nel 2008, il ruolo propositivo del Collegio di Direzione aziendale verso la Direzione generale 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.

Anche di ricerca parla, in modo ancora più approfondito, questo Bilancio di missione, considerando, fra le altre cose, quali sono le difficoltà per collegare ricerca e pratica in ambito sanitario e quali le strategie su cui stiamo lavorando. Questo è un tema cruciale per le aziende sanitarie e in modo particolare per quelle ospedaliere-universitarie come la nostra, in primo piano nella quotidiana messa alla prova di strategie per l’integrazione tra ricerca, assistenza e formazione.

Di integrazione nel volume si tratta più volte, non solo come integrazione fra funzioni, così centrali nella nostra mission. Vi sono altri aspetti dell’integrazione che vengono realizzati ogni giorno nello sviluppo di progetti e attività con l’Azienda USL. Per dare chiara evidenza della forza e della necessità di questa relazione abbiamo condiviso con l’Azienda territoriale non solo ideazione e realizzazione dei percorsi, ma anche le parole per raccontarli, ed è per questo che, soprattutto nel capitolo 3, vi sono parti scritte insieme.

Difficile, sempre più difficile, è riuscire a dare sufficiente spazio nella rendicontazione all'agire quotidiano di tutti coloro, professionisti e operatori, che lavorano in questa Azienda arricchendone il patrimonio di saperi e conoscenze su cui si basa il nostro lavoro e la nostra capacità di accogliere e dare risposta a chi pone una domanda di salute. A fronte della continua crescita della nostra attività e del nostro saper fare risulta sempre più arduo realizzare attraverso il Bilancio di missione - documento piuttosto corposo, ma che presenta pur sempre una necessaria selezione degli eventi - una sintesi che dia adeguata rappresentazione della nostra realtà, e che comprenda ciò che facciamo già bene e ciò che ci impegniamo a migliorare, perché ve ne è sempre il bisogno. Difficile ma anche indispensabile.

Sergio Venturi
Direttore Generale

1

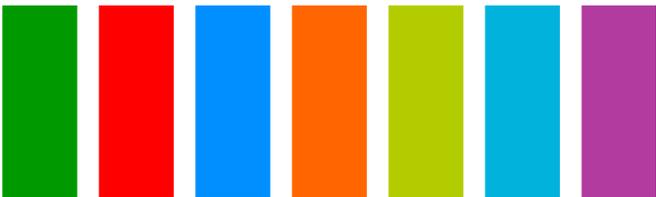
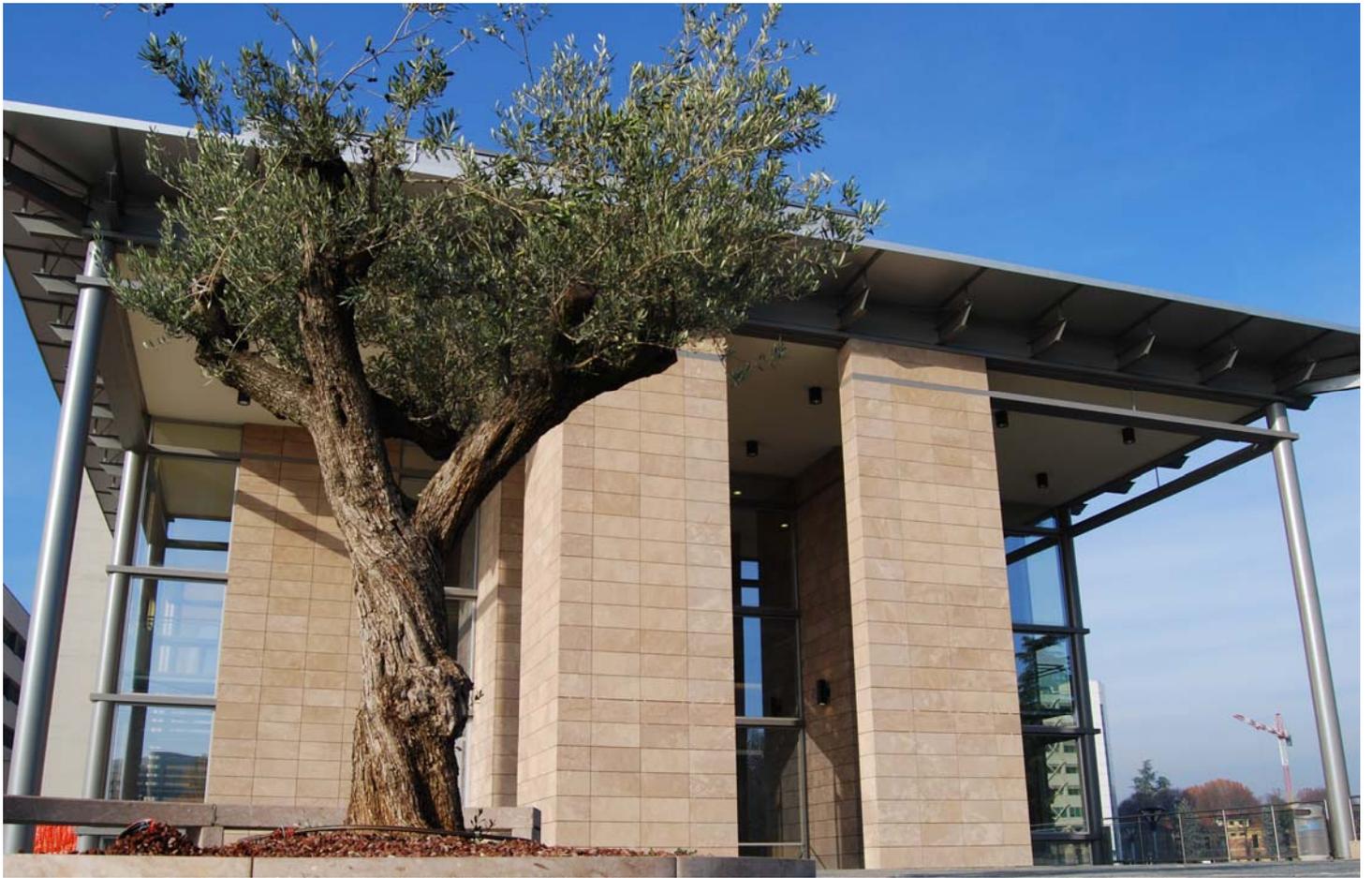
Contesto di riferimento

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

È articolato in cinque ambiti.

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







Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Il quadro normativo nazionale e regionale ha prodotto negli ultimi anni effetti significativi per l'assetto e l'attività delle aziende sanitarie, delineandosi come un contesto di riferimento complesso. Esso ha modificato anche il quadro istituzionale di riferimento entro il quale le aziende operano con orientamenti di politica sanitaria e linee di sviluppo strategiche, nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del sistema.

Di seguito sono richiamate le disposizioni più significative emanate nell'anno 2008, a livello nazionale, regionale e locale, che hanno avuto impatto sulle attività aziendali e che si caratterizzano per una rilevanza trasversale. Si segnala che, in questa edizione del documento, i riferimenti normativi proposti riguardano solo l'anno 2008, per eventuali approfondimenti si rinvia al Bilancio di missione 2007.

Quadro normativo nazionale

Decreto del Ministero 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"

Il Ministro della Salute, visto il D. Lgs. 211 del 24 giugno 2003, il decreto ministeriale del 17 dicembre 2004 e le indicazioni dettagliate della Commissione europea dell'ottobre 2005 e del febbraio 2006, decreta il modello e il contenuto della domanda di autorizzazione alla sperimentazione clinica, il modello e il contenuto della proposta di emendamenti al protocollo, la dichiarazione di conclusione o di cessazione della sperimentazione da inoltrare all'Autorità competente e produce – nell'allegato 1 – la guida dettagliata. Esso inoltre decreta la domanda da inoltrare al Comitato etico per ottenere il relativo parere su una sperimentazione clinica dei medicinali, che deve essere presentata in modo conforme a quanto indicato nell'allegato 2 del decreto stesso.

Legge 24 dicembre 2007 n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Finanziaria 2008"

Di seguito sono indicate le misure adottate nella Legge Finanziaria 2008 che riguardano la sanità e il rapporto con il cittadino.

- Il Fondo sanitario nazionale per finanziare i **Livelli essenziali di assistenza** passa dai 97,040 miliardi del 2007 ai 101,457 miliardi di euro del 2008, con un incremento di 4,417 miliardi rispetto al 2007. Nella quota sono compresi anche i fondi per i rinnovi contrattuali del personale e per garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica.
- Gli investimenti strutturali nell'**edilizia sanitaria** sono rilanciati dalla Finanziaria (art. 2, co. 280 e 281) con lo stanziamento di 3 miliardi di euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani. In tutto, quindi, 3 miliardi in più rispetto al 2007 e 6 in più rispetto al 2006. Ai fini della **tutela dell'ambiente e del risparmio energetico**, per tutte queste opere è previsto che gli stanziamenti siano subordinati a verifiche sull'adozione di misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico. Nell'ambito dei fondi per l'edilizia sanitaria e il potenziamento dei servizi (art. 2, co. 280 e 281), la finanziaria vincola i fondi per la realizzazione di strutture residenziali e per l'assistenza domiciliare dedicate alle cure palliative, per il potenziamento delle "unità di risveglio dal coma", per il potenziamento e la realizzazione di nuove unità di terapia intensiva neonatale e per gli screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie.
- Sale a 400 milioni di euro la dotazione del **fondo per la non autosufficienza** per l'assistenza ai malati non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa (art.2, co. 465).
- Sono stanziati ulteriori 50 milioni di euro per il potenziamento delle attività di **prevenzione e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro**. Questi fondi andranno a finanziare i nuovi programmi di formazione e prevenzione previsti dalla legge 3 Agosto 2007 n. 123 di delega sulla salute e la sicurezza del lavoro (art. 2, co. da 532 a 534).



- Aumentano i finanziamenti alle Regioni (+ 30 milioni di euro), per la rapida esecuzione della **vaccinazione gratuita contro il virus HPV** responsabile del cancro della cervice uterina. Questa nuova vaccinazione pubblica sarà garantita ogni anno a oltre 250 mila ragazze italiane (art. 2, co. 372).
- Sono stati stanziati 180 milioni di euro annui a partire dal 2008 (che si aggiungono ai 150 già previsti per il 2007) per il **risarcimento dei danni subiti a seguito di trasfusione, vaccinazioni e sindrome da talidomide** (art. 2, co. da 361 a 364).
- È previsto che i medici e gli altri dirigenti sanitari del S.S.N. con contratti o **incarichi di lavoro precari** possano far valere gli anni di servizio prestati, come titolo ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato (art.3, co. 115).
- Sale dal 5 al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di finanziamenti riservata ai ricercatori sanitari "under 40" (art. 2, co. da 313 a 315).
- Tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'**amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile** del Ministero della Giustizia vengono trasferite al S.S.N..
- Il Comitato nazionale per la **sicurezza alimentare**, già istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle Politiche agricole nel luglio 2007, si trasforma in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare (art. 2, co. 356).
- La gestione dei programmi di **educazione continua in medicina** rivolti a tutto il personale sanitario per l'aggiornamento e la formazione post laurea passa all'Agenda nazionale per i servizi sanitari regionali (ex Assr).
- Si stabilisce che per ottenere i benefici fiscali previsti dalle norme, i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le **prestazioni odontoiatriche e quelle per i non autosufficienti**. Sarà un decreto del Ministero della Salute a stabilire il "pacchetto" minimo di prestazioni obbligatorie. È poi prevista l'estensione alle mutue territoriali delle norme sulla deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale; in ambedue i casi la deducibilità viene ora condizionata alla fornitura di prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal S.S.N. (art.1, co. da 197 a 199).
- In materia di **farmaci** si prevede il contenimento degli sprechi e una maggiore attenzione alla prescrizione (art.2, co. da 348 a 352).
- È prevista la possibilità di riutilizzo, da parte delle ASL, delle RSA o di **organizzazioni non lucrative**, di medicinali ancora in corso di validità non utilizzati dal malato (decaduto o che ha abbandonato la terapia) al quale erano destinati.
- È previsto il divieto di prescrivere medicinali non registrati in Italia (o registrati ma con una diversa indicazione terapeutica) se non siano disponibili almeno i dati favorevoli derivanti da sperimentazione clinica di fase II.
- È previsto lo stanziamento di 700.000 euro per potenziare la capacità di controllo e verifica della **rete trapiantologia** da parte dei Centri regionali per i trapianti. (art.2, co. 307 e 308).
- Conferma dei contratti di lavoro a tempo determinato stipulati sulla base delle **convenzioni della Croce Rossa Italiana** (art.2, co. 366 e 367).
- Nuove **linee guida per l'appropriatezza** nel campo dell'assistenza protesica (art.2, co. da 379 a 381).
- È previsto l'obbligo della fatturazione elettronica per tutti gli operatori che hanno relazioni con l'Amministrazione statale e gli enti pubblici.

D.P.C.M. 25 gennaio 2008

Il decreto recepisce l'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, visto anche il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 recante il "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992 n.421".

Legge 28 febbraio 2008 n. 31 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2007 n. 248, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria"

La legge prevede piani di rientro, tariffe di prestazioni sanitarie e percorsi diagnostico-terapeutici, proroghe e disposizioni in materia di farmaci. Essa inoltre definisce la denominazione della "Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare", posta sotto la vigilanza del Ministero della salute.



D.M. della Salute 11 marzo 2008 “Integrazione del Decreto 8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto”

Il decreto integra il decreto dell'8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto in ordine all'ampliamento dei punti di ricezione della dichiarazione di volontà, al fine di favorire la promozione della cultura della donazione degli organi, coinvolgendo anche i Comuni e i centri di riferimento regionali per i trapianti.

Legge 18 marzo 2008 n. 75 “Ratifica della Convenzione quadro dell'organizzazione mondiale della sanità –OMS- per la lotta al tabagismo, fatta a Ginevra il 21 maggio 2003”

Determinazione AIFA 20 marzo 2008 “Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci”

Le linee guida sugli studi osservazionali sono determinate al fine di consentire una valutazione omogenea dei protocolli relativi agli studi medesimi da parte dei Comitati etici. È istituito altresì il registro nazionale degli studi osservazionali al fine di effettuare analisi descrittive e di predisporre report periodici.

D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 “Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela e della sicurezza nei luoghi di lavoro”

Il provvedimento ridisegna la materia della salute e sicurezza sul lavoro presentandosi come testo unico in materia di sicurezza in senso lato, di salute, e di sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, rispettando la filosofia delle direttive comunitarie e del D.Lgs. 626 del 19 settembre 1994, che trova i suoi capisaldi nella programmazione della sicurezza da realizzare tramite la partecipazione di tutti i soggetti del lavoro. La logica del legislatore europeo è basata sulla prevenzione degli infortuni che si esplica attraverso un'attività informativa e formativa cui i lavoratori e gli imprenditori sono chiamati a partecipare. Dal decreto n. 81 resta esclusa la parte relativa alla tutela della salute delle lavoratrici gestanti e puerpere e quella relativa alle prestazioni di lavoro notturno.

Essendo il decreto estremamente vasto, ci si limita in queste pagine a segnalare, senza pretesa di completezza, alcune definizioni di rilievo, che sono state modificate nel passaggio dal D.Lgs. 626.

Il concetto di lavoratore (rif. art. 2) è stato esteso a una più ampia tipologia di soggetti equiparati, quello di datore di lavoro è arricchito con il riferimento alla responsabilità dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività; il responsabile del servizio di prevenzione e protezione vede rimarcata la dipendenza funzionale del datore di lavoro “a cui risponde”; il medico competente vede rimarcato il ruolo di collaborazione con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi; il concetto di prevenzione richiama l'art. 2087 del codice civile e prevede l'esplicito riferimento alla particolarità del lavoro, all'esperienza e alla tecnica.

Sono completamente nuove le definizioni di azienda, dirigente, preposto, addetto al SPP, modello di organizzazione e di gestione, responsabilità sociale delle imprese, sorveglianza sanitaria, sistema di promozione della salute, valutazione dei rischi, pericolo, rischio, norma tecnica, buone prassi, linee guida, formazione, informazione, addestramento, organi paritetici. Di particolare rilievo è la definizione di salute che tende a ricoprire ambiti esterni al campo di applicazione del decreto stesso (luogo di lavoro) e quindi ad essere più generale oltre che estremamente ampia. Essa è definita come *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*.

Con questo decreto è ampliato il campo di applicazione (art. 3) già definito dal D.Lgs. 626/94, il nuovo testo unico considera anche i rischi da stress lavoro-correlato, le tipologie di lavoratori ed assimilati, compresi gli stagisti, i tirocinanti e tutti i lavoratori che non percepiscono retribuzione. Il campo di applicazione è ridefinito con l'inclusione, oltre che dei soggetti già contemplati nel D.Lgs. 626/94 (tra gli altri i lavoratori a domicilio), anche dei lavoratori autonomi, distaccati rispetto all'azienda, nonché di altri soggetti quali il lavoratore con contratto di somministrazione, il lavoratore a progetto, il lavoratore occasionale, il telelavoratore, già oggetto di norme italiane ed europee.

La valutazione del rischio diventa aspetto di enorme rilevanza, con novità relative al documento di valutazione dei rischi, che deve presentare data certa, con obbligo di valutazione complessiva (senza nessuna esclusione), e indicazione a praticare la valutazione dei rischi da interferenze in modo separato; nonché precise indicazioni circa la modalità di esecuzione della stessa valutazione (art. 29). Altro elemento di rilievo è la formazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza che deve essere consultato in merito alla designazione del RSPP e ricevere aggiornamento periodico. Si segnala inoltre un generale inasprimento delle pene e delle sanzioni pecuniarie a carico dei vari soggetti che contribuiscono alla prevenzione e protezione dei luoghi di lavoro che non rispettano la norma.



D.L. 16 maggio 2008 n. 85 "Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo in applicazione dell'articolo 1 commi 376 e 377, della legge 24 dicembre 2007, n. 244", convertito nella Legge 14 luglio 2008 n. 121

Il decreto trasferisce le funzioni del Ministero della salute, con le inerenti risorse finanziarie, strumentali e di personale al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sostituisce la denominazione Ministero del lavoro e della previdenza sociale con Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Autorizzazione generale del 19 giugno 2008 Garante per la protezione dei dati personali

Il garante per la protezione dei dati personali autorizza gli esercenti le professioni sanitarie, gli organismi e le case di cura private, nonché altri soggetti privati, gli organismi sanitari pubblici istituiti anche presso Università, ivi compresi i soggetti pubblici, allorché agiscano nella qualità di autorità sanitarie, a trattare i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale qualora il trattamento sia necessario per la salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica di un terzo, fissando in modo puntuale le condizioni che devono necessariamente ricorrere.

Legge 6 agosto 2008 n. 133 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 25 giugno n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria"

Le disposizioni riguardano misure per attuare, a decorrere dalla seconda metà dell'esercizio finanziario 2008, un intervento organico diretto a conseguire (unitamente ad altri provvedimenti) l'obiettivo di contenimento dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche (che risulti pari al 2,5 per cento del Pil nel 2008) da un parte, e, dall'altra, la crescita del tasso di incremento del Pil attraverso l'immediato avvio di maggiori investimenti in materia di: innovazione e ricerca, sviluppo dell'attività imprenditoriale, diversificazione delle fonti di energia e ricerca di efficienza nel loro utilizzo, potenziamento dell'attività della pubblica amministrazione e rilancio delle privatizzazioni, edilizia residenziale, interventi per garantire condizioni di competitività per la semplificazione e l'accelerazione delle procedure amministrative e giurisdizionali, semplificazione dei rapporti di lavoro.

Data la complessità del provvedimento, la sua articolazione e i numerosi ambiti coinvolti, di seguito si elencano gli articoli che riguardano le aziende sanitarie, con indicazione sintetica della materia a cui si riferiscono:

- art. 39: comma 10 abrogazione della procedura telematica delle dimissioni volontarie dei lavoratori,
- art. 41: modifica alla disciplina in materia di orario di lavoro,
- art. 47 controlli su incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi,
- art. 61: ulteriori misure di riduzione della spesa ed abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica,
- art. 63 e 63 bis: esigenze prioritarie e cinque per mille,
- art. 70 esclusione di trattamenti economici aggiuntivi per infermità dipendente da causa di servizio,
- art. 71: assenze per malattia e per permesso retribuito dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni. Questo articolo definisce i criteri per il controllo medico sul personale in malattia, le fasce di reperibilità, il trattamento economico dei giorni di assenza dal servizio e le certificazioni dello stato di malattia,
- art. 72: personale dipendente prossimo al compimento dei limiti di età per il collocamento a riposo. In merito a questo articolo, si segnala che la nostra Azienda, con delibera 18 del 22.1.2009, stabilisce i criteri di indirizzo generale per l'applicazione della legge,
- art. 73: part time,
- art. 77: patto di stabilità interno,
- art. 77-quater: modifiche della tesoreria unica ed eliminazione della rilevazione dei flussi trimestrali di cassa,
- art. 79: programmazione delle risorse per la spesa sanitaria.

D.L. 7 ottobre 2008 n. 154 "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 4 dicembre 2008, n. 189

All'art. 1 vengono fissate disposizioni in materia di attuazione dei piani di rientro dai deficit sanitari.

Legge 30 ottobre 2008 n. 169 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 settembre 2008, n. 137, recante disposizioni urgenti in materia di istruzione e università"

La legge, entrata in vigore da venerdì 31 ottobre 2008, modifica il comma 433 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, in materia di accesso alle Scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia. Dunque al concorso per l'accesso alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e



chirurgia, possono partecipare tutti i laureati in medicina e chirurgia. I laureati che superano il concorso previsto sono ammessi alle scuole di specializzazione a condizione che conseguano l'abilitazione per l'esercizio dell'attività professionale, ove non ancora posseduta, entro la data di inizio delle attività didattiche di dette scuole, immediatamente successiva al concorso espletato.

Quadro normativo regionale

L.R. 21 dicembre 2007, n. 24 "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2008 e del bilancio pluriennale 2008-2010"

La legge, all'art. 29, prevede interventi di promozione e supporto nei confronti delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

D.G.R. 18 febbraio 2008 n. 200 "Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale. Attuazione dell'art. 8 comma 5 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29"

Le Aziende sanitarie con la deliberazione 200 provvedono alla revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria della gestione della libera professione intramuraria, per arrivare alla definizione di un regime ordinario dell'attività; essa può essere svolta in locali di proprietà o sostitutivi attraverso la stipula di convenzioni con strutture pubbliche o private non accreditate. La deliberazione prevede che al fine di permettere la massima trasparenza e la netta separazione tra attività istituzionale e libera professione le Aziende devono organizzare punti di informazione e prenotazione; i piani aziendali, inoltre, devono prevedere meccanismi attraverso i quali, in presenza di liste di attesa oltre i limiti previsti dalla normativa in modo continuativo, ridefinire i volumi della libera professione fino a ristabilire il diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti.

L.R. 19 febbraio 2008, n. 4 "Disciplina degli accertamenti della disabilità – ulteriori misure di semplificazione ed altra disposizioni in materia sanitaria e sociale"

La legge disciplina gli accertamenti per il riconoscimento della disabilità, individua misure di semplificazione in materia sanitaria e sociale, disposizioni sull'organizzazione e sul funzionamento del servizio sanitario regionale e su autorizzazione ed accreditamento delle attività sanitarie, oltre che l'abrogazione di alcune disposizioni regionali.

Per quanto concerne le disposizioni sull'organizzazione e sul funzionamento del servizio sanitario regionale, la legge indica criteri di promozione della costituzione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, la istituzione di registri di rilevante interesse sanitario – registri di patologia riferiti a malattie di rilevante interesse sanitario e di pazienti sottoposti a procedure di particolare complessità.

All'art. 16, inoltre, la legge modifica la L.R. 50 del 1994 e successive, indicando che la nota integrativa deve riportare, oltre ai contenuti previsti dalle disposizioni del Codice Civile, la ripartizione dei valori economici distinti per l'area dei servizi sanitari, socio-assistenziali e dell'integrazione socio sanitaria, i dati analitici relativi al personale con le variazioni avvenute durante l'anno, i dati analitici relativi al personale, quelli riferiti a consulenze e a servizi affidati all'esterno e il rendiconto di liquidità. Essa prevede anche che la relazione del Direttore generale, che correda il bilancio di esercizio, abbia a particolare riferimento lo scostamento di risultati rispetto al bilancio economico preventivo, l'andamento delle principali tipologie di proventi e ricavi e di costi e oneri, l'analisi dei costi con riferimento all'articolazione aziendale in Distretti e al Presidio ospedaliero, la gestione dei servizi socio-assistenziali e del Fondo per la non autosufficienza, l'andamento della gestione e i risultati delle società partecipate, lo stato di realizzazione del Piano degli investimenti e attivazione di nuove tecnologie. Infine, la legge indica la nuova denominazione della struttura regionale: Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Deliberazione dell'Assemblea legislativa 4 marzo 2008 n. 156 "Approvazione atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici"

Con questa deliberazione, l'Assemblea legislativa approva, ai sensi dell'art. 16 della L.R. 20/2000 "Disciplina generale sulla tutela e l'uso del territorio", e ai sensi degli artt. 2 e 25 della L.R. 26/2004 "Disciplina della programmazione energetica territoriale ed altre disposizioni in materia di energia", lo schema di "Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici" parte integrante e sostanziale della deliberazione stessa.



D.G.R. 17 marzo 2008 n. 318 "Programma regionale integrato per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico 'PRI-A'"

La Giunta regionale adotta formalmente il PRI-A Programma Regionale Integrato per l'assistenza ai disturbi dello spettro autistico (ASD), parte integrante del documento. Con la delibera, inoltre, la Giunta, individua le Aziende unità sanitarie locali di Bologna, Reggio Emilia e Rimini quali sedi di centri Hub e demanda alla Direzione generale sanità e politiche sociali la stesura di una relazione annuale sullo stato di attuazione e avanzamento del Programma PRI-A.

D.G.R. 27 marzo 2008 n. 374 "Revisione del programma 'Assistenza odontoiatrica nella Regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004'"

La deliberazione aggiorna le indicazioni circa le condizioni di vulnerabilità sociale e le quote di compartecipazione alla spesa sulla base dei risultati del monitoraggio riportato in allegato alla deliberazione stessa e includendo tra gli aventi diritto alla assistenza odontoiatrica le persone con grave disabilità psico-fisica e sociale in quanto portatrici di vulnerabilità socio-sanitaria.

D.G.R. 21 aprile 2008 n. 533 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita"

La deliberazione della Giunta regionale approva i documenti elaborati dalla Commissione nascita (D.G.R. 282 del 2005): diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche, linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto, al puerperio, linee guida il controllo del benessere fetale in travaglio di parto, i disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, percorso nascita e qualità percepita, la mortalità alla nascita (un programma di analisi e monitoraggio degli eventi mediante audit), linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero. I documenti costituiscono riferimento per le azioni che le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto per qualificare ulteriormente gli interventi rivolti alla coppia e al neonato nel percorso nascita.

D.G.R. 21 aprile 2008 n. 556 "Direttiva in materia di contratti di lavoro autonomo nella regione Emilia-Romagna"

La deliberazione indica, al Titolo I, Ambito di applicazione e presupposti, le finalità, l'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione, i presupposti generali di legittimità, le incompatibilità, la programmazione degli incarichi professionali; al Titolo II, Procedure di scelta dei collaboratori esterni, l'individuazione del fabbisogno, l'avviso pubblico, la procedura comparativa di individuazione del collaboratore esterno, la procedura semplificata mediante predisposizione di elenchi di esperti, le esclusioni; al Titolo III, i requisiti e le condizioni di efficacia del contratto di lavoro autonomo, la verifica dell'esecuzione e del buon esito dell'incarico, il principio generale in materia di adempimenti previdenziali e assicurativi, obbligo di comunicazione del centro per l'impiego, la Comunicazione alla Corte dei conti dell'Anagrafe delle prestazioni, Pubblicazione sul sito web istituzionale della regione e la disposizione generale di rinvio.

D.G.R. 28 aprile 2008 n. 602 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2008"

D.G.R. 19 maggio 2008 n. 698 "Dipendenze patologiche obiettivi per il triennio 2008-2010"

Con questo atto la Giunta regionale approva il Programma regionale dipendenze patologiche – obiettivi 2008-2010, rimandando a una successiva determinazione del Direttore Generale sanità e politiche sociali la nomina del gruppo di coordinamento-monitoraggio regionale.

Piano Sociale e Sanitario Regione Emilia-Romagna 2008-2010

Pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n. 92 del 3 giugno 2008

Il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione.

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico (invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro) richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni, sempre più articolati e complessi richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione.



Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli.

L'integrazione istituzionale tra servizi e tra operatori

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attorno a due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario, il ruolo degli Enti locali nel governo dei servizi sociali, esercitati in una logica di collaborazione e integrazione.

L'integrazione si sviluppa nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria e nel Comitato di distretto, in accordi gestionali tra Comuni e Aziende USL e nella "cabina di regia", istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie. L'integrazione istituzionale si sviluppa inoltre con l'Università, essenziale per quanto riguarda la ricerca, la formazione e l'innovazione nei servizi, attraverso la Conferenza Regione-Università.

Il modello organizzativo del nuovo welfare è costituito da reti integrate di servizi: tra servizi ospedalieri e tra servizi ospedalieri, servizi sanitari, servizi socio-sanitari e servizi sociali del territorio.

L'Innovazione

Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con il nuovo assetto di "governance" territoriale), esso riguarda anche la capacità di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e biomediche che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie e dai cambiamenti demografici e socio-economici in corso. La medicina rigenerativa, l'oncologia, le neuroscienze, la diagnostica avanzata sono i campi di intervento congiunto Università-Servizio Sanitario Regionale che si sviluppa prioritariamente nelle 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie. Destinato a tutte le Aziende sanitarie invece è il Programma di ricerca e innovazione dell'Emilia-Romagna (PRI-ER) che si occupa della valutazione d'impatto di specifici interventi e tecnologie, a partire da quelli in ambito cardiovascolare e oncologico. Un'attenzione specifica è dedicata anche alle medicine non convenzionali. In campo sociale e socio-sanitario l'innovazione riguarda l'organizzazione dei servizi che deve essere volta ad assicurare un ruolo centrale alla persona ed alla sua famiglia nella definizione dei progetti di sostegno rispondendo a bisogni complessi e "multidimensionali".

La Comunicazione e la Partecipazione

In generale, oltre a facilitare l'uso appropriato dei servizi, la strategia proposta dal Piano è centrata sullo sviluppo di un sistema di comunicazione regionale e locale finalizzato in primo luogo a rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti e a utilizzare il parere delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento.

L'Area Sanitaria

Il Piano conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale punto di programmazione dei servizi per la popolazione di riferimento, di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Di fondamentale importanza è il ruolo dei medici di famiglia la cui attività deve avvenire in forme associate (i Nuclei di cure primarie) in modo da garantire maggiore accessibilità.

Per l'assistenza ospedaliera, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke: ospedali di alta specializzazione (Hub) collegati agli ospedali del territorio (Spoke) per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità. Dopo la genetica medica, i grandi traumi, la cardiologia e la cardiocirurgia, il sistema dell'emergenza-urgenza, i trapianti, il sistema trasfusionale (per citarne alcune), il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale. Ampia attenzione è dedicata anche alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, nonché allo sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche.

D.G.R. 11 giugno n. 883 "Approvazione dei piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria redatti dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna ai sensi della L.N. 120/07 e della deliberazione di Giunta n. 200 del 2008"

La Delibera approva i piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria secondo quanto indicato dalla D.G.R. n. 200 del 18 febbraio 2008, sopra riportata.

D.G.R. 23 giugno 2008 n. 963 "Istituzione del comitato regionale di coordinamento ai sensi del DPCM 21.12.2007 'Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro'"

La Giunta regionale con questa delibera istituisce il Comitato regionale di coordinamento, ne stabilisce la composizione, i compiti e le funzioni; essa inoltre istituisce, nell'ambito del Comitato, un ufficio operativo che individua le priorità a livello territoriale e definisce i piani operativi di vigilanza e gli organismi



provinciali - sezioni permanenti e nuclei operativi integrati di prevenzione e vigilanza, collocati per la funzione presso l'Azienda USL avente sede nel capoluogo di provincia e i cui componenti sono nominati dai direttori generali delle Aziende USL.

D.G.R. 29 settembre 2008 n. 1523 "Disposizione del sistema regionale dei dispositivi medici"

D.G.R. 20 ottobre 2008 n. 1690 "Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale"

L'atto è costituito da una premessa, una parte sui riferimenti normativi e organizzativi, una parte sull'assistenza sanitaria e una sull'attuazione delle politiche di integrazione per le quali è prevista un'indicazione ad avvalersi di tutte le risorse sociali presenti, così come indicato negli accordi di programma con i Comuni. Questi ultimi e le Aziende sanitarie garantiscono che le collaborazioni e la realizzazione dei percorsi assistenziali avverranno nel rispetto della legge 194 del 1978 e, in particolare, della libera scelta della donna e della sensibilità e dignità della persona.

D.G.R. 10 novembre 2008 n. 1863 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate dalle RER applicabili a decorrere dal 1.10.2008"

D.G.R. 22 dicembre 2008 n. 2234 "Fondo sanitario 2008: ripartizione ed assegnazione di fondi a favore delle Aziende sanitarie e dell'ARPA"

Quadro istituzionale locale

Il quadro istituzionale locale è costituito da un tessuto composito all'interno del quale le stesse Aziende sanitarie assumono un ruolo di rilievo che si esplica anche attraverso l'utilizzo di diversi strumenti che hanno valenza provinciale, distrettuale o aziendale.

Accordo attuativo locale sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia stipulato il 7 novembre 2008

Nell'Accordo attuativo locale stipulato tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Università degli Studi in data 18 dicembre 2006 era esplicitamente fatto rinvio a un apposito Accordo attuativo locale per la disciplina della formazione medico-specialistica nonché per le modalità ed i termini per la partecipazione del personale dell'Azienda alle attività di docenza e tutoriali. Quest'ultimo Accordo, stipulato nel 2008, è illustrato nel dettaglio all'interno della sezione *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca* del capitolo 3 di questo volume; esso determina le modalità con cui si realizza l'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca, la quale vede ciascuna Scuola di specializzazione basata su una rete formativa composta di strutture universitarie e del Servizio sanitario nazionale.

Il principio fondante del concorso alla programmazione delle attività didattiche e formative ha creato le condizioni per lo sviluppo della formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia.

L'accordo sancisce anche la partecipazione del personale del Servizio sanitario regionale alla formazione specialistica e indica che l'attività didattica è contemplata nella programmazione delle Unità operative coinvolte.

Il documento, articolato su nove punti e completato da due allegati, illustra l'organizzazione concreta dell'attività formativa e la partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali.

Atto di indirizzo e coordinamento "La programmazione territoriale 2009-2011 per la salute e il benessere della comunità" della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria del 24 novembre 2008

L'Atto costituisce l'atto di fondazione dell'impegno della Conferenza territoriale sociale e sanitaria per il triennio 2009-2011 e da esso scaturisce l'impegno di programmazione sul nuovo PAL e sul Piano di Zona, afferenti, il primo, all'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio della provincia e, il secondo, alla traduzione in ambito distrettuale dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari. L'integrazione tra sociale e sanitario è la novità che contraddistingue il contesto in cui prende avvio la programmazione triennale, che costituirà l'asse preferenziale di progettazione degli interventi. L'Atto è illustrato nel dettaglio nel paragrafo *Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria* del capitolo 3 del presente volume.



Accordo di fornitura tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'acquisizione di prestazioni e servizi sanitari anni 2008-2010

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 (si veda al riguardo il quarto paragrafo di questo capitolo).

Piano delle azioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'anno 2008

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

1.2 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, vengono brevemente richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma nell'anno accademico 2008-2009, nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i Corsi di laurea, nell'a.a. 2008-2009 sono in essere 16 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 1 corso di laurea magistrale 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 magistrale interfacoltà (Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche), 1 Corso di laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie (Scienze delle Attività Motorie), 1 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. 2008-2009 è di 3.643, di cui 1.105 (30,4%) residenti nella provincia di Parma, 812 (22%) infraregione, 1.467 (40,2%) fuori regione e 259 (0,7%) stranieri. I dati riportati in questa sezione possono presentare scostamenti rispetto ai dati contenuti nel paragrafo *Ricerca e didattica* del capitolo 2 del presente volume, in quanto rilevati a maggio 2009 e riferiti a studenti e frequentanti la Facoltà.

Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, nell'a.a. 2008-2009 sono in essere 40 corsi, di cui 18 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'a.a. 2008-2009 è pari a 464 (esclusi gli iscrivibili al 1° anno essendo il bando di concorso tuttora aperto). Per quanto riguarda i Corsi di dottorato post-laurea, nell'a.a. 2008-2009, ne sono in essere 12 con un numero complessivo di dottorandi pari a 172. Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nell'a.a. 2008-2009 ne sono in essere 4 con un numero complessivo di partecipanti pari a 46.

Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento. Nell'a.a. 2008-2009 ne sono in essere 8 con un numero complessivo di 130 partecipanti. Data l'incompatibilità di iscrizione a più di un corso di studio, si deduce che nel complesso il numero di persone iscritte a corsi di laurea e post-laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma è pari a circa 4.500.

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.

Se la situazione economica lo permetterà, gli obiettivi principali della programmazione didattica a breve-medio termine possono essere sinteticamente indicati in termini quantitativi e qualitativi. In termini quantitativi si prevede:



1. il mantenimento degli attuali 16 Corsi di laurea;
2. il mantenimento degli attuali 40 corsi delle Scuole di Specializzazione e l'attivazione di 5 nuove scuole, 1 in ambito medico (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;
5. il mantenimento degli attuali Corsi di Perfezionamento.

In termini qualitativi si prevede:

- una maggiore integrazione tra le funzioni didattiche, di ricerca ed assistenza in un'ottica di rete e di sistema con il S.S.R. e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento;
- una revisione dell'offerta formativa e una rimodulazione organizzativa di tutti i Corsi di laurea alla luce di quanto disposto dal D.M. n. 270 del 22.10.2004 e successivi decreti attuativi, con l'intento 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;
- un'estensione della collaborazione con l'Azienda USL di Parma e con le Aziende sanitarie di Reggio Emilia e Piacenza e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sia per gli aspetti didattici che per la ricerca in campo clinico, in una logica di area vasta dell'Emilia ovest;
- iniziative didattiche nuove con enti e territori dislocati ma culturalmente affini con cui recentemente sono stati siglati accordi di collaborazione, in particolare AUSL di La Spezia e Repubblica di San Marino.

L'elevato profilo dell'offerta formativa espressa dalla Facoltà di Medicina di Parma, coniugato con le forti capacità organizzative espresse dal centro Universitario per la Cooperazione internazionale dell'Ateneo – CUCI - hanno dato origine all'organizzazione di un master in salute internazionale e medicina per la cooperazione con paesi in via di sviluppo, avviato nel 2008. L'obiettivo del master -con sede per 12 mesi presso la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria e la Facoltà di Medicina di Parma, oltre che presso la Geneva Foundation for medical Research and Education dell'OMS di Ginevra per 10 giorni, e lavoro sul campo per 3 mesi in strutture ospedaliere di paesi in via di sviluppo - trae origine dalla consapevolezza che le strutture sanitarie dei paesi in via di sviluppo non sono attrezzate per fare fronte alle emergenze quotidiane. La gravità delle situazioni è amplificata dalla distanza - in termini di tempi e modalità di trasporto - tra le strutture di prima accoglienza e le strutture più attrezzate. Per questo il master si pone l'obiettivo specifico di formare una figura di medico con competenze plurisettoriali, in grado di operare in situazioni carenti sotto il profilo infrastrutturale, tipiche delle aree ad alta povertà. Il master è previsto per un minimo di 5 partecipanti e un massimo di 10 (con 6 posti con borsa di studio destinati a medici provenienti da paesi in via di sviluppo).

Per quanto concerne il personale, si può osservare che nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il personale docente convenzionato rappresenta la maggior parte anche nell'anno 2008. In quest'anno, in particolare, 11 tra docenti e ricercatori hanno cessato di svolgere la loro attività; tra questi sono 7 coloro che prestavano servizio in convenzione. Mentre ammontano a 3 i docenti che hanno preso servizio nel 2008.

La sfida più importante intrapresa dalla nostra Azienda di integrazione tra le funzioni istituzionali di ricerca, didattica e formazione con la più tradizionale funzione di assistenza, è consolidata anche grazie al contributo dei docenti e ricercatori universitari che prestano servizio in convenzione.

Tabella 1 Docenti universitari in servizio presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia alla data 31.12.2008

Facoltà Medicina e Chirurgia	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Assistenti ordinari
Personale docente afferente alla Facoltà	70	72	112	0
di cui convenzionati	46	54	86	0



Tabella 2 Docenti universitari cessati-assunti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, anni 2006-2008

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2006	1	8*	6	5	9	5	1	0
2007	1	0	7	1	1	2	0	0
2008	2	3	4	0	5	0	0	0

* di cui 1 per trasferimento

Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nel triennio 2006-2008 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia operanti in convenzione

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2006	0	6	5	4	5	4	1	0
2007	0	0	6	1	1	1	0	0
2008	1	2	3	0	3	0	0	0

Per disegnare meglio la fitta rete sulla quale si sviluppa l'integrazione tra didattica, assistenza e ricerca, si può considerare nel complesso l'attività di docenza e tutorato; con una attenzione peculiare alla diffusa attività di tutorato che si svolge all'interno delle strutture ospedaliere, a partire da quella rivolta ai medici in preparazione dell'esame di abilitazione.

L'attività di docenza e tutorato per le *professioni mediche* (per i corsi di laurea di Medicina e Chirurgia) per l'anno 2008-2009 vede coinvolti in modo attivo 232 docenti universitari di cui 1 proveniente da un'altra Facoltà e 7 professionisti del S.S.R. – non solo della nostra Azienda – che svolgono attività di didattica integrativa.

La cospicua e articolata attività di docenza, da una parte, e di tutorato, dall'altra, svolta per le *professioni sanitarie* indica bene, seppur espressa in termini meramente numerici, la rilevanza che queste assumono all'interno del nostro policlinico. I docenti universitari a tal fine impegnati sono 203, di cui 42 di altre Facoltà e 1 proveniente da un altro Ateneo. I professionisti appartenenti al S.S.R. impegnati per le professioni sanitarie sono: 300, con incarico di insegnamento o modulo – fra questi 99 sono della nostra Azienda, 92 dell'Azienda unità sanitaria locale di Parma e 2 di quella di Piacenza -, 735 circa con funzioni di tutorato, 13 con funzione di coordinamento o direzione di corso - di cui 4 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 2 dell'Azienda USL di Parma e 2 di quella di Piacenza. Inoltre, sono complessivamente 49 i tutor d'anno - 21 della nostra Azienda, 7 dell'AUSL di Parma e 9 di quella di Piacenza - e 51 i professionisti che svolgono attività di didattica integrativa – di cui 41 della nostra Azienda, 4 dell'AUSL di Parma e 6 di quella di Piacenza.

La rete di relazioni intercorrenti tra l'Azienda e le altre Facoltà e Strutture dell'Università degli Studi di Parma e con varie Facoltà e strutture di altre Università è orientata alla finalità prevalente di assicurare la collaborazione per il completamento della formazione accademica e professionale dei discenti.

Con tale finalità sono stipulate convenzioni che prevedono la messa a disposizione del personale e delle strutture aziendali per i diversi tirocini degli studenti e dei laureati. L'elenco che segue riporta le convenzioni stipulate con l'Università per tirocini e attività di didattica integrativa:

- convenzione tra l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Psicologia e l'Azienda Ospedaliera di Parma per lo svolgimento del tirocinio pratico post-lauream dei laureati in psicologia, stipulata nel 2003 con validità triennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione unica tra l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini formativi previsti dagli ordinamenti didattici dei singoli corsi di studio e riconosciuti in termini di crediti formativi universitari, stipulata nel 2004 con validità triennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con Politecnico di Milano per studenti e/o laureati e/o diplomati, stipulata nel 2004 con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione tra 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 quadro tra l'Università degli Studi di Firenze per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento, stipulata nel 2006, con validità annuale tacitamente rinnovabile,



- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico post-laurea dei laureati in psicologia, stipulata nel 2006 con validità triennale tacitamente rinnovabile.

Convenzioni stipulate nel 2007:

- convenzione tra 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, con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione quadro tra 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, con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione tra 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 1° livello in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti", con validità biennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione quadro tra 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, con validità di tre anni tacitamente rinnovabile,
- convenzione unica tra l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini di orientamento, con validità triennale rinnovabile,
- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Farmacia per lo svolgimento del tirocinio professionale, con validità annuale tacitamente rinnovabile.

Convenzioni stipulate nel 2008:

- convenzione con l'Università degli Studi di Siena per tirocinio di formazione e orientamento, con validità triennale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia per tirocinio formativo e di orientamento, con validità annuale tacitamente rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per il tirocinio di formazione e orientamento, con validità di due anni,
- convenzione con l'Università di Pisa, Facoltà di Lettere e Filosofia, per tirocinio formativo e di orientamento, con validità di due anni tacitamente rinnovabile.

Nell'ambito del sistema delle relazioni con l'Università assumono particolare rilevanza le convenzioni per Scuole di specializzazione, convenzioni elencate di seguito:

- convenzione con l'Università di Verona, Scuola di specializzazione in Chirurgia pediatrica per attività di didattica integrativa presso l'unità operativa di Chirurgia pediatrica, stipulata nel 2000, a validità annuale e 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, a 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, a validità annuale rinnovabile,
- convenzione con l'Università degli Studi di Bologna per il completamento dell'attività formativa dei medici in formazione 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,
- convenzione con l'Università degli Studi di Torino, per il completamento dell'attività formativa dei medici in formazione iscritti alla Scuola di specializzazione in Chirurgia generale, stipulata nel 2007, con validità dall'a.a. 2006-2007 per tre anni,
- convenzione con l'Università degli Studi di Sassari, Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione, per attività didattiche integrative, stipulata nel 2008 con validità dal 3 marzo al 31 luglio 2008.

L'approvazione, in data 7 novembre 2008, dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia ha condotto alla completa regolamentazione dell'attività di formazione per i medici. L'accordo stabilisce le modalità di organizzazione dell'attività di formazione, di



partecipazione ad essa da parte del personale del S.S.R., di frequenza nelle strutture, oltre che di partecipazione dei medici in formazione alle attività assistenziali. In questo contesto, emerge la valorizzazione del ruolo dei professionisti del S.S.R. nel percorso formativo, come evidenziato nel paragrafo *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca* del capitolo 3 del presente volume, e la rilevanza del Collegio di direzione aziendale nella prospettiva di garantire coerenza tra le attività di formazione e la programmazione didattica.

1.3 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 obiettivi assegnati alla nostra Azienda per l'anno 2008 dalla Regione (Piano sociale e sanitario 2008-2010, Linee di programmazione per il 2008).

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 registra negli ultimi tre anni un trend in decremento, attestandosi nel 2008 sul valore di 184 per mille risultando così in regime ordinario pari alla media regionale, mentre nel regime di day hospital risulta di tre punti superiore per maggiori ricoveri di tipo medico.

In merito all'attività di ricovero, è importante rilevare che tra le aziende USL sul cui territorio insiste l'azienda ospedaliera, l'Ospedale di Parma è quello al quale ricorre la maggior quota di cittadini (il 52% della popolazione parmigiana, tabelle 5 e 6); inoltre, dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (tabella 6), è possibile desumere che la percentuale di cittadini che si rivolge a strutture extra provincia risulta più bassa (14%, di cui 5% per altre aziende pubbliche della regione, 1% per strutture private della regione, 8% verso strutture fuori regione) della media regionale (19%) e l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma è pari al 17% del totale dell'attività (tabella 6), quota superiore a quella rilevata a livello regionale (10% dei ricoveri).

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 di pazienti da fuori provincia e regione nel corso del triennio 2006-2008, che si attesta intorno al 22% (si vedano la tabella 7 e i grafici 4 e 5).

Relativamente all'attività erogata in regime ambulatoriale (tabella 8), 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), ciò 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 fra i più bassi a livello regionale (13.776 prestazioni contro 15.622 della regione), in particolare risulta contenuto il consumo di prestazioni di laboratorio. Dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione (tabella 9), si evince che i parmigiani si rivolgono in modo significativo alla nostra Azienda, che eroga circa il 41% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti, contrariamente al dato medio regionale in cui le Aziende USL emergono come i maggior erogatori a favore dei cittadini residenti (66% delle prestazioni).

Un altro indicatore di particolare interesse è l'indice di dipendenza dell'Ospedale dalla popolazione (tabella 10 e grafico 10), dal quale si evince che la nostra Azienda eroga oltre il 50% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto.



Tabella 4 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2006-2008

Anno	Provincia di Parma					Medie regionali				
	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH
		Med.	Chir.	Tot. Day hospital			Med.	Chir.	Tot. Day hospital	
2006	138	24	24	48	186	138	21	24	46	184
2007	137	23	24	48	185	137	21	25	46	183
2008	136	24	23	47	184	136	21	23	44	180

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna.

Note: I dati sono comprensivi del 5° invio regionale e della mobilità passiva extraregionale 2007
Sono esclusi i neonati sani

Grafico 1 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione, anni 2006-2008

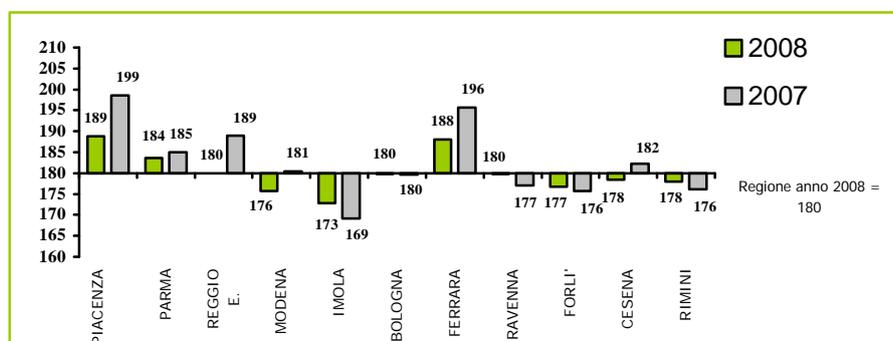


Tabella 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2006-2008

Anno	% ricoveri presso presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso presidi AOU di Parma	% totale ricoveri entro la provincia	% ricoveri in altre province RER		% ricoveri fuori regione	% totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2006	17	17	51	85	5	1	9	100
2007	17	17	52	86	5	1	8	100
2008	17	17	52	86	5	1	8	100

Fonte: Banca dati SDO

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2008



Tabella 6 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anno 2008 - confronto Parma e RER

AUSL PR pub	AUSL PR priv	AOU PR	Altre Az. RER pub	Altre Az. RER priv	Az. Extra RER		AUSL pub	AUSL priv	AOSP	Altre Az. RER pub	Altre Az. RER priv	Az. Extra RER
17	17	52	5	1	8		47	10	25	9	3	7

Fonte: Banca dati SDO

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2008

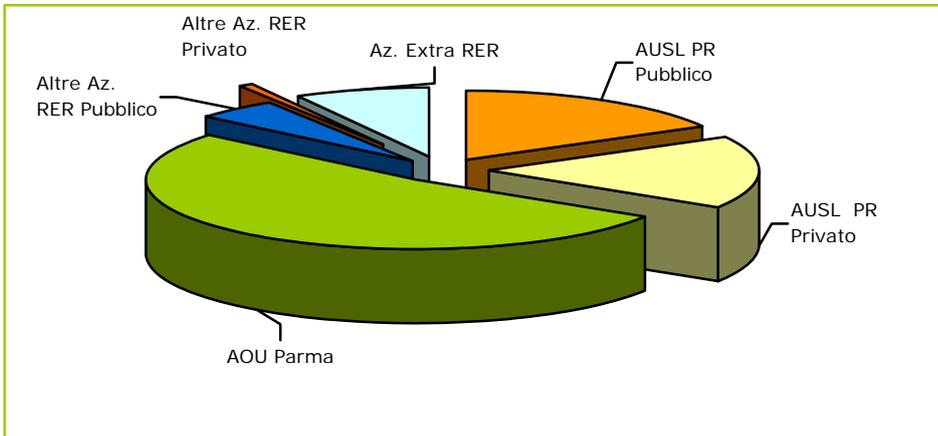


Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2008

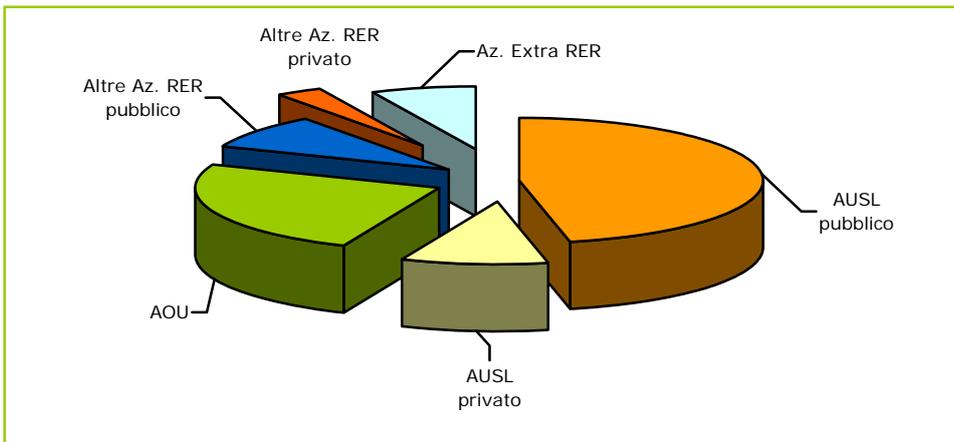




Tabella 7 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione – confronto AOU Parma e Aziende ospedaliere della RER, anni 2006-2008

Anno	Aziende ospedaliere di ricovero	Popolazione residente			
		nel distretto AUSL in cui è allocato l'ospedale	in altro distretto stessa AUSL	nel territorio altre AUSL RER	fuori RER e estero
2006	AOU PR	47,7	30,5	10,3	11,5
	AOSP RER	46,2	27,2	8,9	17,7
2007	AOU PR	47,8	30,4	10	11,8
	AOSP RER	45,4	27,9	9	17,7
2008	AOU PR	47,7	30,5	10,4	11,5
	AOSP RER	45,5	28,1	9	17,4

Fonte: Banca Dati SDO (dalle pagine riservate per il BdM)

Note: sono esclusi i neonati sani

Grafico 4 Regime di ricovero: indice di dipendenza della struttura ospedaliera di Parma dalla popolazione della provincia, anno 2008

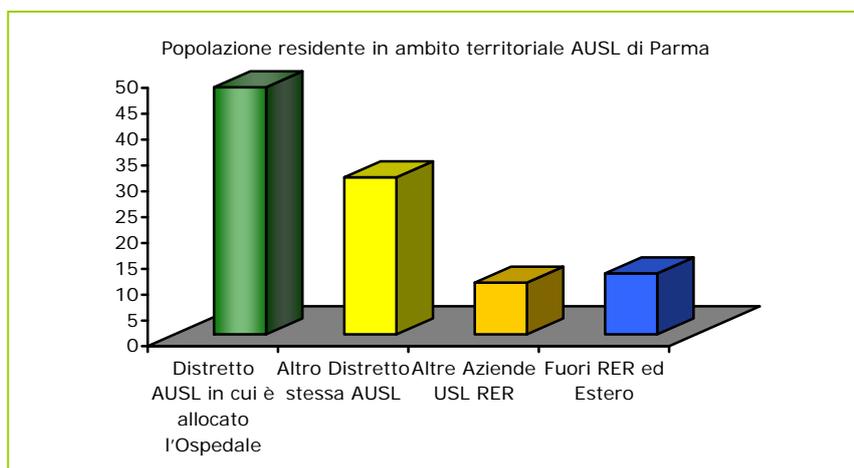


Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2008

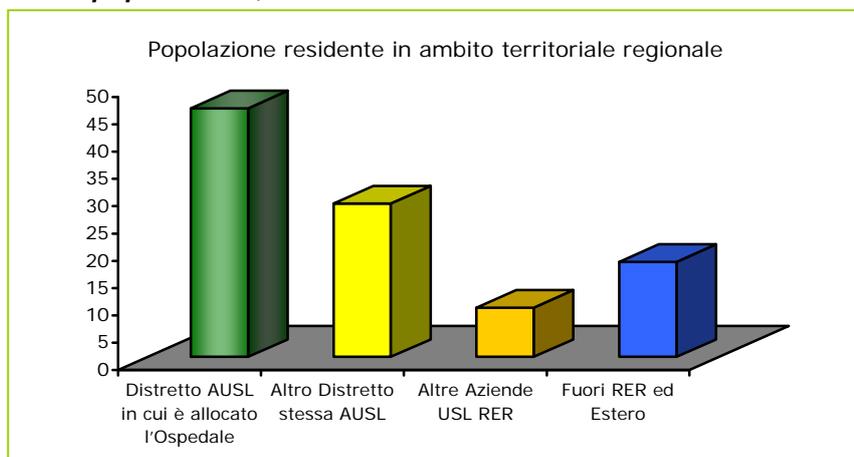




Tabella 8 Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione, anni 2006-2008

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
2006	PR	1113	9696	358	385	1485	13037	3341
	RER	1370	10983	520	464	1414	14751	3769
2007	PR	1208	9729	344	424	1589	13293	3564
	RER	1449	10781	482	465	1444	14622	3841
2008	PR	1341	9916	419	431	1669	13776	3860
	RER	1495	11688	484	475	1479	15622	3934

Fonte: Banca dati ASA

Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2008

Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2007

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2008

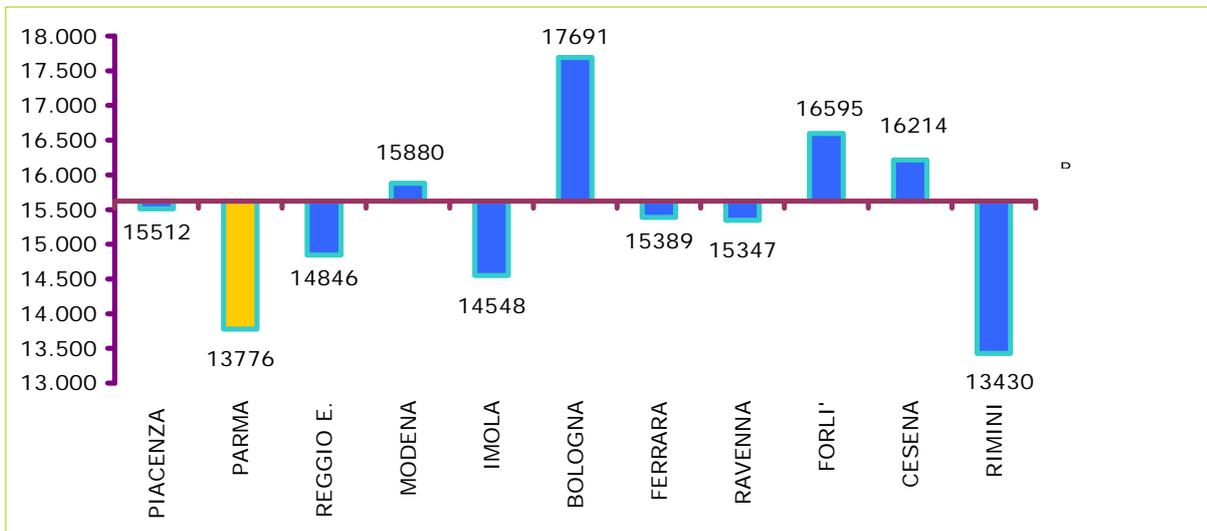


Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2008

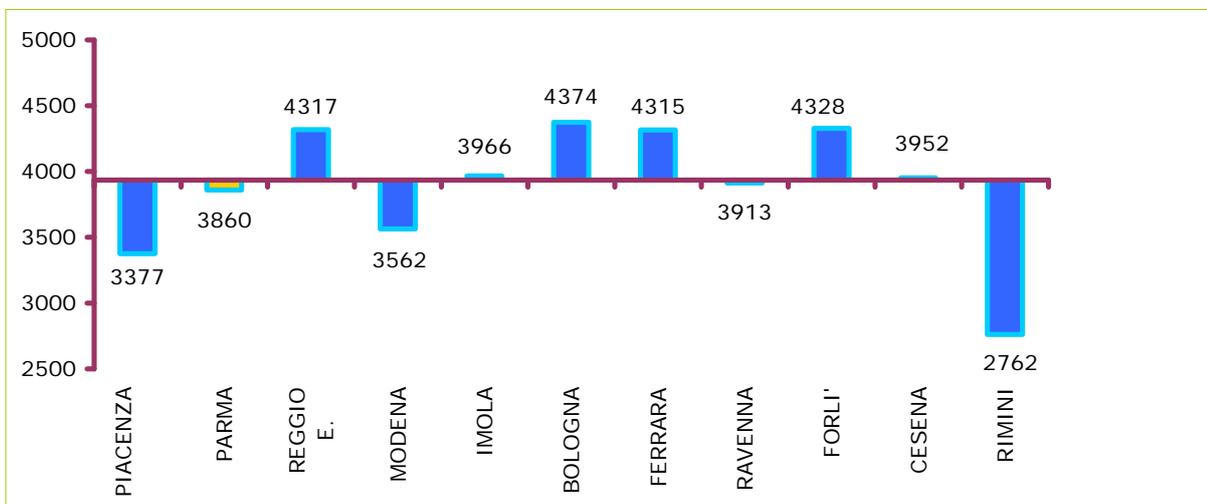




Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2006-2008

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda Ospedaliera che insiste sul territorio	(*)Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2007)
2006	PR	43,32	47,90	3,86	4,92
	RER	65,88	23,55	6,75	3,81
2007	PR	48,55	42,53	4,47	4,44
	RER	65,97	22,84	6,99	4,20
2008	PR	49,36	40,59	4,78	5,27
	RER	66,09	22,17	7,21	4,54

Fonte: Banca dati ASA (dalle pagine riservate per il BdM)

* La voce "Altre Aziende R.E.R." comprende anche II.OO.R.

Nota: Non sono disponibili i dati di mobilità passiva per l'anno corrente. Sono considerate le schede dell'anno 2007

Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2008

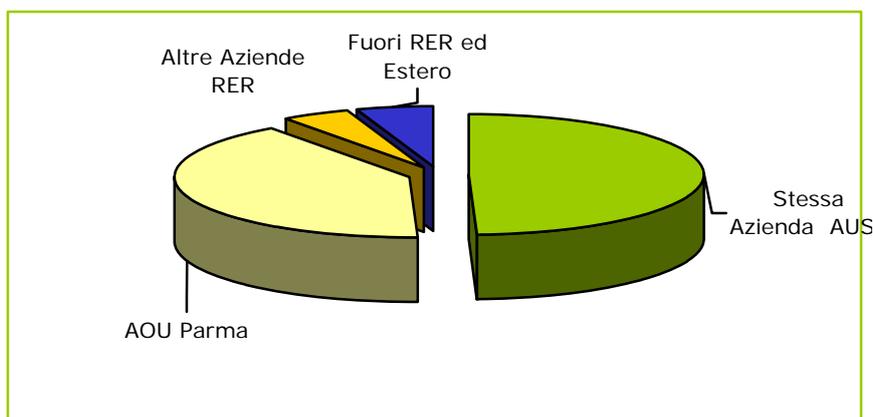


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2008

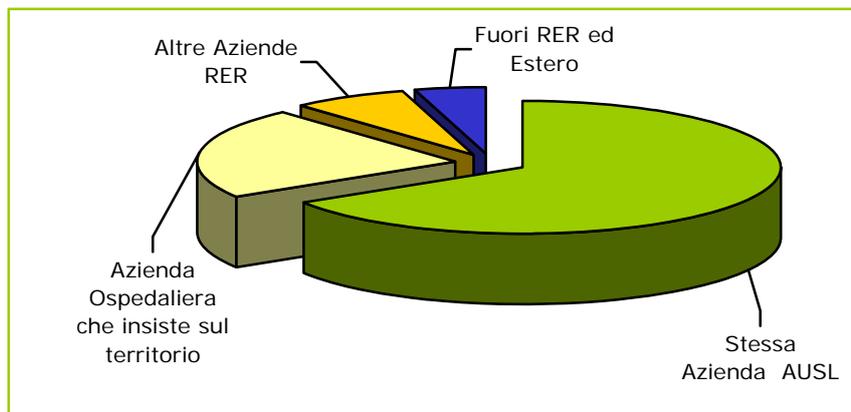




Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2006-2008, tutte le prestazioni

Anno	Aziende Ospedaliere di ricovero	Popolazione residente			
		Distretto AUSL in cui è allocato l'Ospedale	Altro distretto stessa AUSL	Altre AUSL RER	Fuori RER e Estero
2006	AOU PR	52	28	8	12
	AOSP RER	53	29	8	10
2007	AOU PR	51	28	8	13
	AOSP RER	53	29	8	10
2008	AOU PR	51	27	8	14
	AOSP RER	52	29	8	11

Fonte: Banca Dati ASA (dalle pagine riservate per il BdM)

Grafico 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dalla popolazione, anno 2008

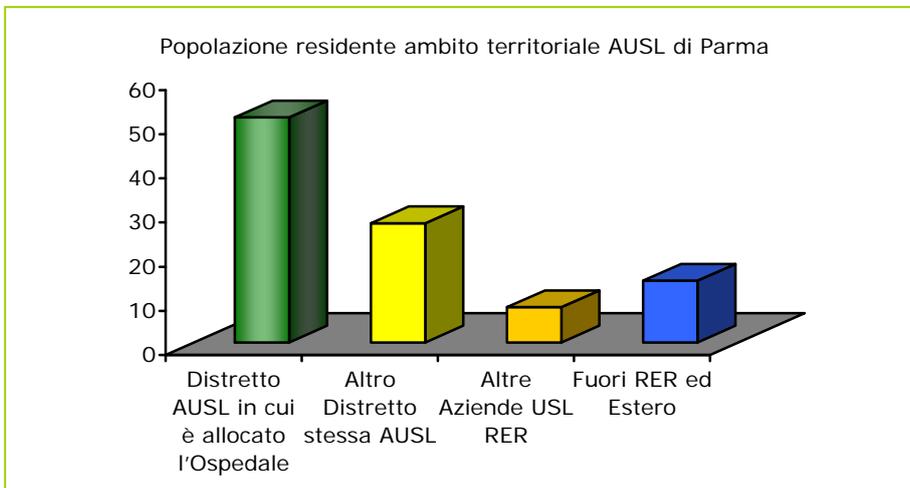
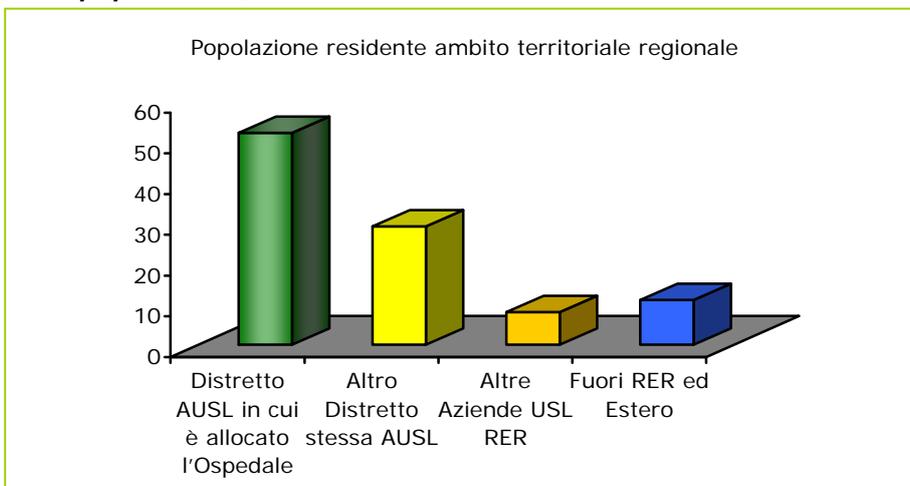


Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2008





1.4 Accordo di fornitura

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sottoscritto il 28.08.2008 e valido per il triennio 2008-2010 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 2008 sono state approvate integrazioni particolari per l'acquisizione di prestazioni e servizi a cui si riferiscono gli indicatori di verifica e il debito informativo per il monitoraggio dell'accordo relativamente all'anno 2008.

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. monitoraggio e controllo della prescrizione di presidi sanitari per diabetici, dell'ossigeno-terapia domiciliare e della nutrizione enterale,
4. somministrazione diretta dei farmaci,
5. fornitura di sangue, emocomponenti ed emoderivati,
6. organizzazione dell'emergenza urgenza territoriale,
7. prestazioni di laboratorio inviate dai punti prelievo dell'Azienda USL all'Azienda Ospedaliero-Universitaria,
8. 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 maggior rilievo. Gli obiettivi prioritari indicati per l'ambito 1, "Prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero", sono:

- utilizzo, entro i tetti di spesa concordati, della possibilità di ricovero diretto da Pronto Soccorso alle case di Cura della Provincia,
- recupero ricoveri in mobilità passiva,
- attuazione delle linee guida gravidanza fisiologica con riduzione parti cesarei,
- miglioramento dell'appropriatezza organizzativa attraverso il trasferimento di DRG ad elevato rischio di inappropriata da regime ordinario a DH,
- riconduzione dei tempi di attesa, per i ricoveri programmati, entro gli standard regionali.

Relativamente all'ambito 2 sono stati identificati obiettivi di riferimento che prevedono a loro volta l'esplosione in obiettivi più puntuali che si riferiscono a:

- mantenimento dei volumi produttivi delle prestazioni nel rispetto dei tetti di spesa,
- stabilità dell'offerta e del sistema di prenotazione e mantenimento dei tempi di attesa nel rispetto degli standard regionali,
- mantenimento della offerta di prestazioni senza chiusura delle agende,
- miglioramento dell'accessibilità,
- garanzia della fornitura dati e qualità della codifica,
- miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa attraverso l'adozione ed applicazione di linee guida relative ad alcune prestazioni specifiche; prescrizione, prenotazione ed erogazione diretta da parte delle U.O. delle prestazioni correlate al ricovero; applicazione liste differenziate per urgenze differibili e attività programmabili; garanzia del percorso di presa in carico dei pazienti risultati positivi agli screening; attivazione dei percorsi di DSA relativamente alle patologie complesse che necessitano di approcci multidisciplinari,
- garanzia della continuità assistenziale,
- garanzia della qualità delle prestazioni.

Per quello che attiene all'ambito 3, gli obiettivi generali si riferiscono alla necessità, concordata dalle due Aziende sanitarie, di adottare linee guida e protocolli condivisi per uniformare le procedure di prescrizione relativamente ai presidi sanitari per Diabetici, all'Ossigeno-Terapia Domiciliare e alla



Nutrizione artificiale, al fine di assicurare un efficace governo clinico, legato alla appropriatezza delle prescrizioni, e un adeguato controllo della spesa.

Per quanto riguarda l'erogazione diretta dei farmaci - ambito 4 - viene stabilita la necessità da parte delle due Aziende sanitarie, secondo quanto programmato nel PAL, dell'impegno a creare una stretta integrazione al fine di favorire la distribuzione diretta. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si assume il compito di rispettare i protocolli condivisi con l'Azienda USL, non solo per l'erogazione diretta dei farmaci alla dimissione dei pazienti, ma anche per i pazienti in ossigeno terapia domiciliare, e nutrizione artificiale domiciliare nella fase di dimissione.

Tale attività sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'azienda USL. Sarà cura del Farmacista che svolge l'attività di erogazione, valutare l'appropriatezza prescrittiva. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si impegna inoltre a fornire agli specialisti tutte le informazioni sulle limitazioni previste dalle note AIFA e sulle variazioni normative.

All'ambito 5 l'accordo prevede che il gruppo tecnico inter-aziendale coordinato dal Direttore della U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, provveda alla revisione e aggiornamento della Convenzione tra le due Aziende circa la fornitura e l'utilizzo ospedaliero, distrettuale, ambulatoriale e domiciliare di sangue ed emoderivati.

Tale compito si articola attraverso i seguenti obiettivi:

- estensione della fornitura di sangue al Presidio Ospedaliero di Fidenza secondo la metodica "Type and screen" già definita dalle due Aziende,
- contenimento dei consumi attraverso protocolli di buon uso del sangue.

All'interno dell'ambito 6 vengono esplicitate le modalità attraverso cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria assicura il livello assistenziale di emergenza sanitaria, garantendo in particolare:

- il sistema di allarme sanitario su tutto il territorio della provincia attraverso la Centrale Operativa,
- il sistema di accettazione in urgenza sanitaria attraverso il Servizio di Pronto Soccorso ed il Dipartimento di Emergenza.

Viene inoltre istituito 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 Responsabile del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel corso del 2008 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.

1.5 Osservazioni epidemiologiche

Attività hub

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

Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il piano sanitario 1999-2001 (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 Ospedaliero-Universitaria di Parma 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).



Tabella 11 Unità Operative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma afferenti alle Reti Hub & Spoke della Regione Emilia-Romagna e relativi bacini d'utenza

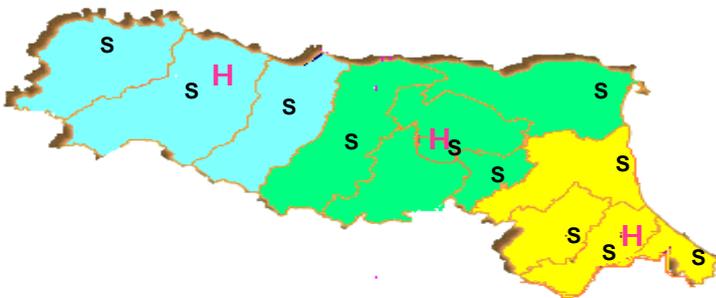
Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Trapianti Organo	Nefrologia, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo (Rene - Rene e Pancreas - Rene da vivente) Ematologia e C.T.M.O. (Midollo osseo)	Rianimazione	Il bacino d'utenza è nazionale. Esiste infatti una lista d'attesa unica regionale per i Trapianti Renali da donatore cadavere, coordinata 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 1724 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 integrata 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 Cardiochirurgica 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 OSPEDALIERA DI PARMA nel suo complesso in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB che prevede la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato		Il Sistema Integrato di Assistenza ai Grandi Traumi (SIAT) della Emilia Nord-occidentale che ha il suo Hub nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, copre i territori di PC, PR e RE
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		Bacino d'utenza è relativo alle province di Parma e Piacenza
Sistema Trasfusionale- Piano Sangue		Servizio Immunotrasfusional e	
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, UO Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		Come risulta evidente dalla rappresentazione grafica della rete per l'Emofilia e le malattie emorragiche congenite, l'Azienda è confermata nel suo ruolo hub unico in tutta la regione
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	Dipartimento Testa-Collo (Struttura Semplice ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Il bacino di riferimento per questa funzione hub (istituita con Delibera di giunta Regionale n 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



Alte specialità riabilitative:			
Riabilitazione gravi mielolesioni		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva		Centro Spina Bifida	

Figura 1 Rappresentazione geografica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub o spoke

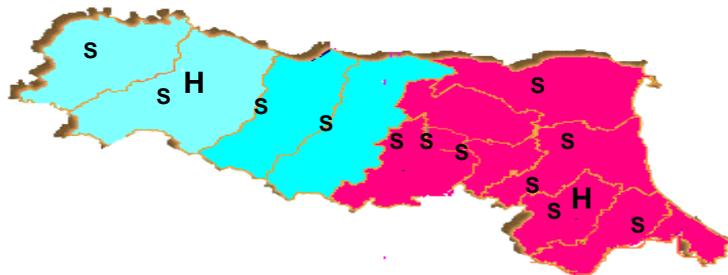
Assistenza ai Grandi Traumi



Legenda:
 H = Hub :Trauma center
 S = Spoke: DEA (Dipartimenti Emergenza-Accettazione)
Criteri: Trattamento di 400-500 casi/anno di trauma maggiore

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

Terapia delle Grandi Ustioni



Legenda:
 H = Hub :Centro Grandi Ustioni
 S = Spoke: DEA (Dipartimenti Emergenza-Accettazione)
Criteri:
 Collocazione in Centri che siano sede anche di Trauma Center
 Dotazione necessaria per il fabbisogno regionale = 16 p.l. corrispondenti a 2 centri



Trapianti d'Organo



Centri Trapianto:

F Fegato	SO Segmenti Ossei
FV Fegato da Vivente	SV Segmenti Vascolari
C Cuore	MO Midollo Osseo
R Rene	IM Intestino-Multiviscerale
R/P Rene / Pancreas	P Polmone
C Cute	R/V Rene da Vivente

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

Cardiochirurgia ed Emodinamica diagnostica ed interventistica



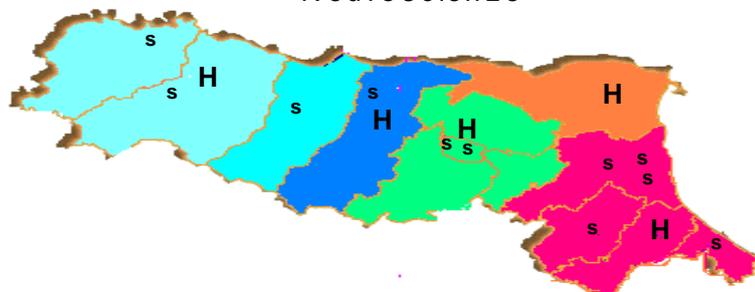
Legenda:

- s Unità Terapia Intensiva Cardiologica
- h Hub sede di emodinamica diagnostica ed interventistica
- H Hub cardiocirurgico e sede di emodinamica diagnostica/interventistica

Criteri:

Bacini definiti sulla base di fabbisogni stimati e livelli minimi di attività per garantire clinical competence come da accreditamento.

Neuroscienze



Legenda:

- H = Hub Neurochirurgico/Neuro radiologico/Neurologico
- s = Spoke: U.O. di Neurologia

Criteri:

1 Centro Hub ogni 800.000/1.000.000 unità di popolazione residente

Le funzioni hub di Neurochirurgia e Neuro radiologia, 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.



Servizi di Genetica Medica



Servizi Clinici di Genetica Medica

H = Hub: A.O. Ferrara ;
S = Spoke: A.O. Modena, Bologna e Parma, AU SL Imola e AU SL Rimini

Laboratori di Citogenetica

H = Hub: A.O. Reggio Emilia, AU SL Imola
S = Spoke: A.O. di Modena, Ferrara e Bologna, Area Piacenza-Parma, Area Cesena-Ferri-Rimini

Laboratori di Genetica Molecolare

H = Hub: A.O. di Ferrara, Modena, Bologna e Parma

Servizi Clinici di Genetica Oncologica

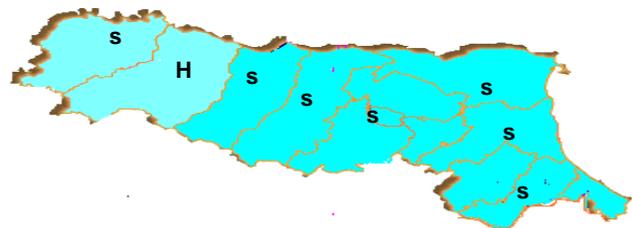
H = Hub: A.O. Modena
S = Spoke: A.O. di Parma, Bologna, Ferrara; AU SL Forli

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.

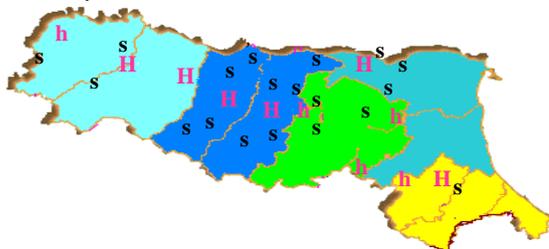
Malattie rare- Emofilia e malattie congenite della coagulazione



H: Hub Centro Emostasi Azienda Ospedaliera di Parma

s: spoke Servizio trasfusionale AUSL Piacenza
U.O. Medicina Interna I AO Reggio Emilia
U.O. Ematologia AO Modena
U.O. Angiologia AO Bologna
U.O. Ematologia e fisiopatologia della coagulazione AO FE
Servizio trasfusionale AUSL Cesena
Servizio trasfusionale AUSL Ravenna

Terapia Intensiva neonatale



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

Legenda e criteri

- H Hub = TIN (1 ogni 5000 nati)
- h Neonatologia (1 ogni 12000 unità di popolazione 0-14 anni)
- s Nido (1 ogni 6000 unità di popolazione 0-14 anni)



L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma 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 mielolesioni, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina Riabilitativa).

Inoltre partecipa quale Polo tecnologico multifunzionale (Centri H/S) per le disabilità infantili, alla presa in carico delle gravi disabilità motorie dell'età evolutiva attraverso il Centro Regionale per la Spina Bifida.

Figura 2 Alte specialità riabilitative: rete hub&spoke per la riabilitazione delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite (progetto Gracer)

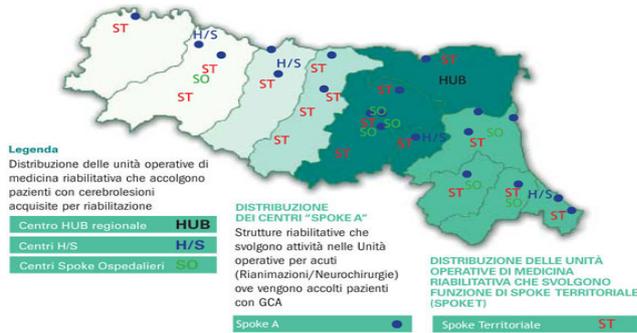


Figura 3 Alte specialità riabilitative: rete hub&spoke per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva



Legenda:

Spoke D (distrettuali)= Strutture territoriali di riabilitazione infantile - sono rappresentate di nomina, dalle UO NP/IA che hanno in carico bambini con disabilità neuromotoria.

Spoke A (aziendali) = generalmente a valenza aziendale/provinciale o di area vasta, sono costituite dalle consulenze espresse da più servizi specialistici, territoriali o ospedalieri.

Centri H/S= Poli tecnologici multifunzionali per le disabilità infantili;

1. **Corte Roncati della AUSL di Bologna che comprende:**
 - Area Ausili (Centro Regionale Ausili "CRA; Centro Ausili Tecnologici "CAT"; Appartamenti Domotizzati)
 - Centro per le Disabilità Linguistiche e Cognitive;
 - Centro di Medicina Riabilitativa Infantile.
2. **Centro regionale per la Spina Bifida della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma**
3. **Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (Ortopedia Pediatrica);** per le problematiche ortopediche e neuro-ortopediche dell'infanzia.

HUB = Unità di riabilitazione delle Gravi Disabilità dell'Età evolutiva (UDGE) dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.



Figura 4 Alte specialità riabilitative: rete hub&spoke per la riabilitazione delle gravi mielolesioni



Legenda:

Hub = UO di Medicina Riabilitativa (codice 28: Unità Spinale) di Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a. e di Villanova D'Arda dell'Azienda USL di Piacenza.

Spoke A (Spoke Acuti) = UO di Medicina Riabilitativa ospedaliera con qualificato expertise nella realizzazione di progetti riabilitativi ai pazienti mielolesi. Si distinguono;

Spoke AT (Spoke Acuti - Mielolesione Traumatica) : UO di Medicina Riabilitativa operanti nelle sedi dei Trauma Center (Ospedale Maggiore di Parma, Ospedale Maggiore di Bologna e Ospedale Bufalini di Cesena).

Spoke A (Spoke Acuti - Mielolesione non Traumatica); UO di Medicina Riabilitativa operanti presso le strutture ospedaliere della regione, garanti del percorso assistenziale delle mielolesioni non traumatiche.

Spoke O (Spoke Ospedalieri); UO di Medicina Riabilitativa ospedaliere dotate di degenza di riabilitazione intensiva, ed in alcuni casi anche estensiva (codice 56 e 60), in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva di pazienti con mielolesione nella fase di eventuale deospedalizzazione dai centri Hub verso gli Spoke T a garanzia della continuità assistenziale nei percorsi di cura.

Spoke T (Spoke Territoriali) : UO di Medicina Riabilitativa articolate a livello distrettuale che svolgono la funzione di spoke per la gestione dei percorsi di deospedalizzazione e il reinserimento delle persone mielolesi.

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

Per la descrizione della qualità dell'attività svolta da alcune funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, rappresentate nella tabella 11 e nelle mappe per funzione sopra riportate, 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 questi 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 progetto Mattoni ipotizza che tale informazione possa costituire un requisito qualificante per un Centro di eccellenza. Infatti, l'analisi è limitata a poche funzioni assistenziali e ad alcuni DRG, selezionati per la loro capacità di rilevare una casistica complessa e molto specifica.

Relativamente all'attività oncoematologica, il gruppo di lavoro del Ministero ha convenuto di determinare un valore soglia minimo di 50 ricoveri all'anno attribuiti ai DRG 405, 473, 481 (riportati in modo analitico nella tabella descrittiva) di ciascuna struttura. La nostra Azienda, come si evince dalla tabella seguente, attraverso la funzione hub del Centro trapianti midollo osseo e CTMO, con i suoi complessivi 226 casi (incrementati rispetto al 2007 di 24 unità) dimostra un'elevata capacità di trattamento di questa casistica, particolarmente complessa e ad alta severità.



Tabella 12 Attività oncoematologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2007-2008

DRG	Dimessi 2008	Dimessi 2007	Valore soglia minimo
405 M-leucemia acuta senza interventi chirurg. maggiori, età <18	97	61	
473 M-leucemie acute no interventi maggiori, età >17	108	120	
481 C-trapianto di midollo osseo	21	21	
Totale complessivo	226	202	50

L'indicatore relativo al volume minimo di attività da erogare presso una Terapia intensiva neonatale rileva, nonostante la riduzione dei casi rispetto al 2007, l'elevata capacità della nostra Azienda di trattare casistica complessa, individuata mediante il set di DRG indicato dal gruppo Ministeriale e presentato 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).

Tabella 13 Attività di Terapia intensiva neonatale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2007-2008

DRG	Dimessi 2008	Dimessi 2007	Valore soglia minimo
385 -Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale	40	37	
386 -Neonato gravemente immaturo/sindr. da distress respiratorio	46	29	
387 -Prematurita' con affezioni maggiori	60	71	
388 -Prematurita' senza affezioni maggiori	174	109	
389 -Neonati a termine con affezioni maggiori	210	138	
390 -Neonati con altri affezioni significative	1.011	1.876	
Totale complessivo	1.541	2.260	506

In merito al Trauma center, la casistica è identificata nei tre DRG indicati nella tabella 14 e il valore soglia minimo è stato stabilito in 25 ricoveri all'anno per struttura. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha trattato nel 2008 un numero significativamente superiore di casi rispetto a quello indicato dal gruppo di lavoro del Ministero.

Tabella 14 Attività di Trauma Center dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2007-2008

DRG	Dimessi 2008	Dimessi 2007	Valore soglia minimo
484 C-craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	4	3	
485 C-reimpianto di arti, interv.su anca e femore per traumat.mult.	11	23	
486 C-altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilev.	27	23	
Totale complessivo	42	49	25

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 che segue (evidenziati con sfondo colorato); secondo il gruppo di lavoro ministeriale è sufficiente anche un numero esiguo di casi trattati per ritenere qualificato il Centro Ustioni a curare casi complessi. Nel 2008 si rileva un incremento della casistica (+ 9 casi).

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.



Tabella 15 Attività di Centro grandi ustioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2007-2008

DRG	Dimessi 2008	Dimessi 2007
504 C-ustioni estese di terzo grado con innesto di cute	18	8
505 M-ustioni estese di terzo grado senza innesto di cute	2	3
506 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz.si cc/trauma	15	7
507 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz.no cc/trauma	88	78
508 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.cc/trauma	1	4
509 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.no cc/trauma	12	9
Totale complessivo	136	109



1. Contesto di riferimento

2

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







Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

Risultato d'esercizio

Il risultato di esercizio ottenuto nell'anno 2008 consente di affermare che l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali dell'esercizio sono da considerarsi raggiunti. Si evidenzia, nel corso dell'anno 2008, un miglioramento della gestione caratteristica determinata da un incremento dei ricavi per maggiori contributi regionali a cui vanno aggiunti quelli contabilizzati, a fronte dei costi sostenuti, per programmi di ricerca e per quasi tutte le tipologie di attività. Nonostante infatti l'applicazione della Delibera di Giunta Regionale n. 1863/2008 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della RER applicabili a decorrere dall'1/1/2008" con cui non si è provveduto a dare seguito al previsto adeguamento tariffario del 3%, le previsioni di ricavo sono state superate grazie al mantenimento dell'Accordo di Fornitura con l'Azienda USL di Parma e alle assegnazioni disposte dalla stessa Giunta per attutire l'impatto del provvedimento sui ricavi per le attività erogate a favore di Aziende Sanitarie della Regione.

Le indicazioni preventive riguardanti i costi definite a livello regionale non sono state completamente attese, in particolare per quanto riguarda i costi per beni e servizi che dovevano essere contenuti nel limite complessivo del 2% rispetto alle risultanze dell'esercizio precedente con la sola eccezione della spesa per farmaci per cui era ammesso un incremento massimo del 5% e i costi del personale. Tali indicazioni non erano compatibili con le effettive necessità per il mantenimento dei volumi qualitativi di attività, per garantire l'attivazione di nuovi servizi ed il pieno funzionamento dei plessi del Nuovo Ospedale, per assorbire i riflessi negativi indotti dall'aumento del costo del petrolio sulle utenze e servizi termici. Corre l'obbligo di ricordare che il Bilancio Preventivo non comprendeva le previsioni relative ai costi per i programmi di ricerca.

La perdita dell'esercizio 2008, pari a 8,764 ml. di euro, risulta essere inferiore all'ammontare delle quote di ammortamento al netto dei beni durevoli immessi nel ciclo produttivo al 31/12/2007 oggetto del procedimento contabile di "sterilizzazione" che costituisce il limite entro il quale il risultato di esercizio può essere definito in equilibrio economico – finanziario e che è pari a 8,772 ml..

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Risultato netto d'esercizio	-11.574	-12.164	-8.764

I valori sono espressi in migliaia di euro

L'incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto d'esercizio (ROC) (che tiene conto esclusivamente di componenti positivi e negativi di reddito scaturiti dall'attività caratteristica, ovvero tipica dell'Azienda) evidenzia come nell'esercizio 2008 abbia inciso pesantemente sul risultato operativo della gestione caratteristica l'incremento del valore della produzione, dei rimborsi, delle sterilizzazioni delle quote di ammortamento e le sopravvenienze attive. La riduzione dei ricavi per le prestazioni in regime di ricovero e in regime di attività libero-professionale sono stati in parte compensati dai maggiori ricavi per prestazioni ambulatoriali in mobilità, per attività di somministrazione farmaci, per prestazioni diverse e trasporti e per consulenze. I minori ricavi per l'attività di ricovero (D.G.R. n. 1863/2008) sono stati compensati da un ulteriore incremento dei contributi in conto esercizio disposto dalla Giunta Regionale a tale fine. Si è inoltre proceduto a una riduzione dell'accantonamento dei costi per rinnovi contrattuali riferibili al biennio 2008/09 pari a 0,115 ml. e destinati al miglioramento del risultato d'esercizio.



	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-107,5%	-122,0%	-50,4%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	7,5%	22,0%	-49,6%

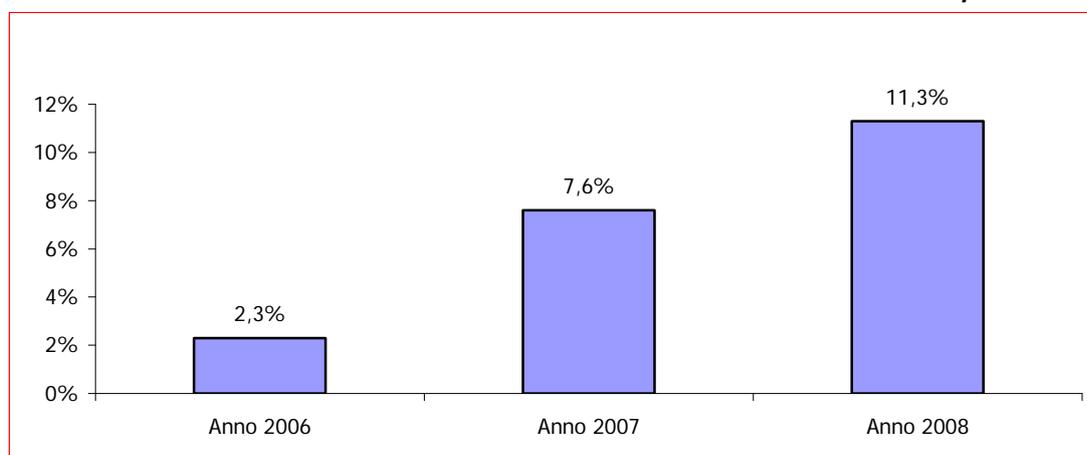
Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda, ottenuto dal rapporto tra il risultato della gestione caratteristica (ROC) e i ricavi disponibili, è influenzato dall'andamento del risultato netto d'esercizio rilevato nei diversi periodi. È doveroso evidenziare che nel ricercare prioritariamente l'equilibrio del sistema sanitario provinciale, in sede di valutazione con l'Azienda USL di Parma dell'attività prodotta nell'esercizio 2008 si è ritenuto, nel rispetto delle indicazioni regionali, di confermare la validità dell'Accordo di Fornitura sottoscritto nonostante il mancato adeguamento delle tariffe di ricovero disposto dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1863/2008. Si sottolinea che la remunerazione dell'attività di ricovero è stata influenzata nell'esercizio 2008, oltre che dal mancato adeguamento del 3% delle tariffe, anche dalla riduzione del valore economico di alcune tipologie di DRG (vedi tracheotomie).

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Risultato complessivo regionale	-498.383	-159.033	-77.242
Risultato netto d'esercizio / Risultato complessivo regionale	2,3%	7,6%	11,3%

L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva di sistema nell'ultimo triennio risente dell'incremento rispetto al preventivo (+11,475 ml.) dei contributi in conto esercizio per l'anno 2008. Sul risultato di esercizio 2008 ha inciso l'assegnazione disposta dalla Giunta Regionale a riduzione dell'entità della perdita e la riduzione dell'accantonamento dei costi per rinnovi contrattuali riferibili al biennio 2008/09 destinati al miglioramento del risultato d'esercizio. 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.

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

Grafico 1 Risultato netto d'esercizio dell'ultimo triennio / Risultati complessivi regionali

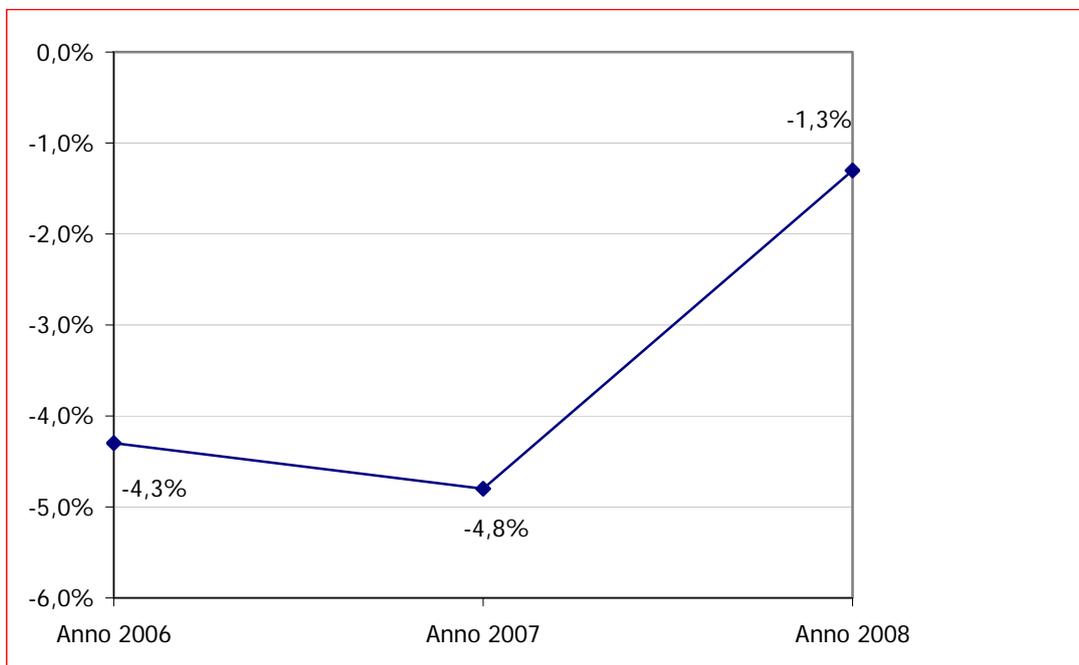




L'apporto della gestione aziendale alla performance complessiva del sistema regionale, inteso come rapporto tra i risultati netti d'esercizio dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento e i risultati complessivi regionali, rileva un andamento corrispondente alle perdite registrate.

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) rileva un andamento crescente nell'anno 2008 rispetto agli stessi indicatori di livello regionale. In particolare, il divario tra valore e costi della produzione evidenzia nell'esercizio 2008 un miglioramento della gestione caratteristica ottenuta grazie all'incremento dei ricavi derivanti da maggiori contributi regionali e dai maggiori ricavi, a fronte dei rispettivi costi, per programmi di ricerca e altre tipologie di attività, ad esclusione dell'attività di ricovero ordinario. Percentualmente i risultati della gestione caratteristica dell'Azienda (ROC) rispetto ai ricavi disponibili sono stati:

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Risultato della gestione caratteristica / Ricavi disponibili	-4,3%	-4,8%	-1,3%



Proventi e ricavi d'esercizio

La struttura dei proventi e ricavi di esercizio, pur risultando di entità inferiore alle previsioni principalmente a causa del mancato incremento delle tariffe del 3% come invece indicato nel Bilancio Economico Preventivo 2008, rileva la forte incidenza dei ricavi per prestazioni tariffate sul totale dei ricavi.

In particolare, si segnala che nel corso dell'anno 2008 si è proceduto alla riduzione (da 1.233 a 1.206) del numero dei posti letto in regime ordinario (considerando complessivamente i letti per acuti, riabilitazione e lungodegenza) ed al potenziamento dei servizi e dei processi volti a garantire la continuità assistenziale dei pazienti affetti da patologie croniche che sono in costante aumento. A tale scopo sono stati ulteriormente implementati tre importanti percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento delle due Aziende sanitarie provinciali relativi alla gestione di patologie cronico - degenerative ad elevato consumo di risorse e impatto sociale: stroke care, sclerosi laterale amiotrofica e scompenso cardiaco. Sono state inoltre potenziate le reti regionali secondo il modello operativo "hub&spoke", adottato al fine di realizzare una maggiore integrazione del processo di cura e un più forte coordinamento tra i servizi sanitari provinciali e sovra-provinciali. Sono state consolidate le attività della rete cardiologica per assicurare il tempestivo accesso alle procedure cardiologiche interventistiche e dei grandi traumi (trauma center) per l'interazione tra fase acuta e fase riabilitativa.



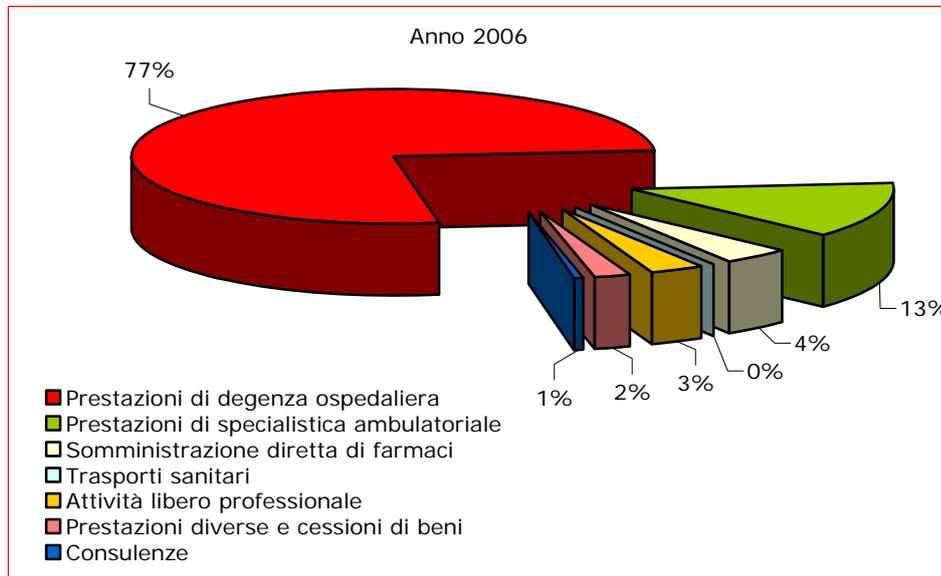
Nel corso del 2008 il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Parma standardizzato per età (utilizzando per la mobilità passiva extra-RER il dato 2007, in quanto il 2008 non è ancora disponibile) ha registrato un ulteriore decremento rispetto all'anno precedente, risultando il regime ordinario pari alla media regionale mentre in day hospital di 3 punti superiore per maggiori ricoveri di tipo medico. Dall'analisi complessiva dei principali indicatori di attività si evince che nell'anno 2008 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 lievemente in incremento in regime ordinario si rileva: un incremento importante dell'attrazione da altre province della Regione - prevalentemente residenti di Piacenza e Reggio Emilia (+4%), il mantenimento dei ricoveri da fuori Regione, un aumento dei ricoveri di alta specialità (+3%) e dei casi con intervento chirurgico. Relativamente alla tipologia di casistica, si segnala che l'incremento di ricoveri da fuori Provincia e fuori Regione è attribuibile in prevalenza all'attività di trapianti e a interventi neurochirurgici e cardiocirurgici. Da sottolineare l'incremento del ricovero di ultrasessantacinquenni che rappresentano, nell'anno 2008, il 45% dei pazienti trattati in regime ordinario e l'aumento delle giornate di lungodegenza pari al 15% del totale delle giornate di ricovero. In regime diurno si rileva un lieve incremento di attività e del numero di accessi per patologie tumorali.

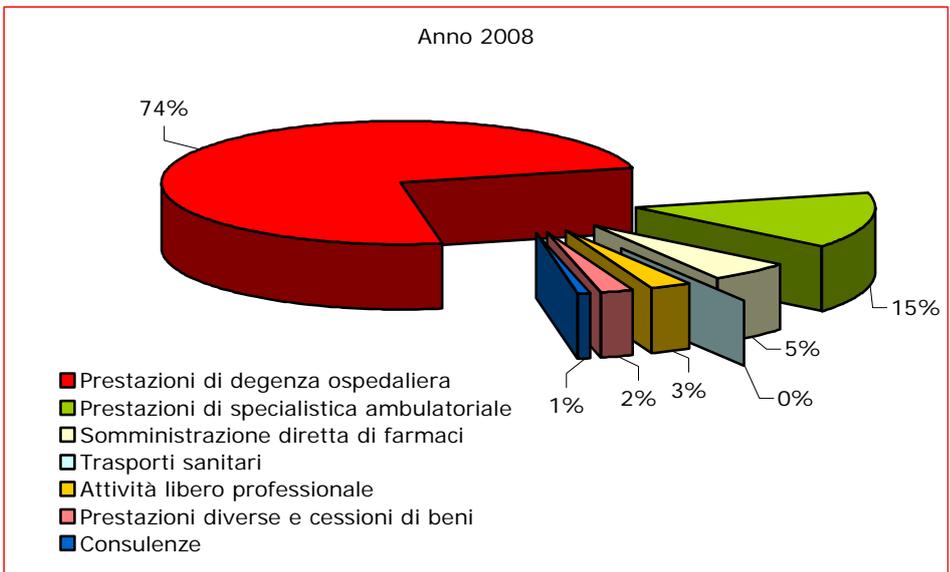
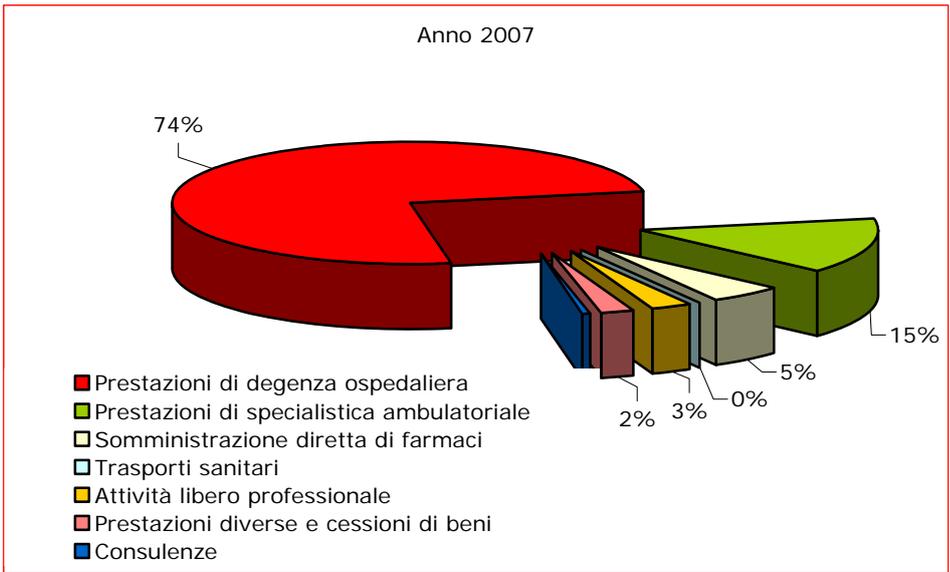
Nell'anno 2008 la produzione in regime ambulatoriale ha complessivamente registrato un incremento (+3,31% prestazioni pari a +3,49% dei ricavi). In particolare risulta in aumento l'attività collegata al riassorbimento dei punti prelievo dell'Azienda USL mentre si è registrata una riduzione del numero delle altre prestazioni ambulatoriali cui in parte ha concorso il trasferimento dell'attività dialitica sul territorio come stabilito in sede di stipula di Accordo di Fornitura con l'Azienda territoriale.

Di seguito si riportano i dati con le singole voci di dettaglio al fine di consentire una migliore valutazione sull'andamento dei ricavi dell'esercizio 2008 rispetto al biennio precedente.

Si ricorda che il trend dei ricavi di esercizio è influenzato dai valori relativi all'attività in mobilità che, nel caso di prestazioni di ricovero e ambulatoriali 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.

Grafici 2a, 2b, 2c Proventi e ricavi di esercizio, anni 2006-2008





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. Uniche eccezioni il corrispettivo relativo alla somministrazione farmaci che è stato concordato a fine esercizio sulla base delle risultanze emerse dalla banca dati regionale e il corrispettivo per le prestazioni di ricovero e ambulatoriali rese a stranieri in carico all'Azienda USL che sono risultate inferiori all'ammontare inizialmente previsto. Si riporta a confronto la effettiva valorizzazione sulla base delle tariffe vigenti dell'attività prodotta e il corrispettivo concordato:

Tabella 1 Valorizzazione alle tariffe vigenti (D.G.R. 1863/2008) delle attività in mobilità effettivamente rese all'AUSL di Parma

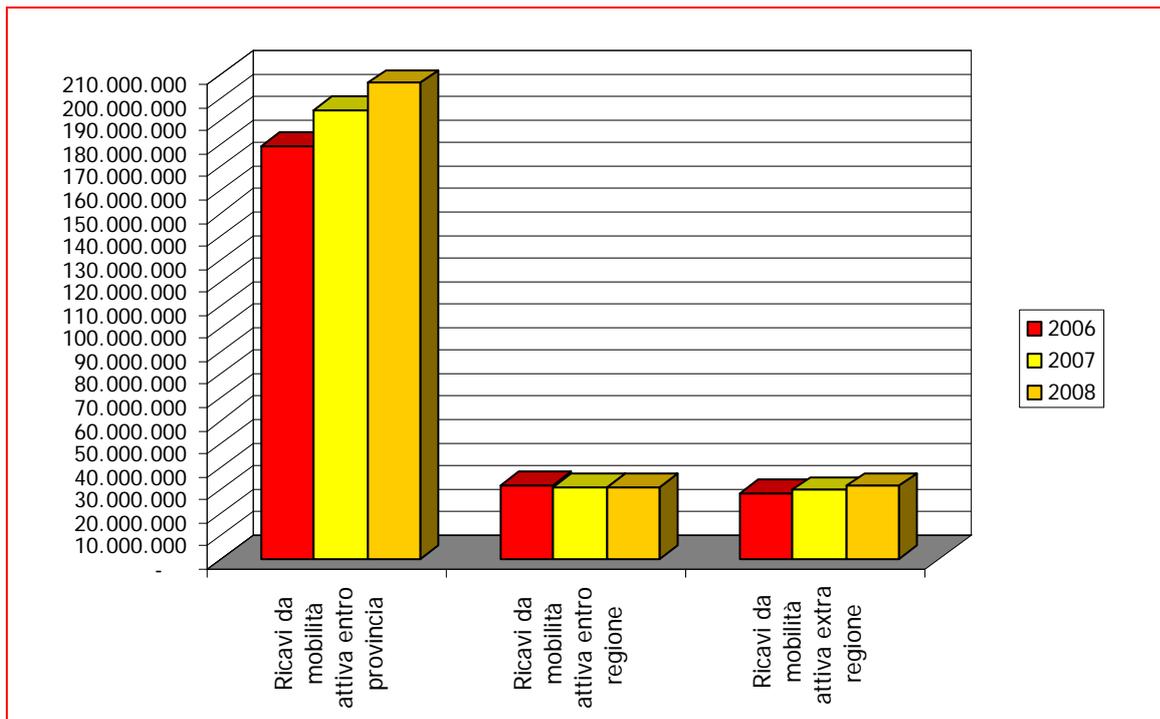
Ricoveri ordinari	155.343.253
Prestazioni ambulatoriali	28.051.596
Prestazioni ambulatoriali (laboratorio ex Pintor)	5.250.343
Somministrazione farmaci	12.510
Totale valorizzazione attività	201.155.339
Remunerazione in base all'Accordo di Fornitura	206.210.000
Totale remunerazione eccedente l'attività	5.054.661



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 che consistevano nel confermare la validità degli Accordi di Fornitura sottoscritti nonostante il mancato adeguamento delle tariffe disposto dalla Giunta Regionale e di ricercare l'equilibrio del sistema sanitario provinciale.

La valorizzazione dell'attività di ricovero sopra riportata è stata influenzata, oltre che dal mancato adeguamento delle tariffe, dalla riduzione del valore di alcuni DRG (vedi D.G.R. 1863/2008 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della RER applicabili a decorrere dall'1/1/2008"). Per la prima volta, per i motivi esposti, la remunerazione eccede la valorizzazione dell'attività prodotta (+5 ml.) che, comunque, è risultata in lieve incremento rispetto all'anno 2007.

- **Aziende Sanitarie Infra-Regionali** si evidenziano decrementi rispetto al preventivo dei ricavi per attività di ricovero determinati prevalentemente dall'applicazione della deliberazione regionale che prevede anche la riduzione del valore economico di alcuni DRG in particolare dell'abbattimento della tariffa del DRG n. 483 (trachetomia). In forte diminuzione i ricavi per somministrazione farmaci e in lieve calo l'attività specialistica ambulatoriale.
- **Aziende Extra-Regionali** si evidenziano incrementi dei ricavi sia per l'attività di ricovero che per l'attività specialistica ambulatoriale e per la somministrazione farmaci.



Risultano inoltre incrementati i trasporti sanitari, effettuati in eliambulanza, di pazienti non residenti nella Regione e le consulenze rese in convenzione ad altre Aziende sanitarie della Regione e a Enti pubblici e privati. Nonostante un complessivo aumento dei ricavi per prestazioni diverse e cessione di beni da attribuire principalmente all'incremento dei ricavi per sperimentazioni e ricerche per privati e per altre prestazioni a Aziende sanitarie regionali e ad Aziende, Enti e privati, si rileva una consistente riduzione dei ricavi per fornitura di sangue ed emoderivati ad Aziende sanitarie della Regione in conseguenza dell'applicazione di protocolli relativi al programma regionale finalizzato ad un uso più corretto del sangue.

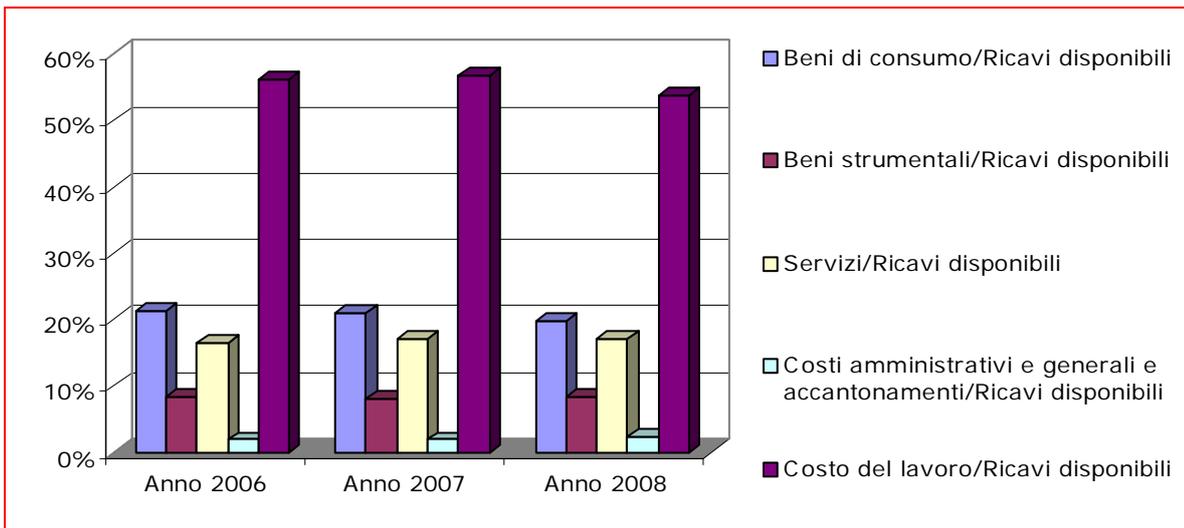
Costi della produzione

L'assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale rispetto ai corrispondenti valori medi regionali evidenzia nell'ultimo triennio il seguente trend:



Tabella 2 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Beni di consumo/Ricavi disponibili	21,4%	20,9%	19,9%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	8,3%	8,2%	8,3%
Servizi/Ricavi disponibili	16,5%	17,1%	17,2%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	1,9%	1,9%	2,3%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	56,2%	56,8%	53,7%



Anche nel corso dell'anno 2008 la Direzione Aziendale si è impegnata, nel pieno rispetto degli adempimenti sanciti con il Protocollo d'Intesa 28 settembre 2006 (Patto per la Salute) e finalizzati al controllo della spesa sanitaria, a sostenere le azioni necessarie ad elevare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni. L'obiettivo, particolarmente significativo, si è sviluppato attraverso azioni di ottimizzazione e razionalizzazione della spesa per far fronte anche alle revisioni dei prezzi contrattuali, agli aumenti dovuti ai fenomeni inflattivi e alle nuove necessità derivanti da incrementi e miglioramenti dell'attività produttiva.

In tale ottica è stato dato un forte impulso alle politiche tendenti a:

- recuperare possibili margini di efficienza negli acquisti 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;
- consolidare le azioni dirette a fare di INTERCENT-ER lo strumento a sostegno delle strategie di acquisto del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare nell'anno 2008 la partecipazione aziendale in sede di Area Vasta (AVEN) si è nuovamente qualificata ed ha assunto il ruolo di referente in diverse procedure di gara nel settore dei dispositivi medici mettendo a frutto l'esperienza aziendale, ormai consolidata in tale ambito connotato da una costante evoluzione tecnologica e da un forte impatto economico.

L'Azienda ha inoltre partecipato attivamente al progetto di estensione dell'attività in unione di acquisto per le forniture in service svolgendo le funzioni di azienda capofila per il service IVUS, per cui è già stato pubblicato il bando di gara, e per i service di immunocoloratore e sistemi di aferesi per cui sono in corso gli studi di fattibilità.

Essendo stato confermato il principio di necessaria adesione alle convenzioni–quadro stipulate da CONSIP ovvero ai parametri di prezzo–qualità delle stesse, sono state mantenute in vigore tutte le procedure ed i controlli previsti dalla Legge n. 191 del 30 luglio 2004 in caso di acquisti in autonomia di beni o servizi comparabili o di prodotti similari ma con caratteristiche non comparabili.

Le azioni di governo economico della spesa sono state comunque orientate, nel rispetto del perseguimento dell'equilibrio economico–finanziario dell'Azienda, al mantenimento dei livelli qualitativi dell'assistenza sanitaria.

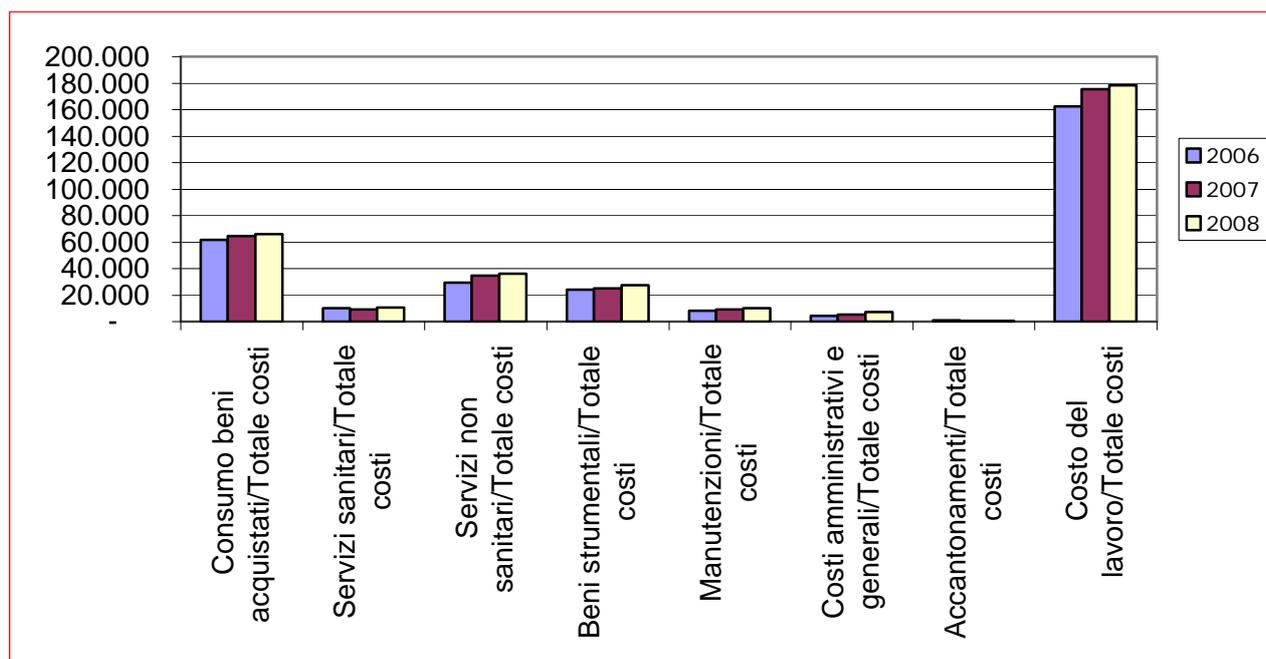


In relazione agli obiettivi di produzione 2008 e alle risultanze delle rimanenze finali anno 2007, l'esercizio 2008 registra rispetto all'anno 2007 un incremento complessivo dei costi dell'1,7%. Tale variazione appare coerente con l'aumento, sia in termini di volumi che di complessità, delle attività. Rispetto all'esercizio 2007 si osserva, ad esempio, un incremento dei punti DRG per ricoveri ordinari pari al 2%, dei punti DRG per ricoveri diurni del 2%, dei punti DRG per ricoveri di alta specialità del 3% e un incremento del 3% del numero dei ricoveri ordinari con intervento chirurgico.

La composizione percentuale dei costi della produzione negli anni 2006-2008 è stata la seguente:

Tabella 3 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Totale Costi	301.060	323.532	336.530
Consumo beni acquistati/Totale costi	20,5%	19,9%	19,6%
Servizi sanitari/Totale costi	3,3%	2,8%	3,2%
Servizi non sanitari/Totale costi	9,7%	10,7%	10,8%
Beni strumentali/Totale costi	8,0%	7,8%	8,1%
Manutenzioni/Totale costi	2,8%	2,8%	3,0%
Costi amministrativi e generali/Totale costi	1,5%	1,6%	2,2%
Accantonamenti/Totale costi	0,3%	0,2%	0,1%
Costo del lavoro/Totale costi	53,9%	54,2%	53,0%



Per quanto riguarda il periodo 2006-2008, i costi della produzione hanno evidenziato un trend crescente 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 e l'aumento di attività in applicazione dell'Accordo di fornitura con l'Azienda USL.

In particolare si evidenzia che l'andamento del consumo di beni è principalmente determinato dalla dinamica dei farmaci in compensazione (+14%): a consuntivo infatti i costi per i beni di consumo sanitari al netto dei farmaci in compensazione hanno registrato un incremento complessivo del 2% rispetto all'esercizio precedente. Il trend del consumo dei beni di consumo sanitari risulta correlato alla variazione dei volumi e della complessità della casistica trattata (si osserva un aumento dei costi dei fattori produttivi quali presidi sanitari e materiale protesico legati ad attività di alta specialità:



emodinamica, elettrofisiologia, neurochirurgia, cardiocirurgia, otoneurochirurgia, chirurgia vascolare, eccetera) oltre che all'introduzione e diffusione di prodotti innovativi finalizzati ad una maggiore efficacia e appropriatezza delle prestazioni erogate. Nel corso dell'anno 2008, si è proceduto inoltre ad una riorganizzazione di alcuni blocchi operatori che ha inevitabilmente comportato un incremento dei costi di strumentario chirurgico e materiale di sala operatoria.

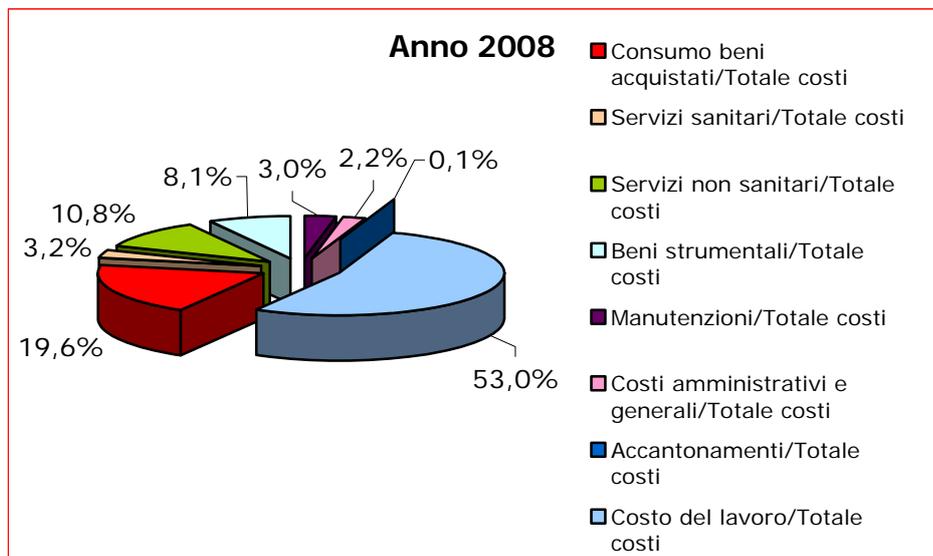
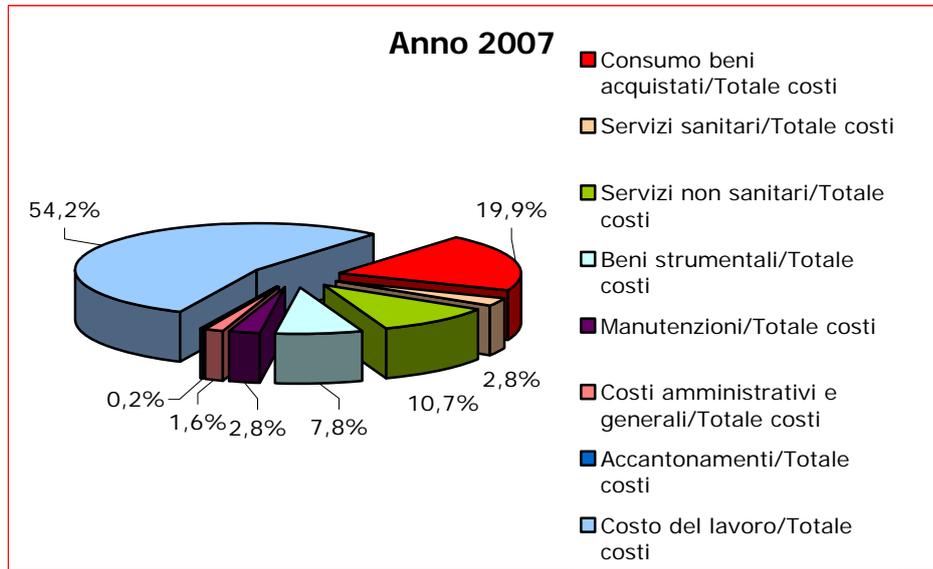
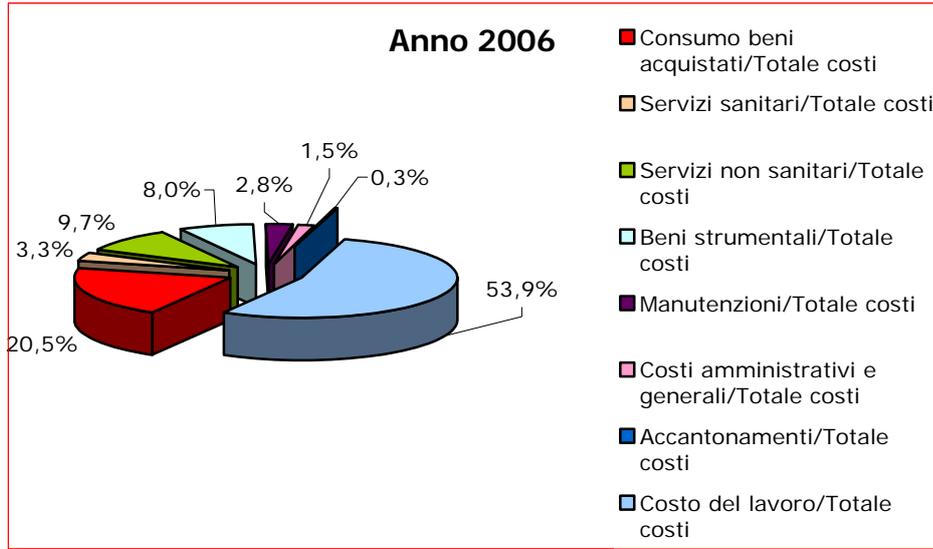
La crescita dei costi per servizi sanitari (service) è dovuta principalmente a due fattori: nuove aggiudicazioni di contratti di service scaduti ed estensione delle forniture. Le nuove aggiudicazioni hanno comportato infatti l'aggiornamento dei canoni di noleggio e assistenza degli stessi, mentre l'estensione delle forniture rientra nella politica aziendale di ottimizzazione e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle modalità di acquisizione dei fattori di produzione. Tali azioni hanno concorso al contenimento dei costi per il consumo di materiale diagnostico e di laboratorio. Inoltre, per alcuni service di nuova attivazione, laddove tecnicamente possibile, è stata applicata una nuova forma contrattuale che prevede la fatturazione a determinazione: sistema innovativo che ha dato nuovo impulso alla razionalizzazione dei costi di tali prestazioni. L'andamento dei consumi per il godimento di beni di terzi è stato condizionato, oltre che dai service, dalle dinamiche relative al fattore degli affitti, locazioni e noleggi. L'aumento dei costi di tale aggregato rispetto agli anni precedenti è dovuto a: affitto di locali per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia, nell'attesa che siano disponibili le strutture ambulatoriali all'interno dell'area ospedaliera attualmente in corso di realizzazione, e l'adesione al nuovo capitolato di appalto per la fornitura di presidi antidecubito INTERCENT-ER. I servizi non sanitari hanno registrato un aumento dei costi delle manutenzioni (per quanto riguarda i costi delle manutenzioni delle attrezzature sanitarie, si ricorda che nell'anno 2008 è terminato il periodo di garanzia contrattualmente previsto in sede di acquisizione di molte delle nuove attrezzature acquisite per il progetto Nuovo Ospedale), delle utenze e servizi termici (incremento delle tariffe di gas e energia elettrica).

Per quanto riguarda il costo del personale, si sottolinea che nel corso dell'anno 2008 sono proseguite le rilevanti modifiche organizzative correlate al progetto Nuovo Ospedale. Rispetto alla dotazione media dell'anno 2007, si registra un aumento del personale nell'anno 2008 pari a 57,85 unità tutte riferite all'area dell'assistenza. Tale adeguamento ha reso possibile fronteggiare le necessità assistenziali sviluppate in relazione alla nuova configurazione che ha assunto la struttura ospedaliera. Le nuove assunzioni di personale del comparto (infermieristico e OSS) e medico non hanno comportato la evidenziazione di maggiori costi per competenze fisse grazie ad una oculata gestione della tempistica delle sostituzioni e delle assunzioni e a una maggiore disponibilità degli accantonamenti per il rinnovo dei C.C.N.L. rispetto a quanto effettivamente erogato. L'aumento del costo è stato determinato da altri fattori quali: gli oneri addebitati dagli Istituti di Previdenza per adeguamenti contrattuali al personale cessato, gli automatismi connessi all'anzianità di servizio e al personale in comando da altre Aziende Sanitarie. Nell'esercizio 2008 è stata data poi applicazione al Verbale di Intesa del 19/12/2006 per l'equiparazione, sulla base delle indicazioni applicative regionali (note prot. n. 64034 del 06/03/2008 e prot. n. 71961 del 14/03/2008), del personale del comparto Università al personale delle Aziende Sanitarie. Inoltre, relativamente al personale docente che svolge attività assistenziale, è stato siglato in data 26/11/2007 un Accordo tra Regione e Università del territorio regionale che ha definito le linee guida di carattere generale per la condivisione dell'allineamento delle posizioni universitarie alle corrispondenti figure ospedaliere. La fase attuativa dell'Intesa ha comportato maggiori oneri per il nuovo contratto del personale universitario.

All'interno dell'aggregato relativo ai costi amministrativi e generali di esercizio sono contabilizzati i costi sostenuti nell'esercizio 2008 corrispondente al primo anno di attivazione dei Programmi di Ricerca Regione – Università e del Progetto Neomark finanziato dalla Comunità Europea. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è infatti capofila di un consorzio di Enti e Istituti con sede in Italia, Germania, Spagna, Portogallo e Grecia per lo svolgimento del programma di ricerca Neomark in convenzione con la Commissione della Comunità Europea per l'Informazione e la Comunicazione Tecnologica. L'Azienda ha provveduto a trasferire agli altri partners le risorse indicate dall'organismo comunitario e ha sostenuto i costi per quanto necessario.



Grafici 3a, 3b, 3c Composizione percentuale costi, anni 2006-2008





Andamento consumo farmaci

L'andamento, in termini di valore, del consumo interno di farmaci nel periodo 2006-2008 è stato il seguente:

	Medicinali acquistati	Variazione delle rimanenze	Somministrazione diretta farmaci File F	Consumo interno
Anno 2006	23.576.042	- 2.812.906	10.846.298	15.542.650
Anno 2007	26.524.394	75.943	13.837.334	12.611.117
Anno 2008	28.685.145	931.653	15.738.531	13.878.267

A fronte di acquisti di medicinali superiori del 14% rispetto all'esercizio precedente, si rilevano maggiori ricavi per i farmaci oggetto di compensazione (file F). A consuntivo 2008 i costi per medicinali, al netto dei farmaci in compensazione, hanno evidenziato un incremento complessivo del 2% rispetto all'anno precedente. Si ricorda che il trend dei consumi di medicinali è legato sia alla variazione dei volumi e della casistica trattata che all'impatto dell'incremento di utilizzo 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, l'incremento dei consumi di medicinali risulta coerente con l'andamento delle attività registrato nell'anno (+2% punti DRG di ricovero ordinario e DH, +3% punti DRG ricoveri alta specialità e +3% numero ricoveri con intervento chirurgico). Di seguito si fornisce il dettaglio del confronto esercizio 2008 vs 2007 della percentuale sul totale del valore dei farmaci in compensazione registrato per ciascuna causale di erogazione:

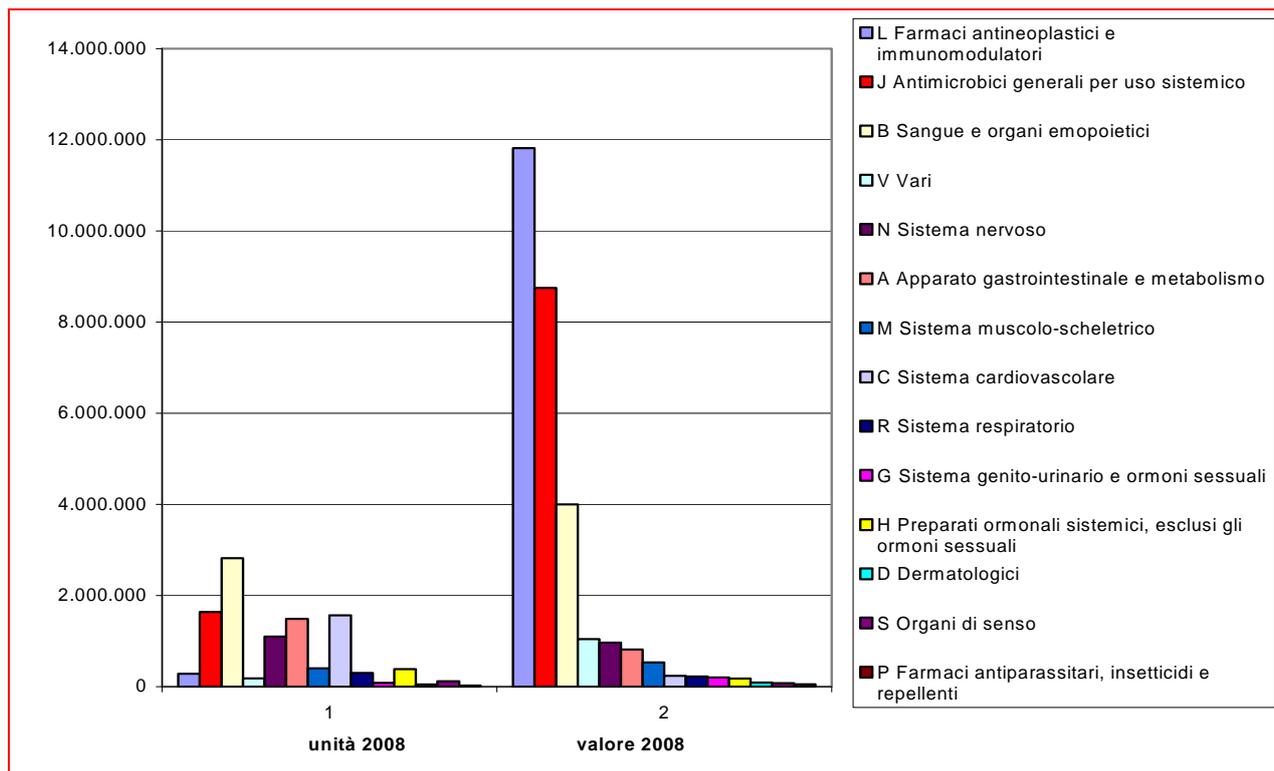
Tabella 4 Farmaci in compensazione economica "File F", confronto 2008-2007

	Anno 2008 Percentuale sul valore totale	Anno 2007 Percentuale sul valore totale	Differenza
Dimissione Degenze	3%	3%	0%
Ambulatoriale	68%	60%	8%
DH	11%	10%	1%
Fattori della Coagulazione	4%	11%	-7%
Paziente Cronico	0%	3%	-3%
Circ. 3/07 DH	14%	13%	1%
Circ. 3/07 regime ordinario	1%	1%	0%

I costi anno 2008 relativi a medicinali e altri prodotti terapeutici, classificati in base all'ATC, evidenziano la seguente composizione espressa in valori assoluti, in percentuale sul valore totale degli acquisti e in percentuali cumulate:

ATC	Descrizione	Numero Unità	Valore	Percentuale sul valore totale	Percentuale cumulata
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	282.056	11.814.626	40,76	40,76
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.642.007	8.751.945	30,19	70,95
B	Sangue e organi emopoietici	2.819.367	4.000.851	13,80	84,75
V	Vari	182.578	1.046.553	3,61	88,36
N	Sistema nervoso	1.095.660	970.345	3,35	91,71
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.485.249	813.504	2,81	94,52
M	Sistema muscolo-scheletrico	400.850	532.864	1,84	96,35
C	Sistema cardiovascolare	1.565.854	238.611	0,82	97,18
R	Sistema respiratorio	298.652	225.528	0,78	97,96
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	83.817	200.132	0,69	98,65
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	383.698	175.482	0,61	99,25
D	Dermatologici	47.174	90.304	0,31	99,56
S	Organi di senso	115.469	75.083	0,26	99,82
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	25.530	51.611	0,18	100,00
	TOTALE	10.427.961	28.987.437		

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali. Non sono presenti i farmaci privi di classificazione ATC (es. alcuni farmaci galenici, farmaci esteri eccetera)



ATC	Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	282.056	270.346	11.710	11.814.626	10.368.729	1.445.897
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.642.007	1.612.323	29.684	8.751.945	8.006.262	745.683
B	Sangue e organi emopoietici	2.819.367	2.764.005	55.362	4.000.851	4.881.864	-881.013
V	Vari	182.578	179.953	2.625	1.046.553	881.867	164.685
N	Sistema nervoso	1.095.660	1.042.657	53.003	970.345	907.814	62.531
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.485.249	1.541.500	-56.251	813.504	749.441	64.063
M	Sistema muscolo-scheletrico	400.850	408.716	-7.866	532.864	610.852	-77.988
C	Sistema cardiovascolare	1.565.854	1.519.262	46.592	238.611	228.834	9.777
R	Sistema respiratorio	298.652	303.281	-4.629	225.528	175.012	50.516
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	83.817	82.816	1.001	200.132	216.711	-16.579
H	Preparati ormonali sist, esclusi ormoni ses	383.698	359.274	24.424	175.482	159.483	15.999
D	Dermatologici	47.174	50.909	-3.735	90.304	113.103	-22.799
S	Organi di senso	115.469	107.054	8.415	75.083	67.632	7.451
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	25.530	24.433	1.097	51.611	43.603	8.008
	TOTALE	10.427.961	10.266.529	161.432	28.987.437	27.411.205	1.576.232

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali. Non sono presenti i farmaci privi di classificazione ATC (es. alcuni farmaci galenici, farmaci esteri eccetera)

Le tabelle mostrano l'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC nel confronto tra gli anni 2007 e 2008. Le categorie dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, dei farmaci Antimicrobici e dei farmaci del Sistema Sangue costituiscono una spesa pari all'84,7% della spesa totale. In particolare, la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2008 un aumento della spesa relativa di



circa il 14% rispetto a quella del 2007, a sua volta già in aumento dell'11% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2006.

Tale aumento assorbe oltre il 90% dell'aumento totale della spesa per farmaci classificati come ATC.

Gli antimicrobici hanno fatto registrare un aumento della spesa del 9,4 % rispetto al 2007 addebitabile in particolare ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo.

La categoria dei farmaci del sangue ha fatto registrare una consistente diminuzione della spesa rispetto al 2007 dovuta al minor utilizzo di fattore VII ricombinante (Novoseven) e ad un minor consumo di Albumina Umana per effetto dell'applicazione dell'aggiornata linea-guida aziendale e del suo rigoroso monitoraggio da parte del Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco.

Recuperi sono registrati nelle categorie dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico, del sistema genito-urinario e dei farmaci dermatologici.

L'andamento dei consumi e della spesa per i farmaci appartenenti alla categoria A - Gastrointestinali e Metabolismo nel confronto tra 2007 e 2008 è stato il seguente:

ATC	Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
A16	Altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo	711	831	-120	310.410	281.211	29.199
A04	Antiemetici e antinausea	35.209	33.477	1.732	166.634	165.530	1.104
A02	Farmaci per i disturbi correlati alla secrezione acida	851.496	891.291	-39.795	137.280	108.146	29.134
A11	Vitamine	69.443	73.919	-4.476	59.929	55.328	4.601
A10	Farmaci usati nel diabete	83.019	86.069	-3.050	58.136	56.906	1.230
A06	Lassativi	119.730	115.886	3.844	32.853	30.346	2.507
A12	Integratori minerali	66.601	60.795	5.806	19.062	20.161	-1.099
A07	Antidiarroici, antinfiammatori e antimicrobici intestinali	103.802	117.048	-13.246	13.884	17.541	-3.657
A03	farmaci per disturbi funzionali gastrointestinali	110.235	112.424	-2.189	11.576	12.168	-592
A09	Digestivi, inclusi gli enzimi	19.600	21.200	-1.600	1.485	1.630	-144
A01	Stomatologici	303	300	3	561	461	100
A05	Terapia biliare ed epatica	25.100	28.260	-3.160	12	14	-2
	TOTALE	1.485.249	1.541.500	-56.251	811.821	749.441	62.381

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

Si nota che il 50% dell'aumento totale è attribuibile al farmaco Idursulfase (Elaprase) utilizzato per un paziente affetto dalla malattia rara Mucopolisaccaridosi di tipo II. Il farmaco è soggetto a compensazione economica.

Si evidenzia inoltre che, nell'ambito della classe A11- Vitamine è diminuito il consumo per effetto dell'uscita dal Prontuario Terapeutico dei preparati multivitaminici. La spesa è però lievemente aumentata per aumento dei costi di alcuni prodotti (Multivitaminici per TPN – Paracalcitolo utilizzato su pazienti dializzati). Nell'ambito della classe A07-Antidiarroici, la diminuzione di spesa è dovuta all'uscita dal Prontuario Terapeutico dei farmaci a base di fermenti lattici.

Per il Gruppo ATC M – Sistema Muscolo Scheletrico, la consistente diminuzione di spesa totale è conseguente all'uscita da Prontuario Terapeutico di Ketorolac orale e ketoprofene gel, al minor uso di Baclofene intratecale ed al minore uso dei bifosfonati, in particolare di Acido Zoledronico. Per il Gruppo ATC D – Dermatologici: la diminuzione di spesa totale è dovuta all'eliminazione dal Prontuario Terapeutico di Gentamicina e Gentamicina + Betametasona e ad un minor utilizzo di sulfadiazina crema.

Tabella 5 Gruppo ATC S - Organi di Senso Farmaci per la degenerazione della macula

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
VERTEPORFINA	150	228	152.402	238.384	-85.982
BEVACIZUMAB	34	12	9.908	3.252	6.656
PEGAPTANIB	16	5	7.673	3.488	4.185
TOTALE			169.983	245.124	-75.141

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali



L'utilizzo delle preparazioni a base di Bevacizumab intravitreale allestite nel laboratorio UMaCA a costi molto ridotti ha permesso un consistente abbandono del farmaco Verteporfina (Visudyne) ed un consistente risparmio nel 2008 rispetto al 2007. Il risparmio è comunque attenuato da alcuni trattamenti con Pegaptanib per pochi pazienti con controindicazione al Bevacizumab (i pazienti trattati con Bevacizumab nel 2008 sono stati 181 mentre quelli trattati con Pegaptanib sono stati 5). La tabella 5 mostra, in modo molto evidente, come sia fortemente sbilanciato e penalizzante il costo del trattamento con Pegaptanib nel confronto con Bevacizumab riferito alla forte differenza di pazienti trattati.

Tabella 6 Monitoraggio dell'aderenza prescrittiva ai lotti di farmaci aggiudicati in equivalenza terapeutica in unione d'acquisto, anno 2008

DESCRIZIONE	Equivalenza stabilita	% adesione prescriz.	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 20 mg ci	70% Ramipril 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% 0%	
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 subb. 1,5 gr E.V. Ampicillina subb. 3 gr E.V. Ampicillina subb. 1,5 gr. I.M. Amoxicillina clav. 1,2 gr E.V. Amoxicillina clav. 2,2 gr E.V.	100 % Ampicillina subb.	100% 0%	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 % Moxifloxacina	100% 0%	
PPI Lansoprazolo 30 mg cp Lansoprazolo orodis.30 mg cp Omeprazolo 10 mg cp	100% Lansoprazolo	100% 0%	
H2-ANTAGONISTI Ranitidina 150 mg cp Ranitidina 50 mg fl Ranitidina sciroppo Altri	100% Ranitidina	100% 0%	
CaANTAGONISTI Felodipina 5 mg cp Felodipina 10 mg cp Amlodipina 10 mg cp Nifedipina 10 mg cp Nifedipina 20 mg cp Nifedipina 30 mg cp Nifedipina 60 mg cp	60% Felodipina 40% altri	54% 46%	
AMINOGLICOSIDI Gentamicina 10 mg fl Gentamicina 80 mg gl Tobramicina 20 mg fl Tobramicina 100 mg fl Amicacina 500 mg fl	100% Gentamicina	96,6 3,4%	Utilizzo Centro Fibrosi Cistica

La tabella evidenzia l'adesione alla prescrizione dei farmaci posti in equivalenza terapeutica in Area Vasta Emilia Nord. L'adesione è stata ottimale come del resto già dimostrato dai report Aven che pongono la nostra Azienda al di sopra della media di adesione attesa alle gare Aven.

Il risultato molto soddisfacente sia in termini di appropriatezza prescrittiva che di contenimento dei costi conseguenti alla forte adesione alle aggiudicazioni in gare in unioni d'acquisto è stato ottenuto in particolare grazie ad un rigoroso monitoraggio delle prescrizioni nell'espletamento della validazione delle richieste.

Il dettaglio dei primi 30 farmaci in ordine decrescente di spesa nell'anno 2008 ed il loro rapporto differenziale con l'anno 2007 è illustrato nella seguente tabella. Come si può notare, le 30 molecole sono in gran parte appartenenti alle tre categorie terapeutiche (ATC) prime come valore economico di spesa. Occorre specificare che la griglia include comunque prodotti soggetti a compensazione economica completa (ad esempio antiretrovirali, anticorpi monoclonali per la cura dell'artrite reumatoide, interferone, fattori per la cura della emofilia eccetera) come specificato nell'ultima colonna della tabella.

Si conferma quindi che gli elementi rilevanti in riferimento alle molecole a maggior induzione di aumento di spesa sono dunque le molecole antiblastiche, gli anticorpi monoclonali e gli antiretrovirali.

Segnale positivo viene invece dalle molecole: Fattore VII ricombinante, Albumina Umana, Imatinib e lamivudina + Zidovudina in forte regressione di prescrizione e di spesa.



ATC	Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenz a unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore	Criterio di compensabilità
J05	EMTRICITABINA MG 200 + TENOFOVIR MG 245 CP	82.350	61.920	20.430	1.094.808	818.026	276.782	100%
L01	TRASTUZUMAB 150 MG FL EV	1.828	1.273	555	1.056.094	728.438	327.656	50%
L01	RITUXIMAB 500MG/50ML FLAC. EV MONOUSO	768	743	25	1.010.396	958.877	51.519	50%
L04	ETANERCEPT MG 25 SIRINGA PRERIEPITA	8.108	7.124	984	970.337	844.522	125.815	100%
L04	ADALIMUMAB MG 40 FL-SIRINGA ML 0,8	1.724	1.190	534	817.837	558.983	258.855	100%
L01	IMATINIB MESILATO MG 100 CP	48.120	52.440	-4.320	804.177	868.433	-64.257	100%
L04	INFLIXIMAB MG 100 FL EV	1.706	1.782	-76	794.037	820.717	-26.680	100%
J06	IMMUNOGLOBULINA UMANA EV FL.MG 5000	6.747	6.285	462	696.978	649.409	47.569	
J05	ABACAVIR MG 600 + LAMIVUDINA MG 300 CP	53.970	51.960	2.010	650.727	622.493	28.234	100%
B05	ALBUMINA UMANA FL.20% ML 50 EV	23.496	26.708	-3.212	632.042	718.443	-86.401	
J05	LOPINAVIR MG 200 + RITONAVIR MG 50 CP OS	189.840	161.640	28.200	541.088	456.864	84.224	100%
J01	TEICOPLANINA FL.MG 200 IM E EV	29.018	26.109	2.909	534.349	493.390	40.959	
L03	INTERFERONE BETA 1A 30MCG(6MIL.U.I.)ML	2.224	2.488	-264	383.728	431.702	-47.974	100%
J01	LEVOFLOXACINA FL EV MG 500 100ML	18.352	15.473	2.879	381.863	323.185	58.678	
J05	ATAZANAVIR MG 150 CP	68.400	67.200	1.200	363.839	355.868	7.971	100%
B02	FATTORE VII RICOMB.FL1,2MG(60 KUI)	452	1.499	-1.047	354.612	1.176.025	-821.413	100%
J05	LAMIVUDINA MG 150 + ZIDOVUDINA MG 300 CP OS	70.560	94.860	-24.300	336.347	453.838	-117.491	100%
L01	BEVACIZUMAB 400 MG/ 16 ML (SOL INFUS.)	281	155	126	332.509	169.448	163.061	50%
L01	GEMCITABINA 1G FL EV	2.842	2.718	124	330.351	310.702	19.649	
A16	IDURSULFASE MG2/ML FL 3ML	106	96	10	310.050	280.800	29.250	100%
J01	PIPERACILLINA 4 G+TAZOBACTAM 500 MG FL EV	28.112	14.569	13.543	298.683	151.921	146.762	
L01	RITUXIMAB 100 MG/10ML FIALA EV MONOUSO	1.132	954	178	297.975	246.989	50.986	50%
L01	BORTEZOMIB MG 3,5 FL	290	345	-55	291.912	347.400	-55.488	50%
L03	FILGRASTIM 30MIL U/0.5ML FL -SIRINGA (300 MCG)	5.705	6.334	-629	281.098	307.482	-26.384	
J05	EFAVIRENZ MG 600 CP RIVESTITA	42.570	47.760	-5.190	278.944	325.030	-46.086	100%
L01	DOCETAXEL ANIDRO 80MG + FL 6ML	548	453	95	275.105	225.300	49.805	50%
L01	OXALIPLATINO 100MG FL EV	1.297	1.162	135	269.320	319.583	-50.262	50%
J01	MEROPENEM FL 1000MG EV	17.010	14.230	2.780	268.697	222.013	46.683	
L03	INTERFERONE BETA1-A 44MCG/0,5ML (=12MIL U.I) SIR.	3.060	2.436	624	248.564	196.860	51.704	100%
J05	ABACAVIR+LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA(MG300+150+300) CP	31.680	40.560	-8.880	240.461	309.489	-69.028	100%

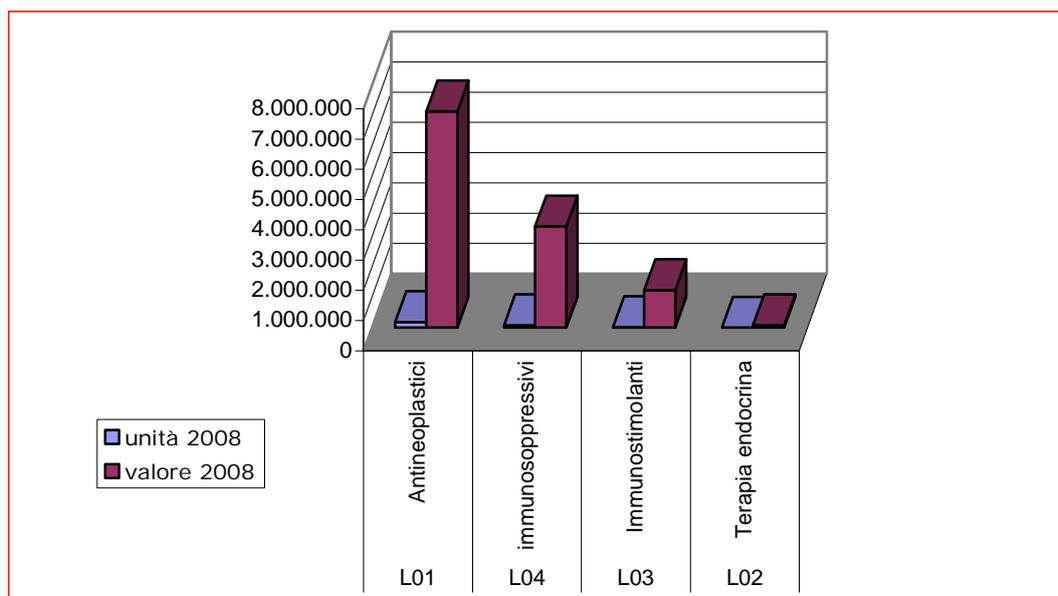
N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

In dettaglio, come si evince dalle tabelle riportate qui di seguito, le classi imputabili del maggior aumento di spesa per farmaci si riferiscono alla cura dei tumori. La categoria dei farmaci antineoplastici ha evidenziato un aumento di quasi il 10% nel 2008 rispetto al 2007. La categoria dei farmaci immunosoppressivi ha invece evidenziato un aumento del 35% nel 2008 rispetto al 2007.



ATC	Descrizione	Numero unità 2008	Valore 2008
L01	Antineoplastici	184.120	7.152.347
L04	Immunosoppressivi	77.082	3.346.121
L03	Immunostimolanti	18.644	1.238.955
L02	Terapia endocrina	2.210	77.435
	TOTALE	282.056	11.814.858

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali



ATC	Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
L01	Antineoplastici	184.120	173.793	10.327	7.152.347	6.517.281	635.066
L04	Immunosoppressivi	77.082	74.193	2.889	3.346.121	2.472.615	873.506
L03	Immunostimolanti	18.644	18.718	-74	1.238.955	1.309.688	-70.733
L02	Terapia endocrina	2.210	3.642	-1.432	77.435	69.144	8.290
	TOTALE	282.056	270.346	11.710	11.814.858	10.368.729	1.446.129

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

L'elenco dei primi 20 farmaci antineoplastici in ordine decrescente di spesa nel confronto 2007 con 2008 è il seguente:

Descrizione Principio Attivo	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
TRASTUZUMAB 150 MG FL EV	1.828	1.273	555	1.056.094	728.438	327.656
RITUXIMAB 500MG/50ML FLAC. EV	768	743	25	1.010.396	958.877	51.519
IMATINIB MESILATO MG 100 CP	48.120	52.440	-4.320	804.177	868.433	-64.257
BEVACIZUMAB 400 MG/ 16 ML	281	155	126	332.509	169.448	163.061
GEMCITABINA 1G FL EV	2.842	2.718	124	330.351	310.702	19.649
RITUXIMAB 100 MG/10ML FIALA EV MONOUSO	1.132	954	178	297.975	246.989	50.986
BOREZOMIB MG 3,5 FL	290	345	-55	291.912	347.400	-55.488
DOCETAXEL ANIDRO 80MG + FL 6ML	548	453	95	275.105	225.300	49.805
OXALIPLATINO 100MG FL EV	1.297	1.162	135	269.320	319.583	-50.262
PEMETREXED (DISODICO) 500 MG FLAC. EV	169	328	-159	191.329	359.159	-167.830
VERTEPORFINA MG 15 FL EV	150	228	-78	152.402	238.384	-85.982
DOXORUBICINA LIPOS PEG 2MG/ML	468	168	300	142.978	50.755	92.223



Descrizione Principio Attivo	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
FL 10 ML						
TEMOZOLOMIDE 100MG CP X OS	1.880	1.845	35	140.651	136.027	4.625
SUNITINIB MALATO MG 50 CP (capsule rigide)	1.230	720	510	136.370	104.520	31.850
CAPECITABINA 500MG CP	41.040	29.760	11.280	116.015	82.449	33.566
DASATINIB 50 MG cp rivestite (56 cp)	1.736	112	1.624	102.643	6.622	96.021
TEMOZOLOMIDE 250 MG CP X OS	480	435	45	89.822	80.697	9.124
SORAFENIB TOSILATO MG 200 CP	3.808	560	3.248	85.667	16.074	69.594
BEVACIZUMAB 100 MG / 4 ML	292	196	96	85.096	53.121	31.975
OXALIPLATINO 50MG FL EV	795	712	83	84.278	101.912	-17.634

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

La categoria dei farmaci immunosoppressori nel 2008 ha fatto registrare un aumento di circa il 35% in confronto all'anno 2007. I maggiori responsabili dell'aumento sono Etanercept, Adalimumab, Natalizumab ed Eculizumab. Come si può notare il costo particolarmente elevato di alcuni anticorpi monoclonali, come ad esempio Natalizumab (Sclerosi Multipla) ed Eculizumab (Emoglobinuria Parossistica Notturna), fa lievitare l'aumento di spesa anche per consumi molto contenuti relativi a un numero esiguo di pazienti. La maggior parte della spesa per questi farmaci è recuperata tramite compensazione economica.

Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
ETANERCEPT MG 25 SIRINGA PRERIEMPITA	7.748	1.208	6.540	927.416	144.595	782.822
ETANERCEPT EV (POLV + SIR-SOLV) MG25/ML USO PED	720	0	720	86.182	0	86.182
ETANERCEPT MG 25 FL + SIR	360	5.916	-5.556	42.921	699.928	-657.007
ADALIMUMAB MG 40 FL-SIRINGA ML 0,8	1.724	1.190	534	817.837	558.983	258.855
INFLIXIMAB MG 100 FL EV	1.706	1.782	-76	794.037	820.717	-26.680
NATALIZUMAB MG 300 FL EV ML 15	118	23	95	185.940	36.243	149.698
ECULIZUMAB MG 300 FL ML 30 EV	38	0	38	147.258	0	147.258
BASILIXIMAB MG 20 FL EV	73	56	17	69.647	56.974	12.673
IMMUNOGLOB CONIGLIO ANTITIMOCITI UM 25 MG FL	530	321	209	58.533	35.120	23.413
LENALIDOMIDE 10 MG capsule rigide OS	126	0	126	32.846	0	32.846
LENALIDOMIDE 5 MG capsule rigide OS	189	0	189	31.117	0	31.117
THALIDOMIDE 100 MG CP	9.300	12.720	-3.420	27.900	38.160	-10.260
TACROLIMUS MG 1 CP	18.780	17.460	1.320	27.815	25.696	2.119
MICOFENOLATO MOFETILE 500 MG CPS	11.500	11.050	450	26.155	24.610	1.544
LENALIDOMIDE MG 25 capsule rigide OS	105	0	105	18.954	0	18.954
ABATACEPT MG 250 FL + SIR	42	0	42	13.468	0	13.468
TACROLIMUS MG 5 CP	990	1.080	-90	6.797	7.366	-569
EFALIZUMAB MG100/ML FL + SIR	20	0	20	4.893	0	4.893
MICOFENOLATO MOFETILE 250MG CP	4.200	3.400	800	4.767	3.810	956
ACIDO MICOFENOLICO SALESODICO MG 360 CP GAST	1.850	1.950	-100	3.716	3.917	-201
TACROLIMUS MG 0,5 CAPSULA	4.920	4.440	480	3.405	3.048	357
CICLOSPORINA CP.MG 100 OS	1.680	1.350	330	3.295	2.649	646
CICLOSPORINA SOL.MG 100/ML ML50 OS	33	37	-4	3.175	3.542	-367
CICLOSPORINA CP.MG 50 OS	2.150	2.450	-300	2.248	2.539	-291
CICLOSPORINA FL.MG 50/ML FL DA 5ML	310	110	200	2.114	755	1.359
SIROLIMUS MG 1 CP OS	400	400	0	1.482	1.479	3
CICLOSPORINA CP.MG 25 OS	1.550	1.650	-100	837	885	-48



Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
AZATIOPRINA CP.MG 50 OS	5.350	5.400	-50	716	722	-6
TACROLIMUS 5MG 1ML E.V. FL	10	20	-10	273	550	-277
ACIDO MICOFENOLICO SALESODICO MG 180 CP GAST	200	0	200	201	0	201
EVEROLIMUS MG 0,25 CP	60	180	-120	109	328	-219
CICLOSPORINA 10MG CPS MOLLE	300	0	300	65	0	65

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

L'andamento dei consumi e della spesa conseguente per farmaci biologici ed anticorpi monoclonali e relativa ad importanti ambiti di cura specialistica e l'attività di compensazione, che è stata completa, è stata in dettaglio la seguente:

Tabella 7 Biologici in reumatologia (artrite reumatoide, spondilite, ...)

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
ADALIMUMAB	1.606	1.190	416	761.860	558.983	202.878
INFLIXIMAB	1.128	1.296	-168	525.014	596.885	-71.871
ETANERCEPT	6.608	5.732	876	790.961	679.600	111.361
ABATACEPT	18	0	18	5772,18	0	5.772
TOTALE	9.360	8.218	1.142	2.083.607	1.835.468	248.139

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

Tabella 8 Biologici nel progetto psocare

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
INFLIXIMAB	282	285	-3	131.253	131.259	-6
ETANECEPT	1.140	704	436	136.455	83523,86	52.931
EFALIZUMAB	20	0	20	4892,5	0	4.893
TOTALE	1.442	989	453	272.601	214.783	57.818

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

Tabella 9 Biologici per artrite reumatoide in pediatria

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
ETANECEPT	1.080	688	392	129.103	81.398	47.705
ABATACEPT	24	0	24	7.696	0	7.696
TOTALE	1.104	688	416	136.800	81.398	55.402

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali. La differenza tra il farmaco erogato al reparto ed il farmaco compensato è compatibile con la giacenza abituale

Tabella 10 Biologici nel morbo di crohn in pediatria

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
ADALIMUMAB	100	0	100	47.438	0	47.438
INFLIXIMAB	209	143	66	97.277	65.860	31.417
TOTALE	309	143	166	144.715	65.860	78.855

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali. L'Infliximab non viene compensato in quanto i bambini in terapia sono sempre in regime di ricovero; per i medesimi motivi per Adalimumab è stato possibile compensare circa il 50% del farmaco

Tabella 11 Biologici nel morbo di crohn (adulti) in gastroenterologia

	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
INFLIXIMAB	100	18	82	46.544	8.290	38.254
ADALIMUMAB	46	0	46	21.822	0	21.822
TOTALE	146	18	128	68.365	8.290	60.075

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

Per quanto riguarda il consumo e la spesa per farmaci immunosoppressori utilizzati nella profilassi e nel rigetto da trapianto d'organo si ricorda che solo una piccola parte di questi farmaci può essere compensata economicamente in quanto la loro somministrazione avviene massivamente in regime di



ricovero. Il valore compensato economicamente nel 2008 per pazienti ambulatoriali è stato di circa il 15%.

Tabella 12 Farmaci utilizzati per profilassi e cura del rigetto da organo trapiantato

Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
BASILIXIMAB MG 20 FL EV	73	56	17	69.647	56.974	12.673
IMMUNOGLOB CONIGLIO ANTITIMOCITI UM 25 MG FL	530	321	209	58.533	35.120	23.413
TACROLIMUS MG 1 CP	18.780	17.460	1.320	27.815	25.696	2.119
MICOFENOLATO MOFETILE 500 MG CPS	11.500	11.050	450	26.155	24.610	1.544
TACROLIMUS MG 5 CP	990	1.080	-90	6.797	7.366	-569
MICOFENOLATO MOFETILE 250MG CP	4.200	3.400	800	4.767	3.810	956
ACIDO MICOFENOLICO SALESODICO MG 360 CP GAST	1.850	1.950	-100	3.716	3.917	-201
TACROLIMUS MG 0,5 CAPSULA	4.920	4.440	480	3.405	3.048	357
CICLOSPORINA CP.MG 100 OS	1.680	1.350	330	3.295	2.649	646
CICLOSPORINA SOL.MG 100/ML ML50 OS	33	37	-4	3.175	3.542	-367
CICLOSPORINA CP.MG 50 OS	2.150	2.450	-300	2.248	2.539	-291
CICLOSPORINA FL.MG 50/ML FL DA 5ML	310	110	200	2.114	755	1.359
SIROLIMUS MG 1 CP OS	400	400	0	1.482	1.479	3
CICLOSPORINA CP.MG 25 OS	1.550	1.650	-100	837	885	-48
TACROLIMUS 5MG 1ML E.V. FL	10	20	-10	273	550	-277
ACIDO MICOFENOLICO SALESODICO MG 180 CP GAST	200	0	200	201	0	201
EVEROLIMUS MG 0,25 CP	60	180	-120	109	328	-219
CICLOSPORINA 10MG CPS MOLLE	300	0	300	65	0	65
TOTALE	49.536	45.954	3.582	214.635	173.269	41.366

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

Per quanto riguarda l'andamento in dettaglio dei consumi e della spesa per farmaci utilizzati nella cura della sclerosi multipla nel confronto tra 2007 e 2008, come già in precedenza evidenziato, a fronte di un progressivo abbandono dell'interferone, la lievitazione dei costi è sostenuta quasi interamente dall'anticorpo monoclonale Natalizumab.

Tabella 13 Farmaci usati nella sclerosi multipla

Descrizione	Numero unità 2008	Numero unità 2007	Differenza unità	Valore 2008	Valore 2007	Differenza valore
INTERFERONE BETA 1A 30MCG(6MIL.U.I.)ML	2.224	2.488	-264	383.728	431.702	-47.974
INTERFERONE BETA1-A 44MCG(=12MIL U.I.) fl	3.060	2.436	624	248.564	196.860	51.704
INTERFERONE BETA 1-A 22MCG(= 6 MIL. U.I.*) fl	1.632	2.352	-720	98.709	142.065	-43.356
GLATIRAMER AC MG 20 (= MG18 BASE) FL-	4.032	2.464	1.568	95.798	58.063	37.735
NATALIZUMAB MG 300 FL EV ML 15	118	23	95	185.940	36.243	149.698
INTERFERONE BETA-1B 0,25MG(8MIL. U.I.)/ML FL	375	315	60	19.804	16.604	3.200
TOTALE	11.441	10.078	1.363	1.032.543	881.536	151.007

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali



La sostenibilità finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità anno 2008 (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'esercizio 2008 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento di tali flussi.

Il risultato positivo della gestione corrente (+14,2 ml.), che rappresenta una fonte di risorse finanziarie, è dovuto principalmente alla riscossione di crediti di breve periodo nei confronti della Regione Emilia-Romagna, già in buona parte prevista alla fine dell'anno 2007. La diminuzione dei crediti che rappresenta una fonte di capitale è stata utilizzata per migliorare la situazione debitoria (impiego) con particolare riferimento al decremento della posizione debitoria nei confronti dei fornitori che è passata da 84,2 a 80,0 milioni di euro.

La situazione della gestione extracorrente appare più critica: a fronte di investimenti in immobilizzazioni per oltre 17 milioni di euro non risultano fonti da mutui, ma solo 0,9 ml. di euro da contributi in conto capitale. Il saldo complessivo (-22,6 ml.) è inoltre aggravato dai rimborsi delle quote di mutuo e degli altri finanziamenti a medio-lungo termine per circa 6,6 milioni di euro. Il positivo net cash della gestione corrente e l'incremento dell'anticipazione dell'Istituto Cassiere hanno permesso di gestire tale criticità.

Il finanziamento degli investimenti tramite fonti di breve periodo si è reso necessario in relazione all'evoluzione finanziaria dell'esercizio 2007 in cui le fonti per immobilizzazione sono state ingenti (27,0 ml.) e di molto superiori agli impieghi (23,5 ml.).

Nonostante il disequilibrio temporale tra fonti e impieghi, è la forte dipendenza dell'Azienda dalla tempistica di trasferimento dei fondi da parte della Regione che potrebbe avere forti ripercussioni sulla durata media dell'esposizione verso i fornitori. Per l'esercizio 2008 si rileva che un'attenta programmazione di cassa ha consentito di evitare tale rischio.



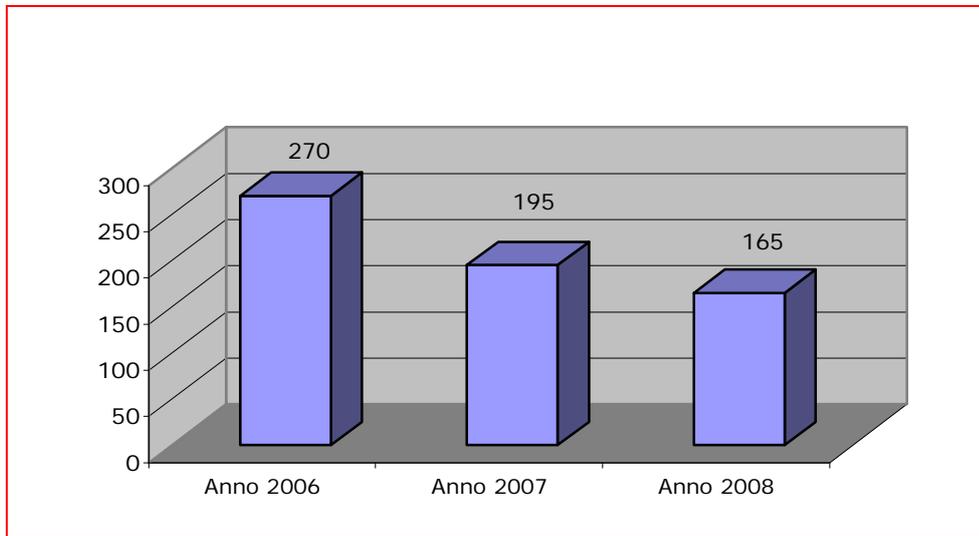
RENDICONTO DI LIQUIDITA' - FONTI-IMPIEGHI - 2008	
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	
a) Cassa	2.622
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-9.144.831
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-9.142.209
GESTIONE CORRENTE	
a) Risultato economico dell'esercizio (+utile, -perdita)	-8.764.418
b) + ammortamenti	18.248.425
c) - quota utilizzo contributi in c/capitale	-5.537.753
d) + accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI" (al netto dell'utilizzo)	
e) + accantonamenti per rischi ed oneri (al netto degli utilizzi)	-10.484.413
f) + minusvalenze da svalutazioni contabili	0
g) ± minusvalenze da cessione e plusvalenze da cessione	109.739
h) ± altri costi non monetari e altri ricavi non monetari	-1.545.146
i) ± sopravvenienze e insussistenze	0
j) - incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0
k) ± variazione scorte (+decremento; -incremento)	-1.344.302
l) ± variazione crediti "non finanziari" (+decremento; -incremento)	20.010.814
m) ± variazione ratei e risconti attivi (+decremento; -incremento)	-1.137.066
n) ± variazione debiti "non finanziari" (-decremento; +incremento)	3.897.700
o) ± variazione ratei e risconti passivi (-decremento; +incremento)	759.370
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	14.212.949
GESTIONE EXTRACORRENTE	
1) FONTI per disinvestimenti	201.586
a) di immobilizz. immat. e materiali	192.371
b) di immobilizz. finanziarie e varie	9.215
2) FONTI per nuovi finanziamenti	924.636
a) da mutui	0
b) da altri finanziamenti diretti	0
c) da contributi in c/capitale	924.636
TOTALE FONTI	1.126.222
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-17.162.137
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-17.153.099
b) in immobilizzazioni finanziarie e varie	-9.038
2) IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti	-6.593.629
a) da mutui	-4.157.207
b) da altri finanziamenti diretti	-2.436.422
TOTALE IMPIEGHI	-23.755.766
TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-22.629.544
CONTRIBUTI	
Contributi per ripiano perdite	0
DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	
a) Cassa	3.063
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-17.561.867
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	-17.558.804
QUADRATURA: Cassa I. + Net Cash G.C. + Net Cash G.E. - Cassa F.	-0

La durata dell'esposizione verso i fornitori intesa come debiti medi per forniture in conto esercizio è oscillata, nel corso dell'esercizio 2008, tra i 150 e i 180 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 corrente 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.

Grafico 4: Durata media dell'esposizione verso fornitori



La sostenibilità patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli esercizi 2006-2008 riclassificato in chiave finanziaria è il seguente:

ATTIVITA' - INVESTIMENTI		2006	2007	2008
A)	ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)			
I	LIQUIDITA' IMMEDIATE			
01	Istituto Tesoriere parte corrente	0	0	0
02	Conto corrente postale	0	0	0
03	Denaro e valori in cassa	2	3	3
04	Banca d'Italia conto capitale	0	0	0
I	TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	2	3	3
II	LIQUIDITA' DIFFERITE			
01	Crediti verso Regione	101.143	125.626	117.158
02	Crediti verso Enti locali	0	0	0
03	Crediti verso Aziende sanitarie	43.264	40.214	31.672
04	Crediti verso Amministrazioni pubbliche diverse	1.877	2.910	3.603
05	Crediti verso altri soggetti	14.492	14.195	10.501
06	Partecipazioni	0	0	0
07	Altri titoli	0	0	0
09	Ratei e Risconti attivi	80	90	1227
II	TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE	160.856	183.035	164.161
III	RIMANENZE			
01	Rimanenze beni sanitari	8.401	8.661	10.010
02	Rimanenze beni non sanitari	494	437	432
03	Beni in corso di lav., semilav. e finiti	0	0	0
04	Attività in corso	0	0	0
05	Acconti a fornitori	0	0	0
III	TOTALE RIMANENZE	8.896	9.098	10.442
	TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	169.753	192.135	174.606
B)	ATTIVITA' FISSE (IV+V+VI)			
IV)	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI			



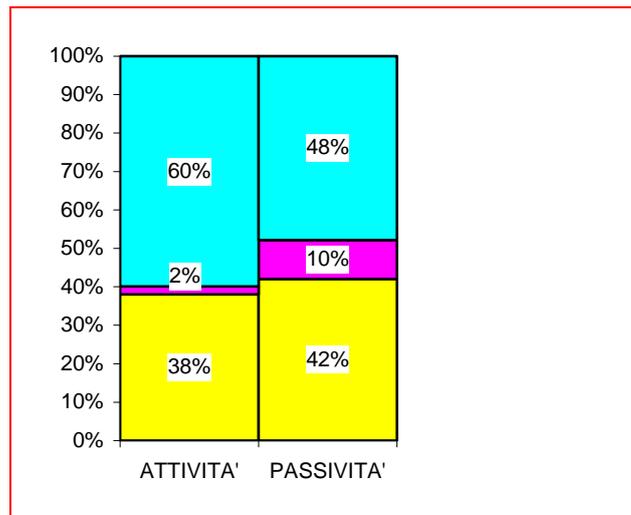
01	Costi di impianto ed ampliamento	0	0	0
02	Costi di ricerca e sviluppo	0	0	0
03	Software	1.213	1.088	928
04	Migliorie su beni di terzi	8	8	18
05	Altre immobilizzazioni immateriali	0	0	0
06	Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	0	0	0
IV)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	1.222	1.095	946
V)	IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI			
01	Terreni e fabbricati	195.597	188.414	195.753
02	Impianti e macchinari	4.642	5.719	6.738
03	Attrezzature sanitarie	34.280	31.800	28.261
04	Altre immobilizzazioni materiali	9.694	8.912	7.787
05	Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	8.014	12.195	7.348
V)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	252.227	247.040	245.887
VI)	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE			
01	Partecipazioni (strumentali e/o vincolate)	0	0	0
02	Crediti	38	38	29
03	Altri titoli	5	5	14
VI)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	43	43	43
	TOTALE ATTIVITA' FISSE	253.492	248.179	246.876
C)	ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI (A+B)	423.245	440.314	421.482

D)	PASSIVITA' - FINANZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)	2006	2007	2008
VII)	FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE			
01	Mutui quota corrente	2.841	4.157	4.296
02	Debiti verso Regione	3.018	3.578	0
03	Debiti verso Enti locali	0	0	0
04	Debiti verso Aziende Sanitarie	12.444	14.900	22.625
05	Acconti da clienti	0	0	0
06	Debiti verso fornitori	105.241	84.226	80.096
07	Debiti verso Istituto Tesoriere	12.399	9.145	17.562
08	Debiti verso imprese partecipate	0	0	0
09	Debiti verso Amministrazioni pubbliche diverse	0	0	0
10	Debiti tributari	5.246	5.218	5.759
11	Debiti verso Istituti di previdenza e sicurezza	6.489	6.992	7.212
12	Debiti verso dipendenti	2.487	3.090	2.876
13	Debiti verso altri soggetti	3.686	3.981	3.428
14	Fondi per rischi	964	1.524	338
16	Altri fondi al netto del Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	20.397	17.865	8.566
17	Ratei e Risconti passivi	2.736	3.126	3.885
18	Debiti verso Stato	0	0	0
19	Debiti FRNA	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	177.949	157.802	156.644
VIII)	FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE			
01	Mutui	42.745	65.588	61.291
03	Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	0	0	0
04	Trattamento fine rapporto lavoro subordinato	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE	42.745	65.588	61.291
	TOTALE PASSIVITA'	220.694	223.390	217.935
E)	PATRIMONIO NETTO			
01	Fondo di dotazione	110.818	110.818	110.818
02	Contributi in c/capitale e conferimenti	114.153	127.533	122.866
03	Donazioni vincolate a investimenti	1.316	1.850	1.903
04	Riserve	0	12.624	12.624
05	Utili/Perdite portati a nuovo	-12.163	-23.737	-35.900
06	Utile (perdita) dell'esercizio	-11.574	-12.164	-8.764
07	Contributi per copertura perdite			0
	TOTALE PATRIMONIO NETTO	202.551	216.924	203.547
F)	TOTALE PASSIVITA' CONT C/CAP FIN NETTI (D+E)	423.245	440.314	421.482

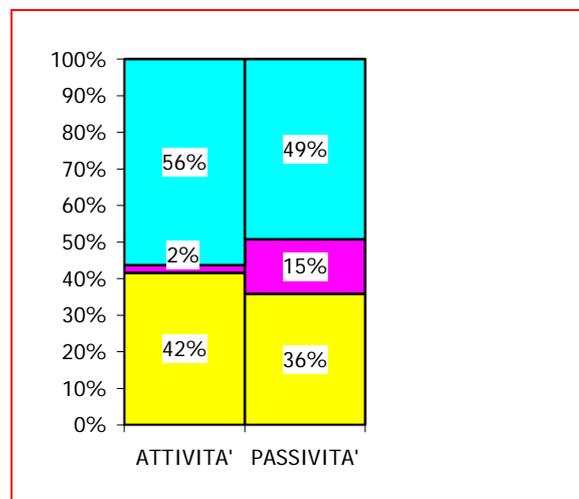


La riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi o rimborsi delle operazioni di investimento e finanziamento negli esercizi 2006, 2007 e 2008 è qui sotto rappresentata dallo stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria:

	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'

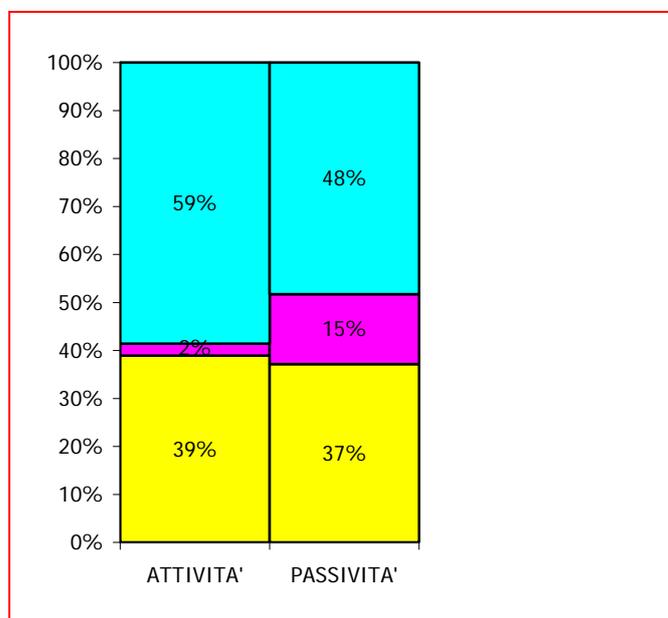


	2007		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	42%	36%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	56%	49%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'





	2008		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	39%	37%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	48%	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 i successivi aggiornamenti ed integrazioni 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 Ovest in funzione dal 2003, Ala Est in funzione dal 2° semestre 2005. Nel corso dell'anno 2008 è stata completata l'occupazione dell'Ala Est con l'attivazione al 5° piano delle degenze di Oculistica e il trasferimento provvisorio all'8° piano della Unità Operativa di Oncematologia Pediatrica

- POLIBLOCCO – MONOBLOCCO

Interventi completati ad eccezione del 5° e 6° piano del Padiglione Centrale che sarà possibile realizzare ad ultimazione del Polo dei Laboratori. I lavori di ultimazione dell'Urologia sono stati ultimati nell'anno 2007

- POLIBLOCCO - CENTRO DEL CUORE

Intervento completato e attivato nell'anno 2004

- POLIBLOCCO - PIASTRA IV LOTTO

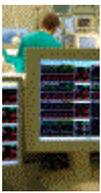
Con Decreto Dirigenziale del 15/09/2008 è stato svincolato il finanziamento relativo all'intervento 211 ex art. 20 Legge n. 67/88) e quindi si potrà dare avvio ai lavori nel corso dell'esercizio 2009

- 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**
Nell'anno 2008 ha preso avvio la prima fase dell'intervento che ha visto la demolizione di una porzione del Padiglione Pediatria e l'attivazione, nel mese di ottobre 2008, del cantiere per la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica denominato "Ospedale di Notte"
- **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. Con Decreto 04/02/2008 è stato svincolato il finanziamento e sono in corso le procedure di affidamento dei lavori
- **POLO DELLA PSICHIATRIA**
I lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga sono in corso e la loro conclusione è prevista per i primi mesi del 2010
- **POLO DEI LABORATORI**
La strategia perseguita è quella di superare l'attuale frazionamento dell'attività svolta in più sedi realizzando un contenitore per tutte le funzioni di laboratorio, allineando così la struttura alle più recenti realizzazioni nazionali e internazionali. Unica eccezione sono le attività legate alla Farmacia che rimarranno localizzate nell'omonimo padiglione, presso il quale nel corso del 2008 è stato attivato il laboratorio per la preparazione degli antiblastici (UMACA) e quello per la preparazione dei galenici
- **RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONI – CENTRALI TECNOLOGICHE**
I lavori relativi ad entrambe le unità di intervento sono completati. All'unità di intervento ristrutturazione padiglioni afferiscono alcuni lavori di adeguamento per far fronte ad esigenze sopravvenute e improrogabili in attesa del completamento di altri interventi
- **COMPLETAMENTO NUOVO OSPEDALE**
I lavori di sistemazione delle aree esterne sono stati ultimati. Sono stati avviati quelli connessi alla segnaletica esterna ed interna
- **ATRIO – ACCOGLIENZA**
Lavori completati a fine anno 2006
- **NUOVO PRONTO SOCCORSO E CENTRO POLIAMBULATORIALE DI 1° 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 SENOLOGICO**
Il Centro è operativo da marzo 2007. Alla fine dell'anno 2008 sono stati appaltati i lavori per la realizzazione nelle adiacenze del Centro Senologico Dr. Bagnasco che sarà realizzato in collaborazione con l'Azienda USL di Parma
- **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
- **ATTREZZATURE SANITARIE ALTA TECNOLOGIA**
Nel corso dell'esercizio sono stati attivati i lavori ed effettuata la gara per l'acquisizione di una Risonanza Magnetica Nucleare 3 tesla finanziata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Parma. È stata inoltre conclusa la gara per l'acquisizione di un nuovo acceleratore lineare per la Radioterapia
- **ATTREZZATURE, ARREDI, INFORMATICA, MANUTENZIONI STRAORDINARIE**
Per quanto riguarda il rinnovo straordinario delle attrezzature, degli arredi, dell'informatica e per le manutenzioni straordinarie di immobili e impianti, nel corso dell'anno 2008 è stato possibile dar corso ad investimenti per un ammontare complessivo di oltre 5,3 milioni di euro

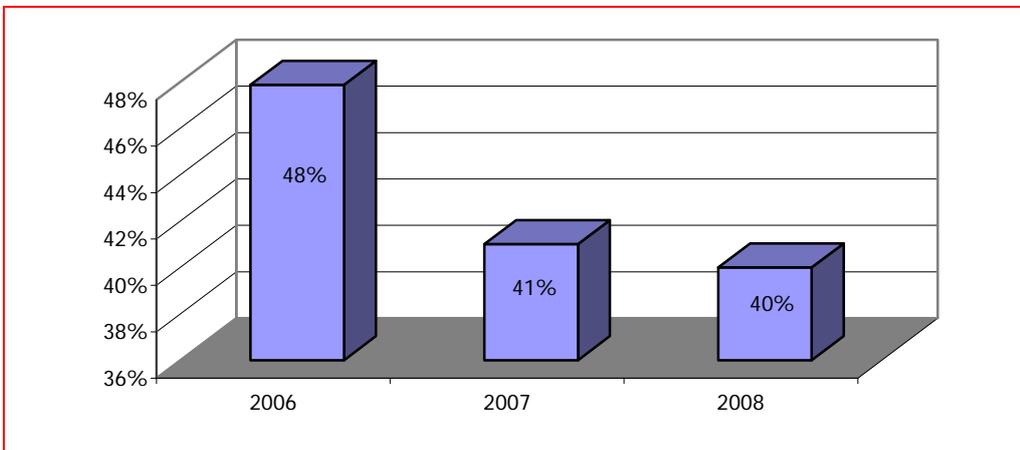


- ALTRI INVESTIMENTI

Sono stati destinati 2,3 milioni di euro delle risorse per investimenti derivanti da accensioni di mutui e da elargizioni al finanziamento del Nuovo Magazzino AVEN, mentre tramite elargizioni di Enti e privati è stata finanziata la quota dell'Asilo Aziendale realizzato in collaborazione con l'Azienda USL e il Comune di Parma

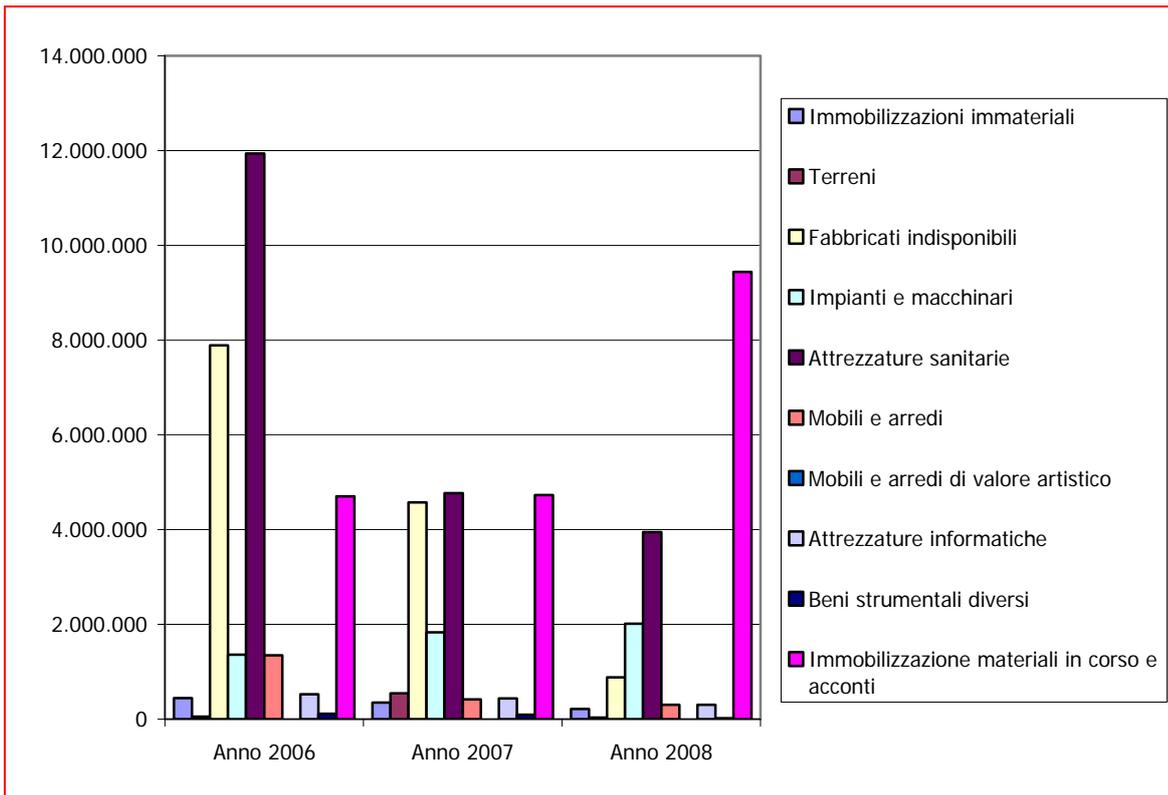
Il grado di copertura, attraverso finanziamenti provenienti da contributi pubblici, degli investimenti in immobilizzazioni materiali nette realizzati (e quindi fatturati) nel corso degli esercizi 2006-2008 e degli investimenti in corso disposti negli esercizi precedenti che risultavano all'inizio dell'esercizio 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:

	2006	2007	2008
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	48%	41%	40%



I nuovi investimenti effettuati negli esercizi 2006-2008 ammontano, complessivamente per singola tipologia, a:

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
TOTALE NUOVI INVESTIMENTI	28.379.611	17.749.982	17.153.099
Immobilizzazioni immateriali	443.408	352.172	218.099
Terreni	52.114	546.720	32.232
Fabbricati indisponibili	7.890.895	4.575.000	882.931
Impianti e macchinari	1.360.435	1.833.148	2.011.351
Attrezzature sanitarie	11.940.356	4.772.101	3.945.589
Mobili e arredi	1.348.927	416.000	302.607
Mobili e arredi di valore artistico	-	-	-
Attrezzature informatiche	523.506	434.841	300.945
Beni strumentali diversi	114.065	93.000	21.064
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	4.705.905	4.727.000	9.438.281



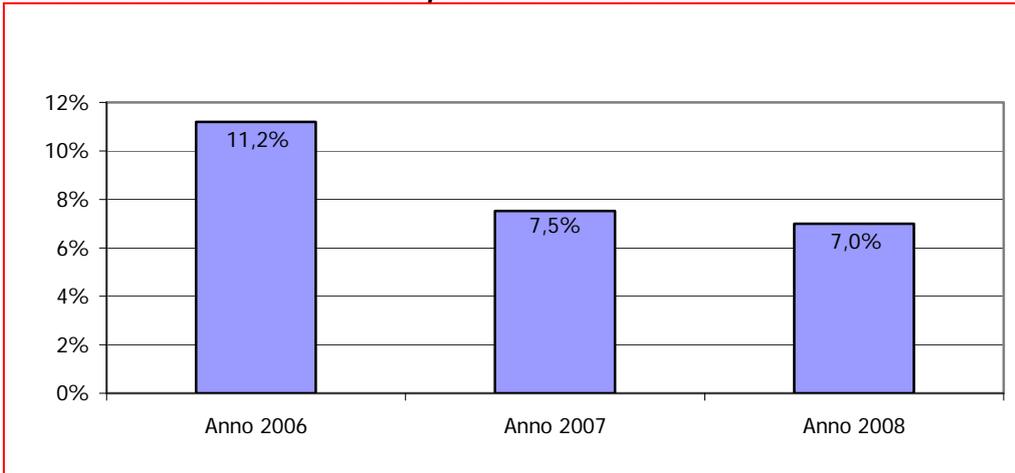
Nel corso dell'esercizio 2008 si è verificato un incremento rispetto al 2007 delle quote di ammortamento iscritte in bilancio (+0,8 milioni di euro) a causa dell'attivazione di nuovi plessi ospedalieri e relative dotazioni impiantistiche e di attrezzature. Gli ammortamenti, al netto delle quote di sterilizzate, assommano a complessivi 12,7 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 stati 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 2008 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:

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Immobilizzazioni immateriali	0,2%	0,1%	0,1%
Immobilizzazioni materiali	11,0%	7,4%	6,9%
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi	11,2%	7,5%	7,0%



Grafico 5: Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

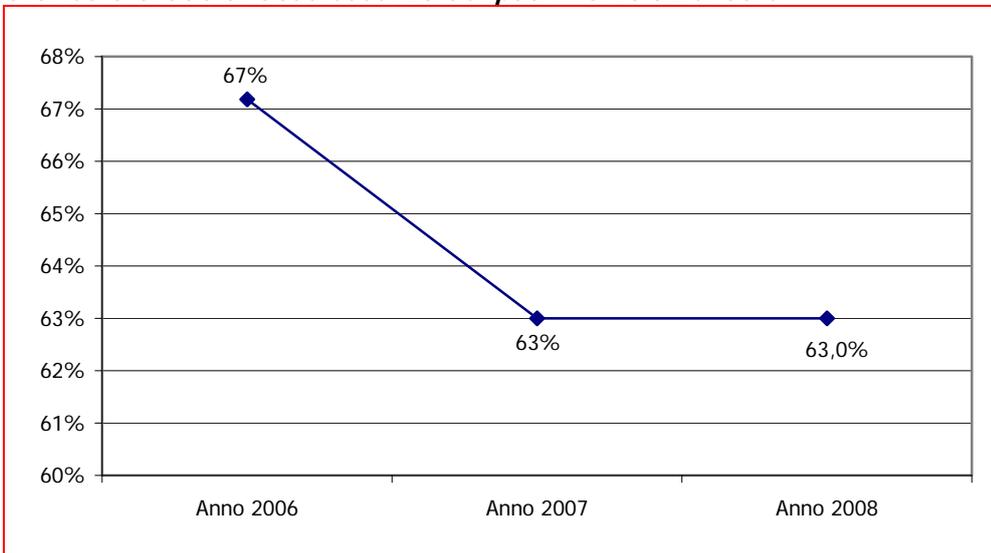


Il trend del grado di obsolescenza del patrimonio aziendale calcolato come rapporto percentuale tra il valore residuo dei beni durevoli e il totale degli investimenti lordi in beni durevoli negli esercizi 2006-2008 si è mantenuto pressoché costante:

Tabella 14 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	67%	63%	63%

Grafico 6 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale





2.2 Impatto sul contesto territoriale

Il presente paragrafo si colloca fra due parti fondamentali del profilo aziendale. La parte che precede, infatti, ha definito il quadro economico dell'Azienda, quella successiva delinea il profilo di attività, mette in luce il ruolo dell'Azienda nel sistema sanitario regionale, con particolare riferimento alla copertura dei livelli essenziali di assistenza e alla qualità delle prestazioni erogate.

Obiettivo di questo paragrafo è collocare l'Azienda nel contesto territoriale cercando di recuperare la trama delle relazioni 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 come realtà occupazionale e per i rapporti di fornitura. È delineata anche una dimensione sociale del ruolo svolto nel contesto territoriale, che risulta tuttavia di difficile rilevazione, se non attraverso indicatori indiretti, come, ad esempio, 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 economico, è possibile considerare, come espressione del legame tra Azienda e tessuto sociale, le varie iniziative provenienti dal contesto sociale e dal volontariato che contribuiscono a creare quella continuità tra tempi di vita e tempi di cura. Tuttavia per dare adeguata evidenza di questa fitta e intensa rete di relazioni e iniziative non basterebbero le pagine di questo volume.

Viene considerata in queste pagine anche una dimensione culturale del rapporto tra Azienda e contesto di appartenenza. Bisogna, infatti, riconoscere che, nonostante il mandato di un'azienda sanitaria sia tutt'altro, ossia la cura delle persone, diventa sempre più importante riconoscere la rilevanza degli aspetti culturali nelle dinamiche della relazione e della comunicazione con i cittadini-utenti.

Inoltre 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

Nel Bilancio di missione 2007 abbiamo evidenziato il ruolo dell'Azienda come realtà occupazionale della provincia. L'analisi proposta prendeva in considerazione i dati dell'Archivio Statistico delle Imprese Attive (ASIA - in cui viene ricostruito su basi scientifiche il dato della consistenza degli addetti delle imprese) dell'Istat e i dati sui movimenti occupazionali a disposizione dell'Osservatorio sul Mercato del Lavoro della Provincia di Parma. Da tali fonti si evinceva che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma risultava essere, come «sede legale» di attività economica, il secondo datore di lavoro della provincia. Per occupazione generata da proprie unità locali operanti sul territorio, però, essa era primo datore di lavoro dell'intera provincia. Per quanto riguarda il 2008, si deve tenere conto che la popolazione lavorativa dell'Azienda è passata a 3.506 dipendenti a tempo indeterminato rispetto ai 3.475 nel 2007; si è ridotta a 215 da 309 la popolazione dei dipendenti a tempo determinato. Di questa popolazione complessiva, l'82,2% risiede sul territorio provinciale.

Tabella 1 Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale, anno 2008

	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Contrattisti
Ruolo sanitario	2407	121	142
Ruolo professionale	6	1	4
Ruolo tecnico	907	92	6
Ruolo amministrativo	186	1	9
Totale	3506	215	161

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

Come si rileva nel capitolo 4 di questo volume, il 72% della popolazione impiegata in Azienda è donna, considerando solamente il personale infermieristico (67% fra i dipendenti del ruolo sanitario) la componente femminile sale all'81%. Nell'area della dirigenza la presenza femminile si ferma al 44%, con una distribuzione marcatamente diversa tra l'area medica (40%) e le altre aree (sanitaria non medica e amministrativa, professionale e tecnica) dove circa 2 dirigenti su 3 sono donna (70%).

È evidente che la prospettiva di genere caratterizza in modo trasversale la nostra organizzazione. Fra le iniziative concrete messe in atto vi è il Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali (vedi infra). Emerge tuttavia anche la necessità di rappresentare questa realtà ed è per questo che, sempre nel capitolo 4, abbiamo introdotto quest'anno alcuni indicatori e alcune riflessioni preliminari nella prospettiva



del bilancio di genere, che è un particolare strumento di rendicontazione sociale utile per migliorare le condizioni di parità tra uomini e donne.

Per completare il quadro relativo alla provenienza dei professionisti impiegati nella nostra Azienda, si segnala che 82 lavoratori sono stranieri; di questi, 52 provengono da paesi dell'Unione Europea. Mentre, il numero complessivo dei lavoratori stranieri è rimasto stabile tra il 2007 e il 2008, tra il 2006 e il 2007 sono di fatto raddoppiati i lavoratori provenienti dai paesi comunitari.

Lavoratori stranieri	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008
Intra UE	26	52	52
Extra UE	33	31	30
Totale	59	83	82

I lavoratori appartenenti alle categorie protette sono 62.

31.12.2005	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008
61	61	64	62

Gli universitari in convenzione con l'Ospedale sono 295, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 2 Universitari suddivisi per ruolo, anno 2008

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	251
Ruolo tecnico	4
Ruolo amministrativo	40
Totale	295

Frequentano l'area ospedaliera 3.618 studenti (a.a. 2008-2009) di cui 1.094 (30,2%) sono residenti nella provincia di Parma, 806 (22,3%) infraregione, 1.718 (47,5%) provengono da fuori regione o anche dall'estero. I medici in formazione specialistica, iscritti nell' a.a. 2008-2009 alle Scuole di specializzazione post laurea, sono 328. 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.

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 2008 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 168.018,7 (valore in migliaia). Di questi 158.949,5 migliaia di € concerne il personale ospedaliero e 9.069,2 migliaia di € è il costo sostenuto dall'Azienda per tutto il personale universitario in convenzione. Di seguito sono riportati gli importi erogati dall'Università degli Studi per il personale docente e ricercatore in convenzione negli anni 2007 e 2008:

Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
2007	10.387,3	3.872,9	14.260,2	6.292,4
2008	10.196,4	3.808,8	14.005,3	6.815,2

I valori sono espressi in migliaia di euro

Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si evidenzia che nel 2008 circa 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.



Tabella 3 Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione, anno 2008

Ambito territoriale di Parma	€ 29.226,1
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 9.004,8
Totale Regione	€ 38.230,9

*Non sono comprese le sopravvenienze passive
I valori sono espressi in migliaia di euro*

L'importo complessivo del 2008 relativo alle classi indicate ammonta a 157.979,1 (migliaia di euro) per cui, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 24,20% del totale, quota in lieve flessione rispetto al 2007.

Per concludere queste note in merito all'impatto di natura economica che l'Azienda ha sul contesto, ricordiamo che l'Azienda ha pubblicato nel 2008 un bando per l'affidamento in concessione di servizi commerciali, di natura non alimentare, all'interno dell'Ospedale. I due locali in cui saranno ospitate le attività sono posti nella palazzina all'ingresso di via Volturmo, che si propone al visitatore come zona di accoglienza e punto di informazione, per stabilire una funzione di contatto con chi accede. Negli spazi commerciali avranno sede un servizio di rivendita di giornali, libri e articoli da regalo, e un negozio di rivendita di articoli sanitari o di merceria (o di altri servizi) considerati utili per gli utenti. La presenza di attività commerciali all'interno dell'Ospedale contribuirà ad arricchire la qualità dell'offerta di servizi per pazienti e familiari, oltre che per il personale, a sottolineare la volontà di realizzare appieno la funzione di accoglienza. Nell'intraprendere questa iniziativa, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha stabilito, inoltre, di valutare nel tempo il grado di soddisfazione dei cittadini in merito al servizio offerto degli esercizi commerciali in concessione.

Impatto sociale

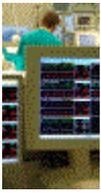
Come identificare il ruolo sociale dell'Azienda, come esplicitare il legame tra Ospedale e territorio? Partiamo dal presupposto che la costruzione dell'integrazione è un processo lungo, è l'esito di tanti progetti, piccoli e grandi, alcuni sedimentati nel tempo, altri estemporanei, che fanno comprendere 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 i progetti che hanno contribuito a sviluppare l'umanizzazione nel nostro Ospedale e un modo nuovo di *accogliere*, inteso come elemento di valorizzazione di una nuova etica del prendersi cura. In particolare, di fronte all'impossibilità di raccogliere tutta la miriade di contributi e iniziative che costellano la vita dell'Ospedale, si sono scelti alcuni riferimenti di carattere istituzionale, come ad esempio la Scuola in Ospedale, e iniziative collegate.

La Scuola in Ospedale

Nell'anno scolastico 2007-2008 la Scuola in Ospedale ha impegnato 4 docenti di scuola primaria e 5 docenti di scuola secondaria di primo grado, tutti appartenenti all'Istituto Comprensivo "G. Ferrari". L'attività è ufficialmente riconosciuta dal Ministero della Pubblica Istruzione e permette ai bambini, specie a quelli costretti a lunghi periodi di degenza, di non perdere anni scolastici, né il contatto con la classe di appartenenza e così di esercitare appieno 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 appartenenza del bambino, cercando il più possibile di evitare che il piccolo ammalato subisca anche gli aspetti secondari della malattia, tra cui quello di essere allontanato dalla sua classe e dai compagni che, nel frattempo, hanno continuato a svolgere un regolare percorso educativo.

La Scuola in Ospedale nel corso dell'anno scolastico 2007-2008 ha seguito 440 alunni di scuola secondaria di 1° e 2° grado degenti presso i reparti pediatrici: in particolare 378 bambini e ragazzi con degenza breve (1-7 giorni), 46 con degenza media (8-15 giorni) e 16 con un periodo di degenza superiore ai 15 giorni. I bambini della scuola primaria sono stati 836 con degenza breve, 25 con degenza media e 14 con degenza protratta per un totale di 875 bambini. Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso un servizio scolastico a 1.315 alunni.



L'attivazione della Scuola non riguarda solo i reparti pediatrici. Le richieste di intervento arrivano anche da altri reparti specialistici in cui i bambini sono ricoverati per la patologia che li ha colpiti (tra i quali l'Ortopedia, la Medicina Riabilitativa, la Rianimazione e il Centro Ustioni). I contatti con il bambino malato e la sua famiglia si stabiliscono immediatamente dopo il ricovero, in modo da garantire un inserimento nella struttura ospedaliera meno traumatico possibile, in quanto tra i compiti principali della scuola ospedaliera vi è quello di favorire l'accoglienza, un momento molto importante, presupposto fondamentale per instaurare una relazione positiva con la struttura, i suoi professionisti e i suoi meccanismi di funzionamento. L'attività didattica, in questi anni, è stata caratterizzata dall'integrazione con progetti musicali. In questo contesto, ha assunto particolare rilevanza la produzione, realizzata nel corso del 2008, del filmato "Grandi corridori di corse in salita", in cui i ragazzi ricoverati hanno potuto parlare del reparto di Pediatria e oncematologia e delle emozioni vissute attraverso diversi linguaggi espressivi e forme artistiche, tra i quali il canto, la danza e la recitazione. In questa particolare circostanza, è stata offerta anche al personale medico, infermieristico, ausiliario, ai docenti ospedalieri e ai volontari la possibilità di raccontare la vita quotidiana trascorsa in reparto.

Nel corso del 2008, è proseguita l'attività del progetto di domiciliazione, in particolare, con alcuni bambini non residenti che hanno preso alloggio nella casa offerta dall'Associazione "Noi per Loro" e negli alloggi messi a disposizione dall'Azienda. Il progetto è pensato per garantire il diritto allo studio dei ragazzi ospedalizzati e per migliorarne, nel contempo, la qualità di vita durante la degenza (C.M. 353/98), attenuando l'isolamento degli alunni ospedalizzati e mantenendo il contatto con i compagni e gli insegnanti della scuola di appartenenza. Per questo particolare aspetto del progetto è fondamentale la cooperazione del personale sanitario, nel fornire le conoscenze utili per ottimizzare l'intervento scolastico domiciliare. La collaborazione si realizza anche grazie a specifici incontri di équipe medico-psico-pedagogica (primario, medici, caposala, personale infermieristico e ausiliario, assistente sociale, insegnanti d'Ospedale). Un progetto particolarmente gradito a bambini e ragazzi è stato "Parma in pillole", nato con l'obiettivo di offrire l'opportunità di conoscere la città, il territorio, le zone circostanti e alcune realtà operative. L'esperienza è risultata ancor più significativa per gli alunni non residenti, che hanno avuto l'occasione di conoscere aspetti della città che li ospitava. È stato compito dell'insegnante destare la curiosità degli alunni e cercare di far loro apprezzare gli aspetti più significativi e interessanti, nella moltitudine di ricchezze culturali e architettoniche che offre. In particolare, sono state realizzate uscite in collaborazione col personale sanitario e gli operatori del volontariato, tra cui la visita al Comando dei Vigili del Fuoco di Parma, alla Centrale mobile della Questura, alla mostra "Momo, non ho tempo" e a quella dedicata al Correggio, presso la Galleria Nazionale e alle cupole della Chiesa di San Giovanni e del Duomo, oltre che al Castello dei burattini di Parma.

Il progetto "Terre verdiane" è proseguito con la partecipazione di due docenti a un corso di formazione mirato all'acquisizione di competenze in ambito filmico-cinematografico, al fine di realizzare all'interno del proprio luogo di lavoro video e relativi montaggi.

Momo non ho tempo

La partecipazione al progetto "Momo, non ho tempo!", nel maggio del 2008, promosso dall'Agenzia per la famiglia del Comune di Parma in collaborazione con Forum Solidarietà e l'Associazione "Rinoceronte incatenato" di Roma, ha rappresentato una tipologia di intervento diversa ma pur sempre incisiva per il mantenimento e la cura della relazione tra l'individuo bambino che entra in Ospedale e la rete delle relazioni con il mondo della quotidianità. Si è trattato dell'ultima delle tre mostre realizzate nell'ambito del progetto "Per educare un fanciullo serve un intero villaggio". La partecipazione di alunni e docenti di Scuola in Ospedale è stata particolarmente significativa nella fase di progettazione e creazione dello spazio espositivo della mostra presso Palazzo Eucherio Sanvitale al Parco Ducale e nella gestione e coordinamento dei gruppi scolastici in visita alla mostra stessa. Tra i progetti presentati dal nostro Ospedale ricordiamo "Il gioco dell'oca" con i personaggi di *Momo* e un laboratorio dove sono stati costruiti divertenti giocattoli, entrambi realizzati assieme ai volontari del progetto Giocamico. I piccoli della Pediatria hanno anche ideato e allestito spazi dove grandi e piccini possono coccolarsi e ritrovare il tempo degli affetti. "L'angolo delle coccole" e il "Laboratorio del cuscino", momenti fondamentali di questo progetto.

L'Ospedale lo conosco anch'io

È proseguito il progetto educativo "L'ospedale lo conosco anch'io", dedicato ai bambini delle scuole materne e avviato nel corso del 2004. Si tratta di un intervento di sensibilizzazione realizzato presso le Scuole dell'Infanzia della città 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 creare rappresentazioni mentali di diverse esperienze difficili e di mobilitare risorse per affrontarle adeguatamente. L'informazione, inoltre, consente di percepire gli spazi ospedalieri con minore estraneità in caso di un possibile ricovero e di stabilire con le figure mediche un'alleanza basata sulla fiducia.

Il ricovero rappresenta infatti per il bambino un cambiamento, che può provocare un senso di precarietà, insicurezza, smarrimento. Rivolgersi ai bambini e alle famiglie quando sono in una situazione di benessere fisico, psichico e sociale, consente loro una riflessione serena attorno a questo argomento. La trasposizione dell'esperienza si realizza con Tilly, una farfalla speciale che, nel suo girovagare, va alla ricerca di luoghi sempre nuovi e incontra Celestino, un bambino che vive l'esperienza dell'ospedale. Questo racconto è divenuto lo sfondo all'interno del quale si è delineata la proposta educativa tesa a creare una situazione coinvolgente in grado di suscitare interesse e motivazione da parte del bambino. È un modo per parlare al bambino e alla famiglia di un mondo conosciuto e sconosciuto, un'occasione che ha gettato le basi per scambiarsi idee, dubbi e trovare possibili risposte a tanti interrogativi. Elemento centrale di ogni proposta è il gioco, in quanto "risorsa privilegiata di apprendimento e relazioni" e mezzo che permette al bambino di conoscere la realtà, trasformandola, manipolandola, intervenendo su di essa. Il progetto ha registrato partecipazione ed entusiasmo da parte dei bambini, la collaborazione delle famiglie e la competenza degli insegnanti nell'affrontare un tema tanto delicato, permettendo al progetto di crescere fino alla trasformazione in un'esperienza straordinaria.

Con il progetto "L'ospedale lo conosco anch'io", nel 2008 il nostro Ospedale è stato premiato al primo Salone nazionale dell'infanzia tenutosi a Firenze. Esso promuove un'immagine dell'Ospedale come luogo sereno, accogliente, di cura, risanamento e guarigione. Contribuisce alla costruzione dell'identità del bambino, facendo emergere i sentimenti e le emozioni legati al percorso di malattia, e nel contempo educando alla comprensione degli eventi della vita: è questa la motivazione con cui "Biennialina" ha premiato il progetto.

Musica per l'Ospedale dei Bambini

Da alcuni anni la Scuola in Ospedale organizza, in collaborazione con i reparti dell'area pediatrica, una serata a ricordo della nascita dell'Ospedale del bambino, avvenuta il giorno 9 dicembre 1900. Per l'occasione sono coinvolti cori, musicisti cittadini e della provincia e, quando possibile, alunni ospedalizzati. La manifestazione nasce con l'intento di festeggiare la ricorrenza della fondazione dell'Ospedale dei bambini, ma soprattutto con lo scopo di sensibilizzare la cittadinanza alla realtà dei bambini ospedalizzati. Ogni anno giungono numerose richieste da parte di studenti di scuole esterne per poter partecipare in qualità di artisti. In occasione dell'ultima manifestazione, svoltasi il 9 dicembre 2008, la serata è stata arricchita grazie alla presenza del corpo di ballo della scuola "Era Acquario" di Lucia Perego e al filmato offerto dall'Istituto Tecnico M. Melloni. L'intera manifestazione è stata finanziata dal VOB, Volontari Ospedale dei Bambini, per quanto riguarda, in particolare, le spese di allestimento.

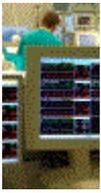
Il progetto Giocamico

Oltre alla fondamentale funzione istituzionale svolta dalla Scuola in Ospedale, la permanenza dei bambini in Ospedale è seguita dal Progetto Giocamico, avviato ufficialmente nel 1998, per promuovere l'attività ludico-relazionale nei reparti pediatrici del dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, grazie al sostegno di Provincia e Comune.

Oltre alla consueta attività ludica nei reparti, nell'ambito del progetto vengono ideate e realizzate iniziative volte a consentire ai bambini di sperimentare in modo giocoso le attività diagnostiche e terapeutiche che dovranno affrontare. Ne è un esempio l'attività di preparazione alla Risonanza Magnetica Nucleare, con la predisposizione di una piccola risonanza nella quale i bambini e le bambine possono sperimentare anticipatamente con una "prova di coraggio" cosa vuol dire sottoporsi all'esame, sentire i rumori dell'apparecchiatura e provare l'immobilità per un tempo prolungato. L'obiettivo è quello di far eseguire l'esame senza il bisogno della sedazione. Il progetto è denominato "L'astronave del dottor Nanza" e ha riscosso l'interessamento del personale della Neuroradiologia del Ospedale San Raffaele di Milano.

Anche i due percorsi denominati "Alla Scoperta del Pianeta S.O." e "Alla Scoperta del Paese S.O." di preparazione all'intervento chirurgico in sala operatoria e rivolti a bambini di età diverse, il secondo in particolare è rivolto ai più piccoli (3-4 anni), sono stati presentati al 19° SMART (Simposio internazionale di anestesia, rianimazione e terapia intensiva - sezione pediatrica).

"In viaggio con fantasia" invece è un'attività svolta in Pediatria e oncematologia già da diversi anni e finalizzata al supporto, con tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore, ai pazienti che devono essere sottoposti a procedure diagnostiche e terapeutiche dolorose.



Viene promossa anche l'attività sportiva con la squadra atletico-pediatrico, grazie alla quale vengono realizzate diverse manifestazioni benefiche, partite di calcio e maratone. Nel mese di settembre è stata realizzata la 1^a camminata "All'ospedale di corsa", che ha coinvolto centinaia di partecipanti, fra i quali pazienti, genitori, volontari, medici, infermieri, figure istituzionali e cittadini.

Accogliere le donne che hanno subito violenza

Il particolare profilo della nostra Azienda, luogo pubblico, di cura e insieme di lavoro, oltre che di passaggio per migliaia di utenti, colloca la struttura al centro di uno snodo di relazioni. Da una parte, infatti, l'Ospedale compone una comunità di professionisti, uomini e donne che insieme lavorano – svolgono la loro professione –, dall'altra esso è un luogo di aiuto, di erogazione della cura ma anche di accoglienza delle persone che potrebbero trovarsi in una condizione di bisogno per una violenza subita, per le quali la modalità particolare nella quale l'accoglienza si realizza assume connotazioni di estrema rilevanza.

Per questo, la nostra struttura (in particolare Pronto Soccorso, 118, unità operative di Ostetricia e Ginecologia e quelle pediatriche) è uno dei nodi importanti nella rete, attivata a livello provinciale, per il sostegno alle vittime di violenza. La rete (oltre alle aziende sanitarie, coinvolge le forze dell'ordine, i servizi sociali e l'associazionismo) si propone come strumento per arricchire le competenze dei soggetti che già operano nel territorio provinciale, con l'intento di definire un comune denominatore nell'approccio alle donne vittime di violenza, orientato alla messa in opera di interventi di sistema, partendo dalla consapevolezza che, solo lavorando in rete, in un'azione congiunta e coordinata, si possono raggiungere risultati di reale efficacia.

In questo contesto, la nostra Azienda ha preso parte, a fianco della Provincia di Parma, ad una importante campagna di informazione e sensibilizzazione degli utenti e di formazione interistituzionale congiunta rivolta agli operatori sociali e sanitari, pubblici e del terzo settore, nonché delle forze dell'ordine, sul delicato tema della violenza sulle donne.

Il percorso di formazione, iniziato nel 2007, ha visto la partecipazione stabile di 43 operatrici e operatori rappresentanti di tutti i territori della provincia. Come previsto dalla progettualità, i partecipanti hanno elaborato un vademecum che si propone come strumento pratico, utile per orientare coloro che entrano in contatto con i servizi appartenenti alla rete (con particolare attenzione alle donne) e per chi abbia interesse a capire cosa può trovare nei diversi Enti e Servizi se vuole offrire aiuto ad una donna vittima di violenza.

Ulteriore elemento dell'intera iniziativa è stata l'operazione di distribuzione attraverso i nostri servizi del vademecum "*Quando una donna che ha subito violenza chiede aiuto*" nelle lingue italiano, inglese, francese, russo e arabo indirizzato specificatamente alle donne che hanno subito violenza e che ha avuto luogo durante l'interno anno 2008. La distribuzione del vademecum presso i nostri servizi ha riguardato un numero complessivo di circa 1.000 copie del documento, di cui 300 circa in lingua italiana. Tale iniziativa viene ripresa anche nel capitolo 5 del presente volume, *Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione*.

Accogliere le donne che hanno subito violenza: un questionario per capire il fenomeno

Nell'ambito della campagna, a partire dal 16 febbraio del 2008, per una settimana intera, le volontarie del Centro antiviolenza hanno proposto a tutte le donne che accedevano al Pronto soccorso di rispondere a un questionario anonimo riguardante eventuali episodi di violenza subita, o situazioni di insicurezza vissuti nell'ultimo anno. Il questionario, breve e articolato su 4 domande, era finalizzato a una ricerca per valutare la consistenza della violenza sommersa sulle donne. È stato scelto il Pronto soccorso come luogo di proposta del questionario per l'accesso indifferenziato di eterogenee tipologie di persone. L'iniziativa è stata proposta dal Centro Antiviolenza in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma, con il sostegno economico della Fondazione Cariparma.

Attorno al concetto di accoglienza e alle sue molteplici connotazioni, in particolare, si è articolata la trama del convegno che ha presentato i risultati della ricerca iniziata in Pronto soccorso e svolta dal Centro Antiviolenza. Durante l'incontro, i professionisti della nostra Azienda hanno condiviso alcuni concetti basilari sulle modalità per aiutare a rendere manifesta l'aggressione subita: accoglienza per la donna che ha subito violenza significa cura dell'ambiente, atteggiamento rassicurante e disponibile all'ascolto da parte degli operatori, presenza di operatori del solo servizio (senza persone che non risultino di immediata e chiara identificazione), procedure e spostamenti strettamente necessari e dovizia di spiegazioni sull'iter della visita. Nel corso del convegno, sono stati presentati nel dettaglio i risultati della ricerca svolta in Pronto soccorso: 222 i questionari distribuiti dalle operatrici e volontarie del Centro Antiviolenza, per indagare il fenomeno della violenza sommersa, quella parte di abusi fisici e



psicologici perpetrati nei confronti delle donne e che non vengono dichiarati. Insieme al questionario, tradotto in cinque lingue, il personale del triage ha compilato una scheda, su cui sono stati indicati il codice e la causa dell'accesso al Pronto soccorso delle donne intervistate. I risultati dell'indagine, elaborati da esperte dell'Università di Parma e del Centro Antiviolenza, fanno rispecchiare il trend che si rileva a livello nazionale e internazionale: il 16% delle donne intervistate afferma infatti di avere subito violenza nell'arco dell'ultimo anno. Il 32% ha dichiarato una causa accidentale come motivo di accesso al Pronto soccorso, ma sembra plausibile ipotizzare che il riferimento a una causa accidentale possa in realtà nascondere un'aggressione causata da terzi. Per questo, uno degli obiettivi del convegno è stato riflettere sulle modalità di accoglienza più idonee per consentire di rendere manifesta l'eventuale aggressione subita. Durante il convegno è stata presentata anche una ricerca sulla violenza domestica contro le donne svolta al Pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera Luigi Sacco di Milano.

Il Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali

Talvolta le iniziative che rendono concreto e evidente l'impatto dell'Azienda sul contesto sociale non hanno un diretto interlocutore esterno; in questi casi è l'Azienda che si fa promotrice di azioni, che pur essendo rivolte in prima istanza al proprio interno, alle persone che vi lavorano, hanno una evidente e necessaria rilevanza pubblica.

Risale al 4 luglio 2008 la pubblicazione nel nostro Ospedale del Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali. L'iniziativa trae origine dalla consapevolezza che l'area sulla quale è possibile intervenire per diffondere la cultura del rispetto, come insieme di professionisti che lavorano in una grande organizzazione, è proprio quella dello spazio del vivere e lavorare insieme, attivando una serie di iniziative mirate a far accrescere la consapevolezza, l'informazione e una nuova cultura delle relazioni.

L'obiettivo principale del Codice è promuovere corrette relazioni interpersonali basate su regole di uguaglianza e di rispetto reciproco; esso, infatti, indica che *ogni comportamento lesivo della dignità delle donne e degli uomini sui luoghi di lavoro è inammissibile*. Il documento fornisce anche una definizione chiara di molestia, intendendo *ogni atto, anche verbale, a connotazione sessuale arrecante offesa alla dignità e alla libertà della persona che lo subisce, ovvero che sia suscettibile di creare ritorsioni o un clima di intimidazione nei suoi confronti*. Uno degli elementi innovativi che il Codice presenta è l'introduzione della *consigliera di fiducia* che rende fattiva l'azione di aiuto a chi ha subito molestie, proponendo la relazione con un'altra persona come connotazione importante per superare la paura e lo smarrimento del momento.

Con l'adozione del Codice di condotta, l'Azienda assume anche impegni formali e concreti: tra questi quello di comunicare i modi con cui reperire la consigliera, garantire la massima diffusione del documento e dei suoi contenuti, attuare progetti di prevenzione sulle tematiche del codice stesso e diffondere la cultura del rispetto della persona.

È dalla stretta collaborazione tra il Comitato Pari Opportunità della dirigenza e il Comitato Pari Opportunità del comparto, sorti entrambi nel corso del 2007, che ha visto la luce il Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali. Un ulteriore approfondimento sull'attività dei due Comitati Pari Opportunità è presentato nel capitolo 4 nella sezione *Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa*.

Lasciti e donazioni

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 2008 le erogazioni liberali ricevute ammontano ad un totale di € 243.268,00. Nel corso dell'anno, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha potuto usufruire di n. 74 tra lasciti e donazioni di singoli cittadini privati per un totale di euro 37.708. A questi devono essere aggiunti euro 180.974 elargiti da imprese ed euro 24.586 donati da enti.

Inoltre, l'Azienda ha ricevuto la quota annuale (euro 2.560.000) 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 di Parma sottoscritto nel 2004.

Al fine di finanziare borse di studio per ricerche e per l'acquisto di specifiche attrezzature sanitarie, destinate a diverse U.O. aziendali, la Fondazione Cassa di Risparmio ha anche assegnato nell'anno circa euro 350.000.

Impatto culturale

Lo sforzo dell'Ospedale di essere una struttura importante per la città si traduce anche in un'attenzione concreta che la città restituisce all'Ospedale contribuendo, tra le altre cose, anche a realizzare un



cambiamento culturale che consente di capire come gli spazi e il loro allestimento possono influire positivamente sulle relazioni, intervenendo nei processi di trasformazione dei comportamenti. Una tappa significativa di questo cambiamento è stata compiuta con la collaborazione dell'Associazione Amici dell'Ospedale, che ha promosso la donazione di 27 stendardi realizzati dagli studenti dell'Istituto statale d'arte "Paolo Toschi" di Parma, sotto la guida dei docenti. Gli stendardi, prodotti per l'Associazione culturale "Barbara Alpi" di Compiano, presieduta da Maria Teresa Alpi, sono stati utilizzati nell'estate 2006 durante il tradizionale Festival dei Girovagli organizzato a Compiano e riproducono raffigurazioni degli Orsanti, girovagli e artisti di strada che nei secoli scorsi sono partiti da Compiano e si sono poi dispersi per l'Europa. Le opere sono collocate nei reparti di Cardiocirurgia (13 oli su tela), Medicina Interna a indirizzo angiologico e coagulativo (12 opere), Chirurgia d'Urgenza (4 opere) e Medicina d'Urgenza (1).

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 riferite in queste pagine dimostrano. Tra queste si segnala anche "Auguri in musica" nei viali dell'ospedale, che con la New Band di Cesare Pattacini e le majorettes, sabato 20 dicembre ha suonato musiche popolari e natalizie, sfilando per i viali dell'ospedale. L'iniziativa è stata promossa dalla Oncologia Medica e il corteo ha percorso i viali interni. Sempre nel periodo natalizio la parrocchia ospedaliera San Francesco organizza il concorso dei presepi allestiti nei reparti.

Inoltre, nel 2008, la Cappellania Ospedaliera ha organizzato cinque incontri formativi sul tema "Riflettiamo sul cambiamento: vita, malattia, morte", aperti a tutti, con la possibilità di acquisire i crediti E.C.M..

Arte in Ospedale

Il 18 settembre 2008, con l'inaugurazione delle mostre di Andrea Jori, Ivo Mora e Marco Vestri, il nostro Ospedale ha avviato il progetto "Arte in Ospedale", allestendo tre spazi espositivi permanenti negli ambienti ospedalieri: all'ingresso di via Volturmo, all'ingresso del Monoblocco, e nel Centro Emostasi. Le tre sale, denominate rispettivamente *sala azzurra*, *sala rossa* e *sala verde*, sono state individuate come luoghi nevralgici, di passaggio, a sottolineare la funzione di accoglienza che si vuole realizzare.

L'iniziativa è decollata grazie alla collaborazione con l'associazione Amici dell'ospedale che l'ha curata nel suo complesso. L'allestimento permanente delle sale arricchisce l'iniziativa con un significato aggiuntivo particolare: è la testimonianza che la finestra di ascolto e valorizzazione della dimensione relazionale che è stata aperta nel nostro Ospedale è apprezzata e attira attenzione e curiosità, invitando gli artisti a esporre le loro opere. Al contempo, questa stessa rotta disegna uno scenario, un ambiente, di lavoro per gli operatori, che si adatta al dialogo, che dimostra con i fatti di volere essere accogliente.

Michel Odent e il percorso nascita

Il convegno "Michel Odent e il percorso nascita. Le competenze del neonato e della madre", organizzato dalla nostra Azienda in collaborazione con l'Azienda USL di Parma, ha fatto registrare 450 iscrizioni.

Autore di rilevante notorietà per aver introdotto negli anni settanta concetti come il parto in acqua e l'allestimento in ospedale di speciali stanze per partorire, ha fondato nel 1985 il Primal Health Research Centre a Londra, il cui obiettivo è lo studio delle conseguenze a lungo termine delle prime esperienze di vita. Il convegno è stato organizzato in collaborazione con il Collegio interprovinciale delle ostetriche di Parma e Piacenza e con l'Associazione Futura e ha contribuito a fare il punto sulla fisiologia della nascita. Infatti, varie discipline in pieno sviluppo, tra cui la psicoendocrinologia, l'epidemiologia e l'etologia, suggeriscono l'introduzione di nuovi criteri di valutazione e apportano molteplici ragioni per interferire il meno possibile nelle diverse fasi del parto. Nell'ottica di un'umanizzazione dell'evento nascita, la tendenza è quindi quella di riscoprire i bisogni di base della partoriente e del neonato, in contrasto con chi sostiene invece che in futuro il taglio cesareo diventerà il modo più abituale di partorire.

Al convegno, Michel Odent, autore di 12 libri, pubblicati in 21 lingue, sul tema della nascita, ha tenuto tre interventi.

Impatto ambientale

In un ospedale moderno non va trascurato il tema dell'impatto ambientale, delle modifiche all'ambiente derivanti, in tutto o in parte, dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'organizzazione.

Con riferimento agli obiettivi fissati in tema di politiche energetiche, si riportano in sintesi le azioni attuate nel corso del 2008:



- sono state completate le pratiche per l'affidamento della fornitura di energia elettrica alla ditta aggiudicataria della gara Intercent-ER;
- a partire dal mese di aprile è stata avviata la campagna sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda con l'affissione di materiale informativo realizzato dalla Regione Emilia-Romagna e con l'attivazione dell'indirizzo mail iospengolospreco@ao.pr.it per la segnalazione di suggerimenti da parte dei dipendenti;
- è proseguito per tutto il 2008 il monitoraggio mensile dei consumi di acqua potabile e di energia elettrica, necessario per la valutazione economica della produzione di energia da fonti rinnovabili, cogenerazione o sistemi tecnologici innovativi (come pannelli fotovoltaici);
- è stata data applicazione alla 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 per quelli oggetto di riqualificazione o rifunzionalizzazione.

Di seguito sono individuate le principali azioni che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma porrà in essere, in ragione della completa realizzazione degli obiettivi sopra indicati:

- verifica dei consumi energetici per gli edifici in costruzione, in particolare per il Nuovo Pronto soccorso, per l'Ospedale dei bambini e per la Piastra IV Lotto;
- primi accertamenti di stima di un impianto di cogenerazione/trigenerazione da installare presso l'area ospedaliera per limitare i consumi di energia elettrica in previsione del completamento del Nuovo Ospedale;
- diagnosi energetiche sugli edifici aziendali, volte a determinarne i relativi gradi di efficienza, nonché finalizzate alla predisposizione di progetti specifici che ne definiscano le linee d'azione in materia di uso razionale dell'energia e che eventualmente indichino possibili attività di ricerca, sviluppo e sperimentazione anche in ambiti di innovazione tecnologica.

La gestione dei rifiuti

Nel corso del 2008 è proseguito il percorso, avviato nel precedente anno, per l'adeguamento della Gestione Aziendale dei Rifiuti, nel rispetto delle 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). Nel corso del secondo semestre 2008 è stato attivato, a livello regionale, un gruppo di lavoro tematico per l'aggiornamento delle linee guida approvate con D.G.R. 1360 del 2006, cui ha preso parte un referente della nostra Azienda. Il gruppo ha predisposto una prima bozza di lavoro, in corso di valutazione.

Nello specifico, anche attraverso l'attività del Gruppo permanente per la gestione dei rifiuti sanitari, costituito a livello aziendale, si è provveduto a revisionare le procedure aziendali già in essere, con particolare riguardo alla gestione dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo, pericolosi e non, e a migliorarne la gestione complessiva. Nel dettaglio, è stata approfondita la valutazione sulla scelta e la distribuzione dei contenitori, sia per rifiuti solidi che per quelli liquidi, e sulla predisposizione di nuova procedura per l'etichettatura dei contenitori.

Fondamentale è stata la predisposizione di un percorso di potenziamento della raccolta differenziata di alcune matrici di rifiuto, quali pile esauste, carta, cartone, plastica, vetro e barattolame, attraverso la valutazione di fattibilità del potenziamento del numero di postazioni, sia decentrate che centralizzate, e la valutazione dei contenitori da utilizzare nelle varie fasi della raccolta differenziata.

In particolare si è provveduto a realizzare le seguenti azioni:

- monitorare e verificare le 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), sia nei punti di produzione, sia nei punti centralizzati individuati a livello aziendale per la loro raccolta;
- segnalare ai servizi competenti le "non conformità" o inadempienze relative alla raccolta, trasporto e smaltimento/recupero dei rifiuti;
- monitorare i rifiuti prodotti anche nell'ambito dei contratti appaltati in essere a livello aziendale;
- monitorare le aree deputate allo stoccaggio temporaneo dei rifiuti prodotti in ambito aziendale al fine di salvaguardare gli aspetti igienici e di sicurezza correlati;
- valutare i contenitori proposti in sede di gara, per la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti "Medicinali citotossici e citostatici" prodotti in ambito aziendale;
- valutare i contenitori proposti in sede di gara per la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Infine si segnala l'elaborazione di un'ipotesi di fattibilità di "oasi ecologica" a livello aziendale, oltre alla pianificazione di una campagna informativa e formativa rivolta a tutti gli operatori sanitari, attraverso la



programmazione, per il 2009, di incontri interdipartimentali ripetuti, in modo da sensibilizzare ad una corretta gestione dei rifiuti.

2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

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 pro capite 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 informazioni sulle performance delle Aziende USL ed ad un confronto fra le Aziende stesse e la media regionale.

I costi analizzati sono quelli sostenuti nel 2006 e nel 2007 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 2007 del 57,04% 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.

Tabella 1 Livello degenza ospedaliera, anni 2006-2007

Azienda	Anno 2006			Anno 2007			Variazione % Costo Pro-capite 2007/2006
	Costi Pieni (x1000)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2006 euro	Costi Pieni (x1000)	Popolazione e Pesata	Costo Pro-capite 2007 euro	
Usl Pc	192.229	292.399	657,42	196.902	294.189	669,30	1,81%
Usl Pr	267.026	427.057	625,27	276.946	430.055	643,98	2,99%
Usl Re	289.167	468.652	617,02	303.857	475.358	639,22	3,60%
Usl Mo	446.894	635.862	702,82	457.693	641.374	713,61	1,54%
Usl Bo	547.580	846.316	647,02	562.971	850.718	661,76	2,28%
Usl Imola	79.819	124.062	643,38	83.611	125.753	664,89	3,34%
Usl Fe	265.047	379.911	697,65	269.670	380.475	708,77	1,59%
Usl Ra	245.221	376.889	650,64	255.603	380.410	671,92	3,27%
Usl Fo	113.454	182.313	622,30	124.228	184.363	673,83	8,28%
Usl Ce	123.920	183.081	676,86	135.759	185.495	731,88	8,13%
Usl Rn	165.991	271.001	612,51	175.078	275.397	635,73	3,79%
Media Aziende USL	2.736.347	4.187.544	653,45	2.842.319	4.223.585	672,96	2,99%



Il livello degenza ospedaliera comprende:

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

Grafico 1 Degenza ospedaliera (al netto del finanziamento a funzione), anni 2006-2007

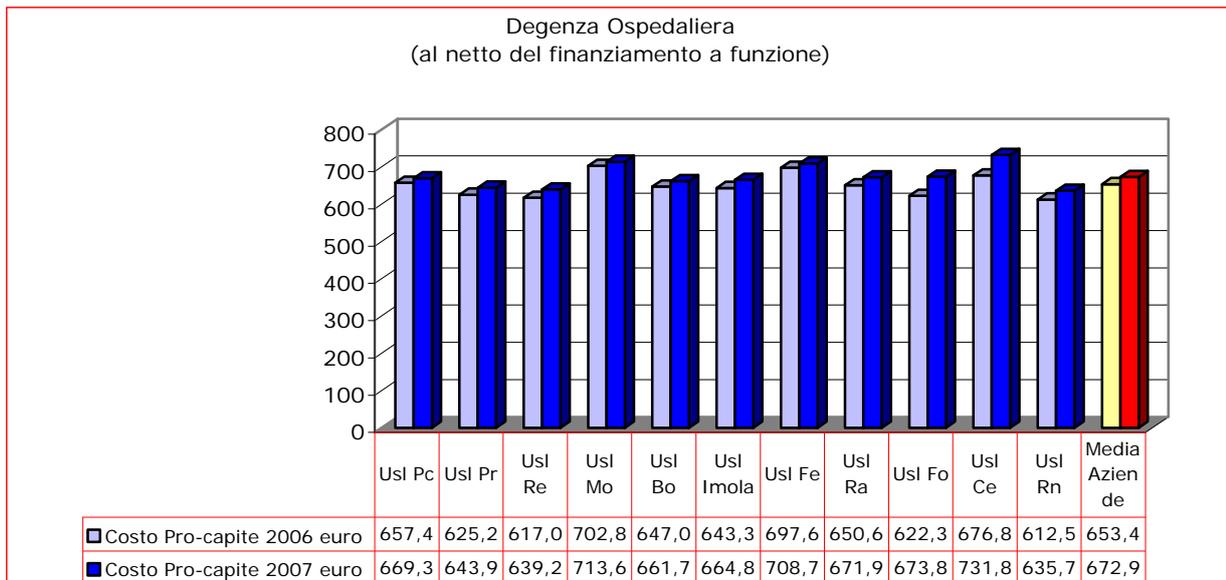
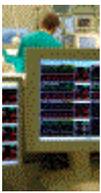


Tabella 2 Livello assistenza distrettuale – sub livello assistenza specialistica, anni 2006-2007

Azienda	Anno 2006			Anno 2007			Variazione % Costo Pro-capite 2007/2006
	Costi Pieni (x1000)	Popolazione e Pesata	Costo Pro-capite 2006 euro	Costi Pieni (x1000)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2007 euro	
Usl Pc	80.195	280.871	285,52	84.801	283.457	299,17	4,78%
Usl Pr	81.491	418.419	194,76	92.936	421.593	220,44	13,19%
Usl Re	97.319	473.179	205,67	104.402	478.825	218,04	6,01%
Usl Mo	139.232	647.189	215,13	155.911	651.759	239,22	11,19%
Usl Bo	222.303	843.775	263,46	233.907	848.899	275,54	4,58%
Usl Imola	37.089	125.043	296,61	38.682	126.048	306,88	3,46%
Usl Fe	97.247	368.303	264,04	102.153	370.877	275,43	4,32%
Usl Ra	118.163	377.052	313,39	117.167	381.315	307,27	-1,95%
Usl Fo	50.252	181.312	277,16	51.163	183.048	279,50	0,85%
Usl Ce	45.891	190.899	240,40	42.572	192.629	221,00	-8,07%
Usl Rn	73.862	281.501	262,38	75.709	285.135	265,52	1,19%
Media Aziende USL	1.043.044	4.187.544	249,08	1.099.402	4.223.585	260,30	4,50%

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

- o assistenza specialistica territoriale e ospedaliera per esterni (radiologia, laboratorio, emodialisi, odontoiatria e stomatologia, centro trasfusionale e immunoematologico, altre discipline e poliambulatori);
- o Pronto Soccorso e OBI (non seguito da ricovero);



- o specialistica convenzionata esterna;
- o 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);
- o prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78.

Grafico 2 Livello assistenza distrettuale – sub livello assistenza specialistica (al netto del finanziamento a funzione), anni 2006-2007

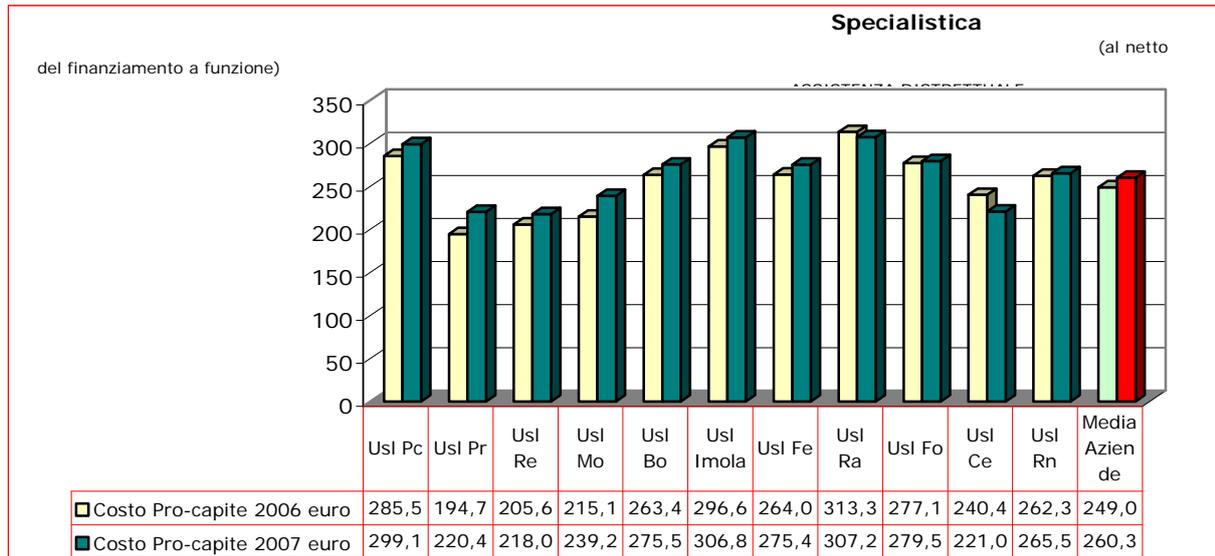


Tabella 3 Livello assistenza distrettuale – sub livello emergenza extraospedaliera, anni 2006-2007

Azienda	ANNO 2006			ANNO 2007			Variazione % Costo Pro-capite 2007/2006
	Costi Pieni (x1000)	Popolazione target	Costo Pro-capite 2006 euro	Costi Pieni (x1000)	Popolazione Target	Costo Pro-capite 2007 euro	
Usl Pc	5.711	208.388	27,41	5.733	210.295	27,26	-0,53%
Usl Pr	5.630	320.101	17,59	6.332	322.649	19,62	11,59%
Usl Re	9.801	394.391	24,85	10.727	400.455	26,79	7,79%
Usl Mo	15.054	526.608	28,59	14.286	529.702	26,97	-5,65%
Usl Bo	22.245	626.867	35,49	21.839	629.249	34,71	-2,20%
Usl Imola	3.737	96.508	38,72	3.802	97.023	39,18	1,20%
Usl Fe	8.964	261.697	34,25	8.525	262.886	32,43	-5,33%
Usl Ra	11.412	279.361	40,85	10.726	282.621	37,95	-7,10%
Usl Fo	5.336	136.319	39,14	6.052	137.508	44,01	12,44%
Usl Ce	6.250	154.980	40,33	5.974	155.951	38,31	-5,01%
Usl Rn	7.415	230.921	32,11	8.296	233.923	35,46	10,44%
Media Aziende USL	101.555	3.236.141	31,38	102.292	3.262.262	31,36	-0,08%



Grafico 3 Livello assistenza distrettuale – sub livello emergenza extraospedaliera (al netto del finanziamento a funzione), anni 2006-2007

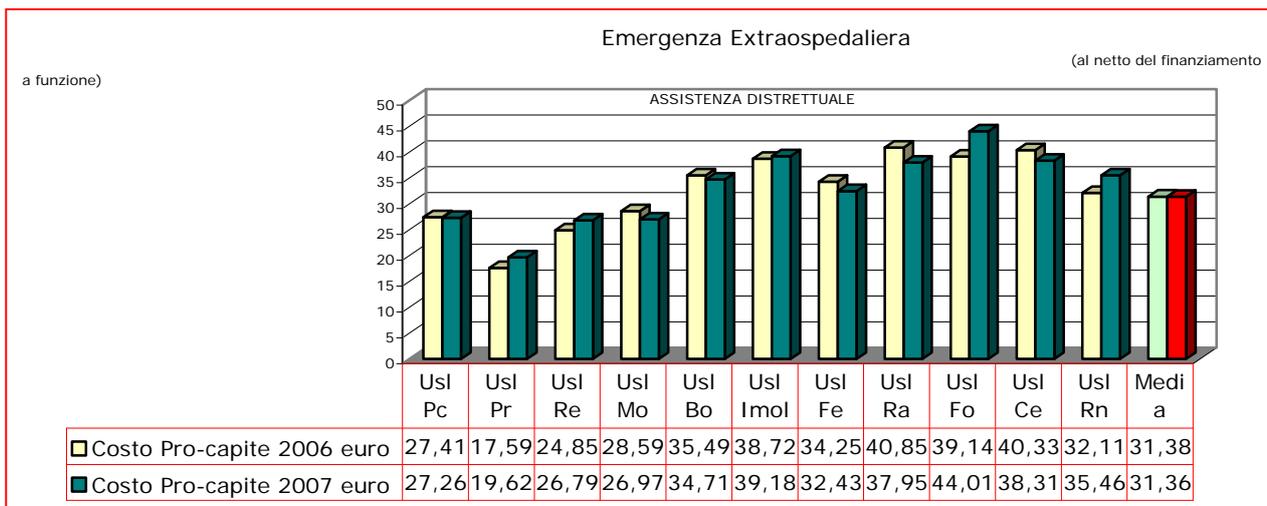
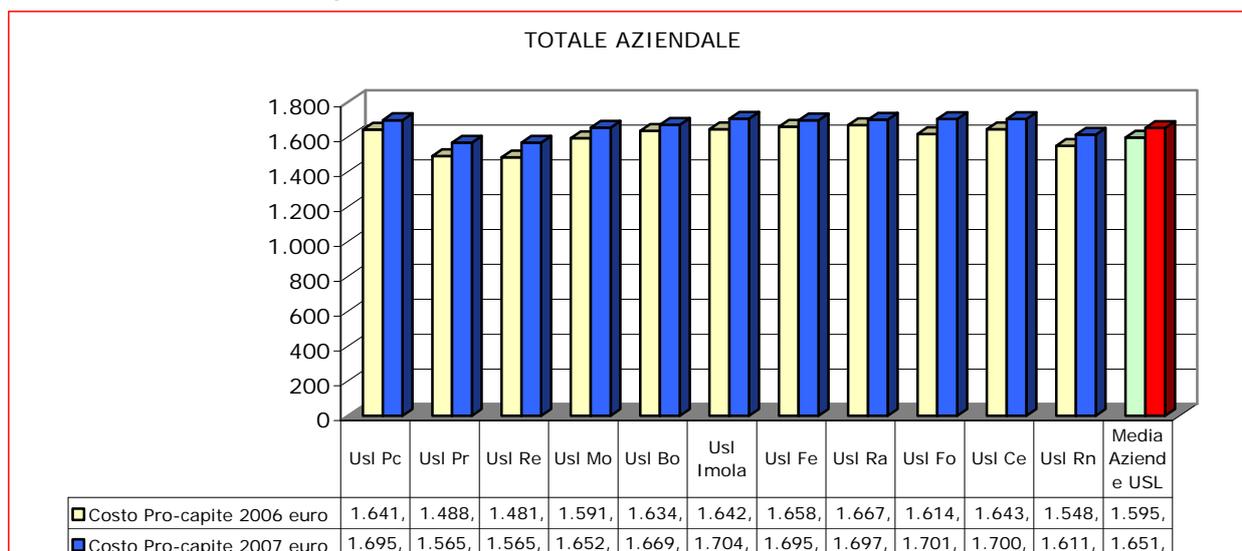


Grafico 4 Totale sistema provinciale, anni 2006-2007



Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2008 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha contribuito allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella, del tumore del collo dell'utero e del tumore del colon retto.

In particolare, si segnala nel 2008 rispetto al 2007 l'incremento del numero di colposcopie (+64) e di interventi chirurgici per tumore del collo dell'utero (+49), pari rispettivamente al 13% e al 38%. Anche per quanto riguarda lo screening del tumore colon retto si è osservato un incremento di 93 colonscopie (pari a +16%), mentre sono diminuiti gli interventi chirurgici rispetto all'anno precedente. Per il tumore della mammella si è osservato un trend costante relativamente agli interventi chirurgici, ma un decremento di prestazioni di mammotome pari al 22% in meno rispetto al 2007.

		2007	2008	Var %
Tumore della mammella	Mammotome	156	122	-22%
	Interventi chirurgici	59	58	-2%



		2007	2008	Var %
Tumore del collo dell'utero	Pap test	228	219	-4%
	Colposcopie	489	553	13%
	Interventi chirurgici	129	178	38%

		2007	2008	Var %
Tumore del colon-retto	Colonscopie	600	693	16%
	Polipectomie	394	234	-41%
	Interventi chirurgici	56	35	-38%

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Nel 2008 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 2007 di circa il 2,5% relativamente al numero di pazienti assistiti passando da 19.553 a 20.042 pazienti assistiti.

Sono state erogate 1.897.743 dosi singole con un aumento di circa il 3,3% rispetto al 2007 per un costo ospedaliero di 365.828 € corrispondente ad un costo pari a 1.636.624 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per il sistema sanitario pari a 1.270.796 €.

Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2008 pari a 15.839.796 €.

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'Azienda alla produzione provinciale è superiore al 60% in termini di attività ed è praticamente costante nell'ultimo triennio (tabelle 4, 5 e 6).

Il grafico 5 evidenzia che il volume complessivo della produzione ha subito nel 2008 un lieve decremento per le prestazioni di diagnostica, riabilitazione e visite; da segnalare che, mentre per le altre tipologie di prestazioni la quota parte dell'AOU è vicina al 50% della produzione, per le prestazioni di laboratorio è oltre il 70% mentre per le prestazioni riabilitative il contributo a livello provinciale è minimo (vicino al 10%) essendo l'attività prevalentemente erogata dal privato accreditato.

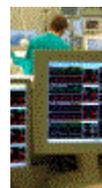


Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2006

Anno 2006		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	120.478	4.660.767	207.141	58,16%	6.898.185	67,57%
	D2-D.Strument. no radiaz.	146.193	6.373.601	314.755	46,45%	12.434.363	51,26%
	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%
Laboratorio	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%
	L3-Ematologia/coagulaz.	259.720	967.859	556.477	46,67%	1.865.203	51,89%
	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%
	L7-Genetica/citogen.	21.896	1.846.761	21.938	99,81%	1.850.381	99,80%
	Totale	1.968.605	12.721.939	4.552.043	43,25%	21.470.975	59,25%
	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%
Riabilitazione	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%
	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%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	22.389	1.176.066	22.389	100,0%	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%
	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%
Visite	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%
	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	4.108.754	45.820.001	6.231.439	65,94%	73.855.834	56,33%	



Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2007

Anno 2007		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	121.563	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%
	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%
Laboratorio	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%
	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	4.854.415				
Totale	3.288.491	17.609.093	4.630.569	71,02%	22.485.149	78,31%	
Riabilitazione	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%
	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%
Prestazioni Terapeutiche	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%
	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%
Visite	V1-Prima visita	241.685	5.505.118	534.444	45,22%	12.057.765	45,66%
	V2-Visita di controllo	196.055	3.528.676	295.772	66,29%	5.319.012	66,34%
	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	45.975.123	6.431.744	64,53%	80.603.921	57,04%



Tabella 6 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2008

Anno 2008		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni		Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	121.574	5.233.664	237.870	51,11%	8.444.918	61,97%
	D2-D.Strument. no radiaz.	163.292	6.591.831	390.614	41,80%	15.670.318	42,07%
	D3-Biopsia	5.274	369.342	7.763	67,94%	452.325	81,65%
	D9-Altra diagnostica	14.776	358.979	29.518	50,06%	581.506	61,73%
	Totale	304.916	12.553.816	665.765	45,80%	25.149.067	49,92%
Laboratorio	L1-Prelevi	203.949	531.725	492.172	41,44%	1.301.689	40,85%
	L2-Chimica clinica	1.241.976	4.433.487	3.295.569	37,69%	11.099.471	39,94%
	L3-Ematologia/coagulaz.	270.128	998.965	583.411	46,30%	1.952.055	51,18%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	68.462	3.926.033	72.568	94,34%	3.957.816	99,20%
	L5-Microbiologia/virologia	93.952	1.187.880	252.366	37,23%	2.429.234	48,90%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	14.918	661.190	34.946	42,69%	1.128.188	58,61%
	L7-Genetica/citogen.	18.215	1.548.723	18.272	99,69%	1.554.892	99,60%
	Totale	1.911.600	13.288.003	4.749.304	40,25%	23.423.345	56,73%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.492.461	5.250.343				
	Totale	3.404.061	18.538.346	4.749.304	71,67%	23.423.345	79,14%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.164	29.424	11.711	18,48%	120.124	24,49%
	R2-RRF	15.851	122.226	149.258	10,62%	1.176.682	10,39%
	R3-Terapia Fisica	1.100	4.471	11.115	9,90%	30.511	14,65%
	R9-Altra riabilitazione	960	7.904	6.947	13,82%	98.431	8,03%
	Totale	20.075	164.024	179.031	11,21%	1.425.747	11,50%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	23.697	1.543.870	23.697	100%	1.543.870	100%
	T2-Dialisi	8.881	1.517.704	45.549	19,50%	7.691.714	19,73%
	T3-Odontoiatria	5.862	144.518	18.039	32,50%	858.560	16,83%
	T4-Trasfusioni	2.044	138.358	2.366	86,39%	147.933	93,53%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.837	2.419.039	28.674	58,72%	4.027.709	60,06%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	48.433	691.114	97.243	49,81%	1.705.722	40,52%
	Totale	105.754	6.454.603	215.568	49,06%	15.975.508	40,40%
Visite	V1-Prima visita	245.497	5.602.182	557.577	44,03%	12.552.354	44,63%
	V2-Visita di controllo	204.366	3.678.246	313.582	65,17%	5.637.486	65,25%
	V3-Osservaz.breve intensiva	2.164	476.080	3.145	68,81%	691.900	68,81%
	Totale	452.027	9.756.508	874.304	51,70%	18.881.740	51,67%
Totale		4.286.833	47.467.298	6.683.972	64,14%	84.855.408	55,94%



Grafico 5 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale delle prestazioni a livello provinciale

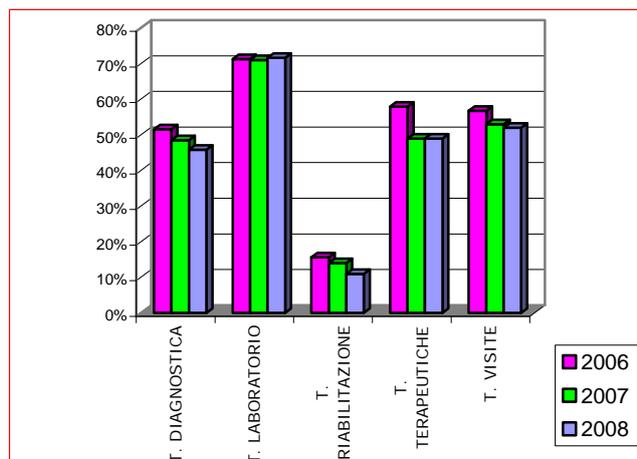
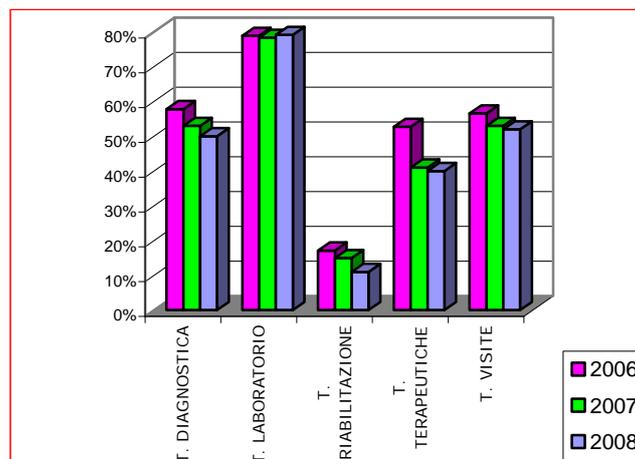


Grafico 6 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale



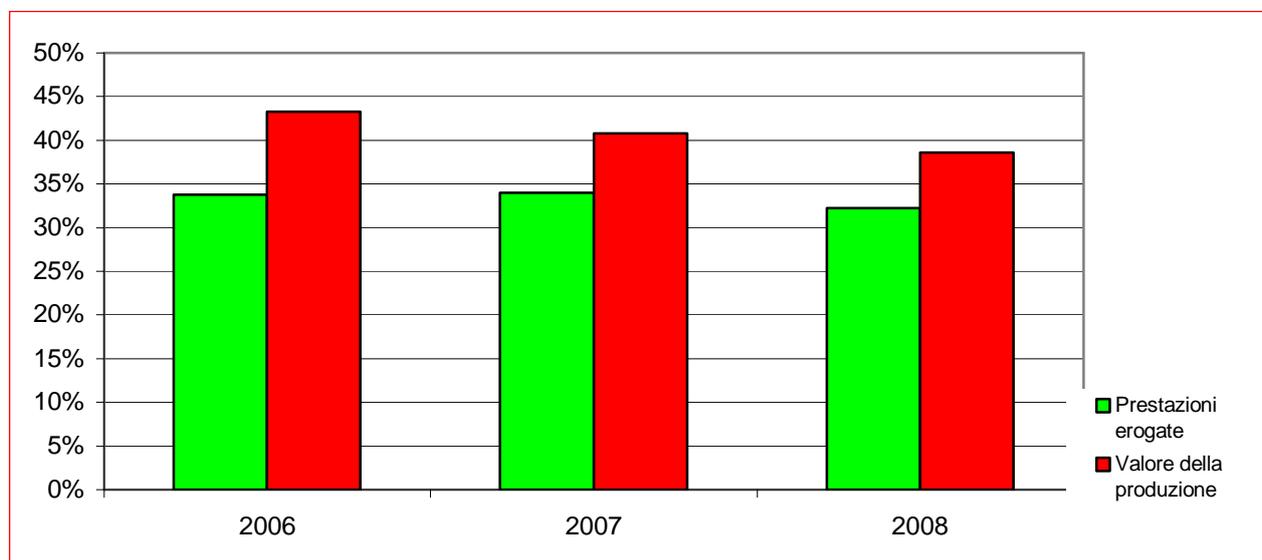
Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale)

Nell'ambito della produzione aziendale rispetto alla provinciale di cui al precedente punto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2006-2008 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 rispetto al 2007 in termini economici (-2%) in relazione al diverso peso attribuito dalle tariffe alle prestazioni erogate.

Tabella 7 Volumi e valore delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale, anni 2006-2008

Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2006	90.474	34%	€ 4.227.577	43%
2007	98.257	34%	€ 4.523.309	41%
2008	103.834	32%	€ 4.684.119	39%

Grafico n. 7 % prestazioni erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2006-2008





Percentuale di prestazioni ambulatoriali a CUP

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha garantito, per le differenti aggregazioni prestazionali, un aumento del volume delle prestazioni sul sistema provinciale CUP; questo si evince in modo particolare, dal confronto in termini assoluti per le aggregazioni di diagnostica, laboratorio e visita (tab. 8 e 9) che rappresentano le aggregazioni in cui la richiesta di prestazioni risulta essere più importante.

Tabella 8 Prestazioni ambulatoriali in prenotazione e in accettazione diretta e % prenotazione CUP, anno 2007

Anno 2007		Totale prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta	% prenotazione CUP sul totale prestazioni
Diagnostica	Programmabile	85.804	82
	Differibile	6.911	83
	Altro	124.740	19
Laboratorio	Programmabile	117.721	96
	Differibile	4.830	99
	Altro	1.499.356	5
Riabilitazione	Programmabile	99	70
	Differibile	5	0
	Altro	20.908	5
Terapeutiche	Programmabile	5.937	67
	Differibile	2.330	0
	Altro	77.656	8
Visite	Programmabile	85.913	94
	Differibile	7.306	88
	Altro	258.435	22

Tabella 9 Prestazioni ambulatoriali in prenotazione e in accettazione diretta e % prenotazione CUP, anno 2008

Anno 2008		Totale prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta	% prenotazione CUP sul totale prestazioni
Diagnostica	Programmabile	98.419	80
	Differibile	7.833	77
	Altro	121.945	19
Laboratorio	Programmabile	137.036	97
	Differibile	2.541	97
	Altro	1.443.060	6
Riabilitazione	Programmabile	72	75
	Differibile	0	0
	Altro	20.010	4
Terapeutiche	Programmabile	7.745	69
	Differibile	2.653	0
	Altro	77.114	9
Visite	Programmabile	92.073	94
	Differibile	8.111	89
	Altro	259.066	22



Grafico 8 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta

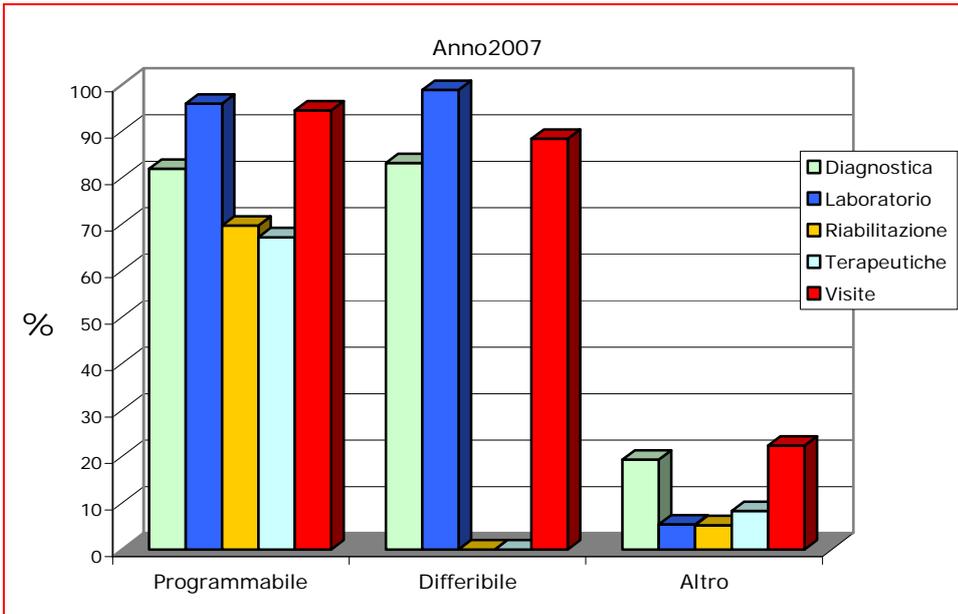
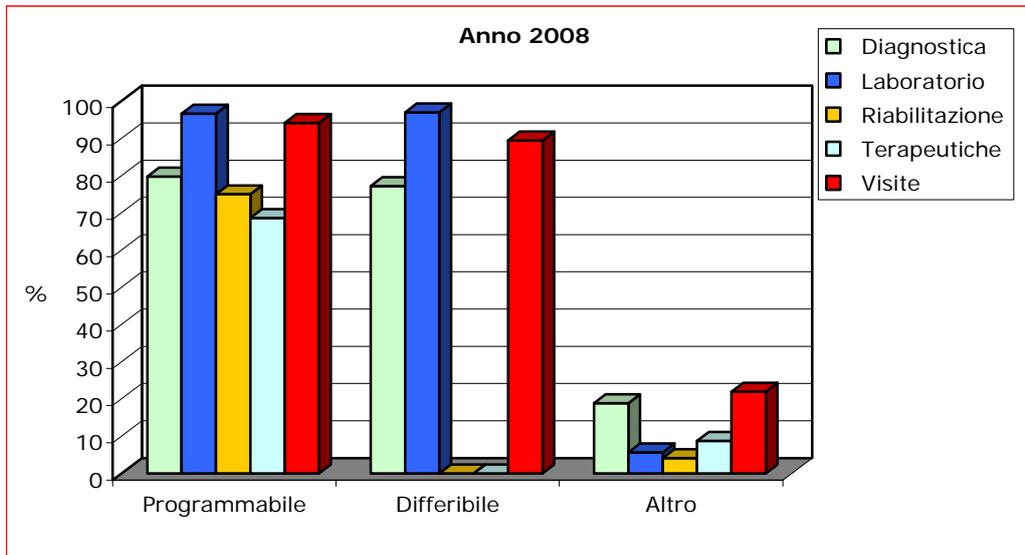


Grafico 9 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta



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

Le tabelle sottostanti mostrano il valore assoluto e percentuale delle prestazioni erogate con modalità Day Service nell'anno 2008.

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore assoluto)	
AOU PARMA	Anno 2008
	4.687



Modalità di accesso DAY SERVICE (valore %)	
AOU PARMA	Anno 2008
	0,17

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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2006-2008 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 10 e 11).

- **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 2008, rispetto agli anni precedenti, ha presentato un lieve decremento sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni sia 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:** nel triennio 2006-2008 si è assistito ad una lieve flessione dell'indice di performance per le prestazioni entro i 30 e i 60 giorni.
- **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 2006-2008.

Tabella 10 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS, anno 2006

Azienda Ospedaliero- Universitaria di 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

Tabella 11 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS, anno 2007

Azienda Ospedaliero- Universitaria di 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

Tabella 12 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS, anno 2008

Azienda Ospedaliero- Universitaria di 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	138.460	53,83	63,91	71,98	78,42	83,65	16,35
Laboratorio	259.074	77,34	81,89	84,78	87,07	89,36	10,64
Riabilitazione	1.189	28,34	34,4	39,11	58,2	64	36
Prestazioni Terapeutiche	18.931	73,43	83,01	86,99	89,99	92,19	7,81
Visite	163.648	50,58	62,07	69,17	74,48	78,04	21,96



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

Tipologia prestazioni	2004		2005		2006		2007		2008	
	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg
Totale diagnostica	46	73	53	75	54	73	51	72	54	72
Totale laboratorio	68	76	61	71	83	88	78	85	77	85
Totale riabilitazione	20	36	16	75	52	86	21	60	28	39
Totale terapeutiche	70	86	84	93	87	95	77	94	73	87
Totale visite	50	71	50	70	52	71	50	70	51	69

Grafico 10 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 1-30 giorni

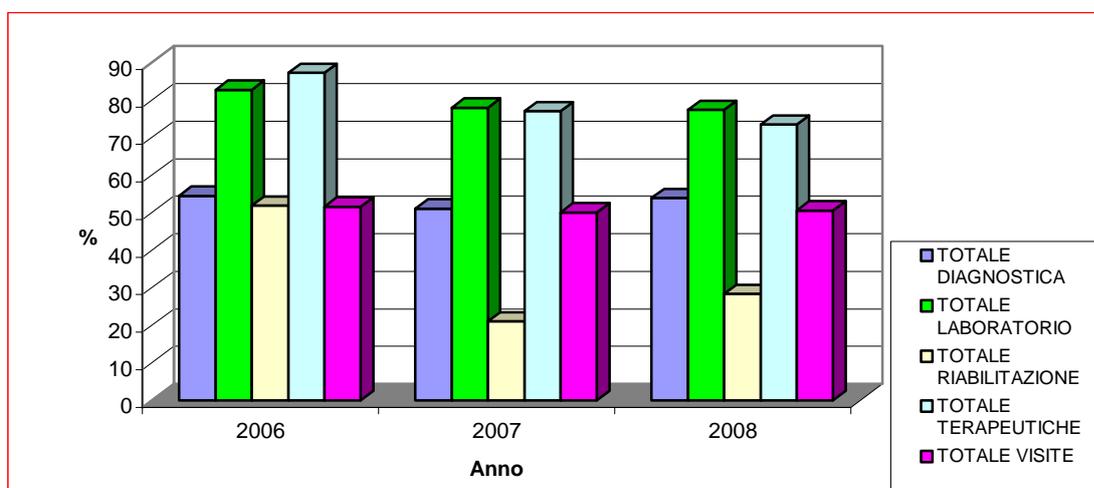
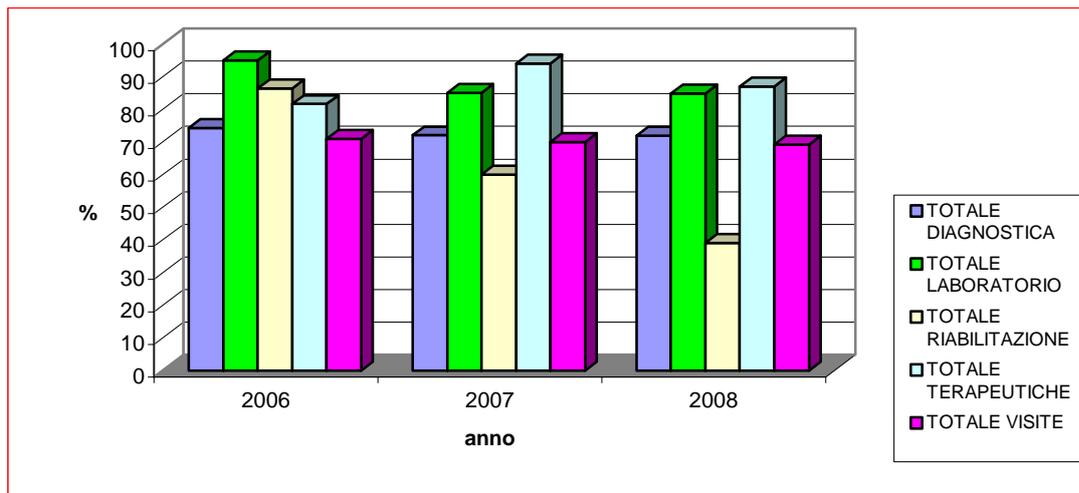


Grafico 11 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 1-60 giorni



Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2008 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state erogate 46.881 prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia che rappresentano il 2% del volume complessivo di prestazioni specialistiche. Nel 2008 il valore percentuale dell'attività ambulatoriale resa in regime libero professionale ha avuto un incremento pari all'1% rispetto al valore registrato nel 2007.



Tabella 14 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	93.824	99	1.137	1	94.961
Dipartimento Polispecialistico 1	263.607	99	2.825	1	266.432
Dipartimento Polispecialistico 2	303.663	99	2.333	1	305.996
Dipartimento Geriatrico e 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 immagini	133.201	100	502	0	133.703
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.033.104	100	4.278	0	3.037.382
Totale	4.229.770	99	29.578	1	4.259.348

Tabella 15 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2008

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza Urgenza	92.508	99	982	1	93.490
Dipartimento Polispecialistico 1	261.597	99	3836	1	265.433
Dipartimento Polispecialistico 2	314.644	98	4941	2	319.585
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	35.570	97	942	3	36.512
Dipartimento Neuroscienze	35.870	90	3990	10	39.860
Dipartimento Chirurgico	106.551	93	8121	7	114.672
Dipartimento Testa-Collo	96.866	95	5244	5	102.110
Dipartimento Materno-Infantile	89.945	90	9473	10	99.418
Dipartimento Cardio-Polmonare	44.902	92	3860	8	48.762
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	136.746	99	790	1	137.536
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.071.119	100	4702	0	3.075.821
Totale	4.286.318	99	46.881	1	4.333.199

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 1.861 posti letto per acuti, di cui 1.428 presenti in strutture pubbliche e 363 in case di cura private.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nonostante la diminuzione nel 2008 di posti letto (-27) rispetto ai due anni precedenti, ha mantenuto pressoché costante la percentuale dei posti letto per acuti pubblici della provincia corrispondente al 79%. 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 dei posti letto è utilizzata per il trattamento di pazienti provenienti da fuori provincia e da altre regioni.



Tabella 16 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 22.02.2007(*)**

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabili= tazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Tot. Accedi= tati	Acuti	LD+ Riab.	Riabi= lita= zione	LD	Totale
					Accreditati	Non accredita ti	Riabilita zione	LD						
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
Tot. 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 1/01/2006: 4.187.544

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

Tabella 17 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31.12.2007

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabili= tazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accredi= tati	Acuti	LD+ Riab.	Riabi= lita= zione	LD	Totale
					Accreditati	Non accredita ti	Riabilita zione	LD						
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	0,33	3,24
Tot. 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	0,90	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 utilizzati solo quelli accreditati

Tabella 18 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 1.12.2008

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabilita zione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accrediat i	Acuti	LD+ Riab.	Riabili= tazione	LD	Totale
					Accredita ti	Non accredita ti	Riabilitazi one	LD						
AUSL Parma	319	6	66	391	255	108	247	80	582					
AOU Parma	1.179	18	137	1.334	-	-	-	-	-	2,77	0,36	0,04	0,32	3,13
Tot. Parma	1.498	24	203	1.725	255	108	247	80	582	4,12	1,30	0,64	0,66	5,42
Tot. Regione	14.012	719	1.421	16.152	1.869	1.221	872	884	3.625	3,71	0,91	0,37	0,54	4,63

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 1.01.2008: 4.275.843

(**) 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 utilizzati solo quelli accreditati

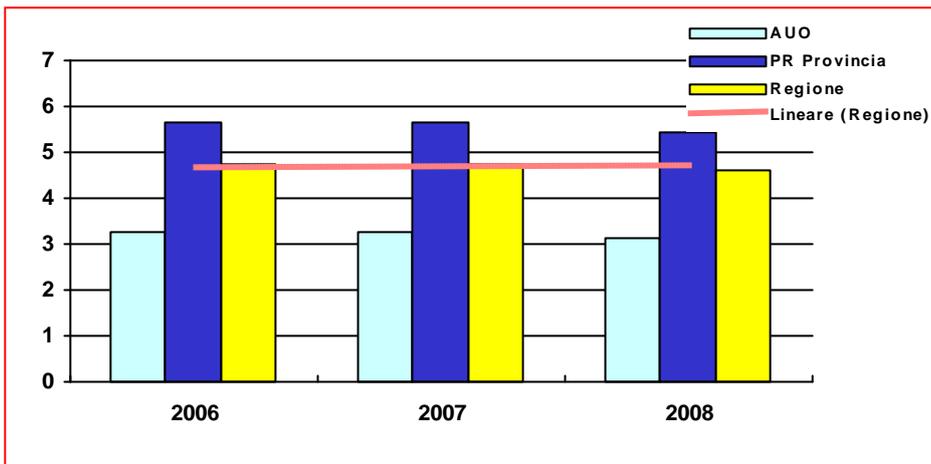
Nota: non è stata inserita la colonna relativa ai posti letto di riabilitazione non accreditati che in regione sono presenti solo nei presidi della provincia di Bologna per un totale di 27 posti letto.



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 5,42. 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 3,26 nel 2006 ad un valore del 3,13 nel 2008 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 Ospedaliero-Universitaria viene utilizzato per ricoveri provenienti da fuori provincia e fuori regione, si può considerare che la dotazione provinciale di posti letto di 5,4 è giustificata dalla necessità di risposta al bisogno dei cittadini residenti a Parma e in altre province/regioni.

Grafico 12 Confronto provincia di Parma-RER e obiettivo della Conferenza Stato-Regioni su dotazione PL/1000 abitanti



La tabella 19 illustra le percentuali di posti letto per funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che rappresentano complessivamente il 9% della dotazione totale dei posti letto ordinari.

Tabella 19 Percentuale posti letto hub definiti a livello regionale

Discipline di ricovero		posti letto ufficiali al 31/12/2008	% posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	1,9%
47	Centro Ustioni	8	0,8%
48	Nefrologia / Trapianti	8	0,8%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	14	1,4%
30	Neurochirurgia	39	3,8%
18	Centro Trapianti Midollo Oseco	3	0,3%
73	Neonatologia T.I.	5	0,5%
Totale Funzioni hub		97	9%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2008*		1035	

* con l'esclusione dei posti letto di lungodegenza e dei posti letto per pensionanti

Attività Hub

Nel 2008, dei 3.413 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 30% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell'Emilia-Romagna, mentre nel 18% dei casi si è trattato di cittadini residenti in altre regioni. La maggior quota di ricoveri extra-provincia è stata trattata presso il Centro Ustioni (52%), la Cardiochirurgia (42%) e la Neurochirurgia (29%), confermando il ruolo preminente che tali reparti di alta specializzazione svolgono in ambito regionale.



Tabella 20 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub - regime ordinario, anno 2008

Discipline di ricovero	Ricoveri in AOU	di cui				
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER	
7	Cardiochirurgia	767	324	42%	24	3%
47	Centro Ustioni	132	68	52%	30	23%
48	Nefrologia / Trapianti	194	42	22%	106	55%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	708	111	16%	62	9%
30	Neurochirurgia	1.424	418	29%	381	26%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	23	0	0%	5	22%
73	Neonatologia T.I.	165	46	28%	9	5%
Totale Funzioni hub		3.413	1.009	30%	617	18%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

Tabella 21 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub - regime ordinario, anno 2008

Discipline di ricovero (codice e descrizione)	Ricoveri in AOU	di cui				
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER	
08	Cardiologia	2.496	91	4%	156	6%
09	Chirurgia Generale	3.217	191	6%	339	11%
10	Maxillo-Facciale	734	215	29%	257	35%
11	Chirurgia Infantile	1.419	577	41%	279	20%
12	Chirurgia Plastica	889	187	21%	140	16%
13	Chirurgia Toracica	419	42	10%	83	20%
14	Chirurgia Vascolare	616	34	6%	50	8%
18	Ematologia	192	4	2%	32	17%
21	Geriatrics	2.118	19	1%	47	2%
24	Malattie Infettive	829	35	4%	89	11%
26	Medicina Generale	6.377	134	2%	275	4%
29	Nefrologia	346	18	5%	36	10%
32	Neurologia	1.049	43	4%	73	7%
34	Oculistica	1.077	178	17%	253	23%
36	Ortopedia e Traumatologia	3.312	172	5%	343	10%
37	Ostetricia e Ginecologia	4.107	291	7%	283	7%
38	Otorinolaringoiatria	1.557	243	16%	361	23%
39	Pediatria	2.410	339	14%	235	10%
40	Psichiatria	466	23	5%	57	12%
43	Urologia	1.494	126	8%	184	12%
49	Terapie Intensive (*)	1.490	33	2%	10	1%
50	UTIC	1.383	37	3%	57	4%
51	Astanteria Med. d'Urgenza	2.108	43	2%	118	6%
52	Dermatologia	101	6	6%	6	6%
56	Riabilitazione	186	1	1%	3	2%
58	Gastroenterologia	813	24	3%	65	8%
60	Lungodegenza	2.316	-	0%	5	0%
62	Neonatologia	529	42	8%	16	3%
64	Oncologia	780	26	3%	112	14%



65	Pediatria e Oncoematologia	393	78	20%	98	25%
68	Pneumologia	1.286	37	3%	103	8%
Totale Funzioni non hub		46.509	3.289	7%	4.165	9%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

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

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 alcune Unità Operative che possiedono alte percentuali di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione, quali ad esempio la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Pediatrica e la Oncoematologia Pediatrica, con quote rispettivamente pari al 64%, 60% e 45%, indicative di un'attrazione elevata per la qualificata attività svolta.

Indicatori di attività dei centri hub

Alle funzioni Hub ufficialmente riconosciute, 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 UO 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'AOU di Parma. 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 il 30% per pazienti provenienti da altre province della Regione Emilia-Romagna e oltre il 20% da altre Regioni.

Tabella 22 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2008

Funzioni HUB AOU-PR		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
07	Cardiochirurgia	168	22%	120	16%	38	5%	11	1%	13	2%	350	46%
47	Centro Ustioni	25	19%	7	5%	36	27%	7	5%	23	17%	98	74%
48	Nefrologia/Trapianti	12	6%	9	5%	21	11%	25	13%	83	43%	150	77%
30	Neurochirurgia	145	10%	226	16%	46	3%	189	13%	196	14%	802	56%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	21	13%	20	12%	5	3%	6	4%	3	2%	55	33%
TOTALE		371	14%	382	14%	146	5%	238	9%	318	12%	1455	54%

Tabella 23 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di Eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2008

Funzioni di eccellenza AOU-PR		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Maxillo Facciale	129	18%	53	7%	31	4%	64	9%	195	27%	472	64%
11	Chirurgia Pediatrica	444	31%	90	6%	42	3%	114	8%	168	12%	858	60%
65	Oncoematologia Pediatrica	66	17%	11	3%	1	0%	12	3%	86	22%	176	45%
12	Chirurgia Plastica	105	12%	34	4%	48	5%	49	6%	91	10%	327	37%
TOTALE		744	22%	188	5%	122	4%	239	7%	540	16%	1833	53%

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"; nella tabella seguente è stato analizzato il ricorso ad altre strutture fuori provincia e fuori regione, da parte di pazienti



residenti nella provincia di Reggio Emilia e Piacenza, relativamente alle funzioni Hub e di eccellenza dell'AOU-PR.

Tabella 24 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina Hub dell'AOU di Parma - Regime Ordinario

Funzioni Hub		Anno 2008								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	168	40%	38	9%	40	10%	11	3%	257	61%
47	Centro Ustioni	25	93%	0	0%	0	0%	1	4%	26	96%
48	Nefrologia/Trapianti	12	31%	19	49%	1	3%	1	3%	33	85%
30	Neurochirurgia	145	30%	84	17%	42	9%	54	11%	325	67%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	21	12%	33	18%	7	4%	2	1%	63	35%
Totale		371	32%	174	15%	90	8%	69	6%	704	61%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

Tabella 25 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - Regime Ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2008								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	129	61%	52	25%	19	9%	8	4%	208	99%
11	Chirurgia Pediatrica	444	79%	62	11%	7	1%	18	3%	531	94%
65	Oncoematologia Pediatrica	66	55%	48	40%	0	0%	1	1%	115	96%
12	Chirurgia Plastica	105	58%	47	26%	17	9%	12	7%	181	99%
Totale		744	69%	209	19%	43	4%	39	4%	1035	96%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

Dall'analisi 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, Nefrologia/Trapianti e di Neonatologia Terapia Intensiva.

Tabella 26 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per Disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2008								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	120	39%	4	1%	101	32%	13	4%	238	77%
47	Centro Ustioni	7	78%	0	0%	0	0%	1	11%	8	89%
48	Nefrologia/Trapianti	9	39%	6	26%	6	26%	2	9%	23	100%
30	Neurochirurgia	226	50%	9	2%	141	31%	29	6%	405	90%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	20	45%	1	2%	21	48%	1	2%	43	98%
Totale		382	46%	20	2%	269	32%	46	6%	717	86%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza



Tabella 27 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per Disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2008								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	53	63%	4	5%	20	24%	6	7%	83	99%
11	Chirurgia Pediatrica	90	59%	3	2%	32	21%	10	7%	135	88%
65	Oncoematologia Pediatrica	11	31%	0	0%	18	50%	2	6%	31	86%
12	Chirurgia Plastica	34	41%	3	4%	39	48%	1	1%	77	94%
Totale		188	53%	10	3%	109	31%	19	5%	326	92%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza

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

Infine, l'analisi dei dati contenuti nelle due tabelle che seguono 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.

Tabella 28 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per Disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2008						Totale	% totale
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	7	2%	73	16%	5	1%	85	19%
47	Centro Ustioni	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
48	Nefrologia/Trapianti	4	9%	2	4%	0	0%	6	13%
30	Neurochirurgia	25	4%	77	11%	37	6%	139	21%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	9	7%	7	5%	4	3%	20	16%
Totale		45	3%	159	12%	46	3%	250	19%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma

Tabella 29 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2008						Totale	% totale
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	6	2%	8	3%	7	3%	21	8%
11	Chirurgia Pediatrica	10	2%	9	2%	12	2%	31	6%
65	Oncoematologia Pediatrica	3	1%	0	0%	4	2%	7	3%
12	Chirurgia Plastica	9	2%	28	5%	16	3%	53	9%
Totale		28	2%	45	3%	39	2%	112	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.



Oltre agli indicatori sopra citati, 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 1.217.451 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio-Emilia e Piacenza a gennaio 2008).

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 (88%) e alla traumatologia degli arti inferiori (46%). Relativamente alla casistica dei traumi intracranici, va specificato che il 26% dei casi trattati presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è frutto di un accordo, stipulato tra le due Aziende Ospedaliere di Parma e Reggio, in base al quale i neurochirurghi di Parma operano a Reggio per assicurare gli interventi necessari ai pazienti traumatizzati.

Tabella 30 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 2008

Tipologia di trauma	Azienda USL Piacenza		Azienda USL Parma		Azienda USL Reggio Emilia		AOU Parma (hub)		AOSP Reggio Emilia		Totale
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	
Fratture	1.688	25%	659	10%	1.392	21%	1.855	28%	1.069	16%	6.663
Traumi intracranici	148	12%	80	7%	175	14%	496	41%	316	26%	1.215
Traumi toracici	39	17%	26	11%	16	7%	58	25%	97	41%	236
Traumi addominali	43	26%	9	5%	10	6%	61	37%	44	26%	167
Ferite	41	18%	8	4%	24	11%	48	22%	102	46%	223
Ferite arti superiori	82	24%	40	12%	72	21%	131	39%	11	3%	336
Ferite arti inferiori	22	23%	8	8%	15	16%	44	46%	7	7%	96
Traumi vasi sanguigni	5	26%	2	11%	1	5%	8	42%	3	16%	19
Traumi superficiali	7	13%	6	11%	14	25%	9	16%	20	36%	56
Traumi da schiacciamento	14	31%	3	7%	7	16%	16	36%	5	11%	45
Ustioni	6	3%	2	1%	3	2%	166	88%	12	6%	189
Traumi nervi e midollo	9	26%	2	6%	6	17%	10	29%	8	23%	35
Totale	2.104	23%	845	9%	1.735	19%	2.902	31%	1.694	18%	9.280

Per quanto riguarda la fibrosi cistica, la Regione stabilisce quale Centro hub (D.G.R. 395/2006) 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, in stretto collegamento con l'Hub. Nelle tabelle seguenti viene descritta l'attività erogata nell'ultimo triennio dal Centro hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dalle quale si evince l'importante ruolo di riferimento svolto dai professionisti pediatri per i pazienti affetti da fibrosi cistica. A fronte di una sostanziale stabilità del numero totale di ricoveri (71 nel 2008), che rappresentano il 75% del totale dei ricoveri dell'area emiliana, si rileva un incremento di ricoveri provenienti dalle province della regione (dai 47 pazienti del 2006 si è passati ai 56 del 2008) a fronte di una lieve contrazione dell'attrazione di pazienti residenti fuori regione.

Tabella 31 Ricoveri per fibrosi cistica per presidio dell'area emiliana

Presidio di ricovero	2006		2007		2008	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	1	1%	0	0%	7	7%
Parma	74	77%	75	74%	71	75%
Reggio Emilia	11	11%	14	14%	6	6%
Modena	3	3%	6	6%	4	4%
Bologna	7	7%	7	7%	7	7%
Totale	96	100%	102	100%	95	100%



Tabella 32 Ricoveri per fibrosi cistica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Residenza	2006		2007		2008	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	6	8%	5	7%	7	10%
Parma	20	27%	18	24%	22	31%
Reggio Emilia	10	14%	13	17%	13	18%
Modena	3	4%	4	5%	5	7%
Bologna	8	11%	12	16%	7	10%
Rimini	-	-	-	-	2	3%
Fuori Regione	27	36%	23	31%	15	21%
Totale	74	100%	75	100%	71	100%

Attività ospedaliera

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 per età della popolazione può avere sul tasso di ospedalizzazione, significativamente associato all'età, viene utilizzato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, che consente di effettuare confronti fra aree geografiche diverse.

Nella provincia di Parma il tasso di ospedalizzazione standardizzato ha avuto una consistente flessione negli ultimi anni, raggiungendo nel 2008, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 136,15 per 1.000 abitanti, perfettamente in linea con la media regionale, pari a 136,25 per 1000 abitanti.

Per i ricoveri in regime di day hospital, si evidenzia un lieve decremento del tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo della provincia nell'anno 2008 rispetto agli anni precedenti a carico dei DH chirurgici (vedi tab. 34), 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 e il day service; in particolare, negli ultimi due anni sono stati definiti e attivati percorsi ambulatoriali di tipo diagnostico, secondo le indicazioni regionali e al fine di aumentare l'appropriatezza dei ricoveri in regime di day hospital.

Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 58,8% nel 2008, per il regime ordinario, praticamente stabile nel corso dell'ultimo triennio. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (40,5%), a conferma di come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisca l'ospedale di riferimento dell'intera provincia, accogliendo il maggior numero di casi, con la più elevata complessità.

Tabella 33 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP, anno 2008

Azienda di residenza	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	136,15	58,8	24,15	63,8	23,3	36,2
Reggio Emilia	128,05	46,0	23,01	66,9	28,89	38,5
Modena	132,53	29,0	19,03	32,5	24,2	27,9
Bologna	141,52	35,2	16,48	44,8	21,85	27,2
Ferrara	141,76	46,2	19,62	71,3	26,62	43,6
Totale E R	136,25	40,5	20,64	53,1	23,48	33,1

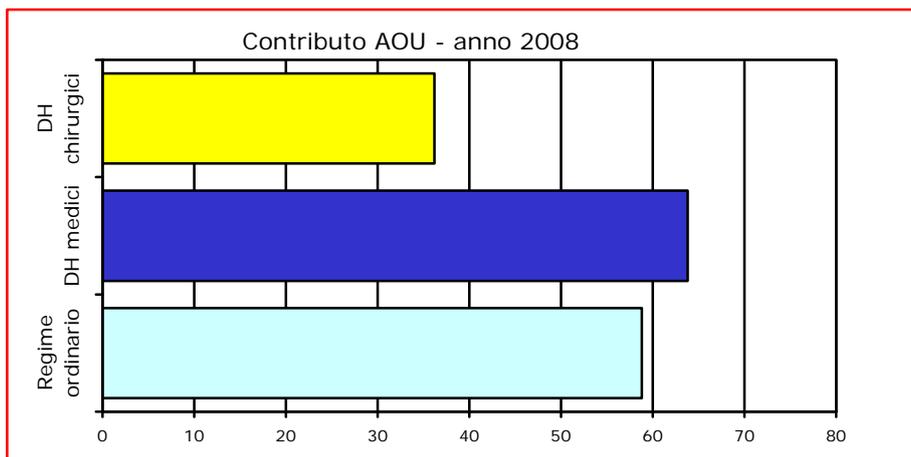
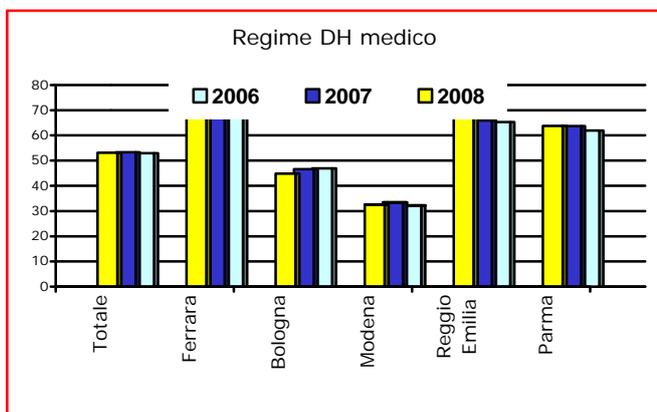
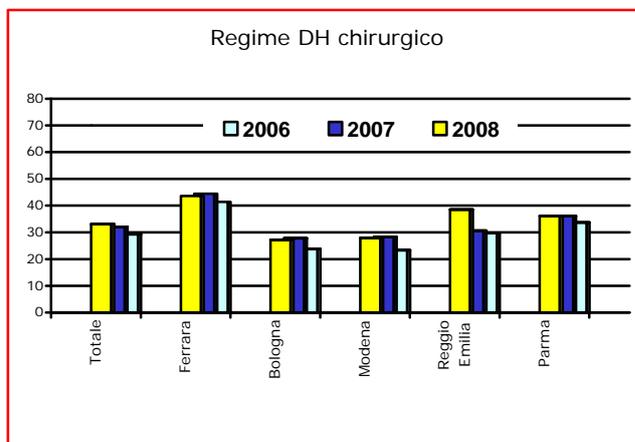
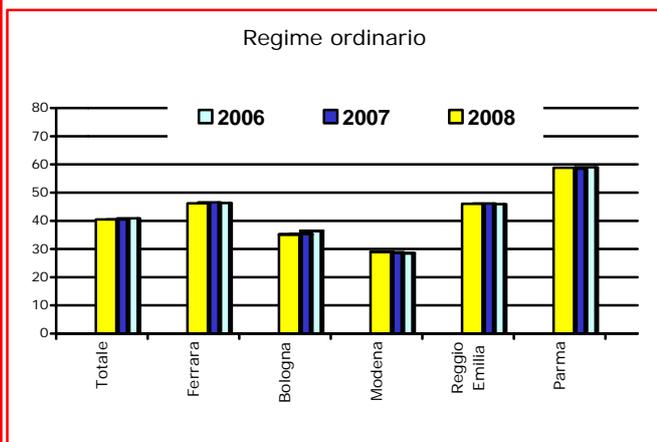
Tabella 34 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2006	137,94	59,00	23,64	61,90	23,95	33,70
2007	137,50	58,50	23,10	63,70	24,92	36,10
2008	136,15	58,8	24,15	63,80	23,30	36,20

Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. È inclusa la mobilità passiva extraregionale 2007. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2008. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2005.



Grafici 13a, 13b, 13c 1 13d Contributi % delle Aziende Ospedaliere ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per età: confronto tra le Aziende Ospedaliere della Regione Emilia Romagna, anni 2006-2008



Ricoveri in regime ordinario e in day hospital

Il ricovero ospedaliero si può realizzare in regime ordinario, in cui il paziente permane alcuni giorni in ospedale, e in regime diurno o di 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 2008 nell'AOU di Parma sono stati effettuati quasi 55.000 ricoveri, di cui il 21% in regime di DH. Una parte dei ricoveri è stata erogata in regime di libera professione ma, come evidente nelle tabelle che seguono, si tratta di una quota esigua (complessivamente 340 nel 2008). Nell'ultimo triennio i valori



percentuali di ricoveri in libera professione rimangono comunque al di sotto dello 0,7%, in linea con il quadro delle altre Aziende Ospedaliere-Universitarie dell'Emilia-Romagna e sono da attribuire quasi interamente (91% dei casi) a ricoveri di tipo chirurgico.

**Tabella 35 Numero di dimessi in regime ordinario e day-hospital
Tutte le Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, anno 2008**

Azienda di ricovero	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
AOU Parma	43.191	317	11.362	23	54.553	340	79,17	20,83	0,62
AOSP Reggio Emilia	32.642	97	15.325	101	47.967	198	68,05	31,95	0,41
AOU Modena	34.144	354	11.829	93	45.973	447	74,27	25,73	0,97
AOU Bologna	58.088	1.127	13.335	15	71.423	1.142	81,33	18,67	1,60
AOU Ferrara	28.308	67	11.693	9	40.001	76	70,77	29,23	0,19
II.OO.R.	14.854	1.086	4.698	1	19.552	1.087	75,97	24,03	5,56
Totale	211.227	3.048	68.242	242	279.469	3.290	75,58	24,42	1,18

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

Tabella 36 Riepilogo Azienda Ospedaliera di Parma, anni 2006-2008

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2008	43.191	317	11.362	23	54.553	340	79,17	20,83	0,62

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

Tabella 37 Riepilogo Regione Emilia-Romagna, anni 2006-2008

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2008	211.227	3.048	68.242	242	279.469	3.290	75,58	24,42	1,18

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

Per quanto riguarda i ricoveri in area chirurgica, essi rappresentano nel 2008 il 41,3% dei ricoveri totali, discostandosi poco da quella che è la media regionale (42,2%); in questi ultimi tre anni la percentuale di ricoveri chirurgici sul totale si è mantenuta su livelli costanti con lieve tendenza all'incremento.



Tabella 38 Numero casi chirurgici sul totale dei ricoveri Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, anno 2008

Azienda di ricovero	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale ricoveri	% casi chirurgici sul totale ricoveri in libera professione
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione		
AOU Parma	54.553	340	22.534	308	41,3%	90,6%
AOSP Reggio E.	47.967	198	18.144	98	37,8%	49,5%
AOU Modena	45.973	447	21.311	434	46,4%	97,1%
AOU Bologna	71.423	1142	27.295	952	38,2%	83,4%
AOU Ferrara	40.001	76	16.239	76	40,6%	100,0%
II.OO.R.	19.552	1087	12.512	1059	64,0%	97,4%
Totale	279.469	3290	118.035	2927	42,2%	89,0%

Tabella 39 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale

Azienda di ricovero		Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale ricoveri	% casi chirurgici sul totale ricoveri in libera professione
		Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione		
2006	AOU Parma	53.383	340	21.832	311	40,90%	91,50%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	280.188	3320	117.172	2971	41,80%	89,50%
2007	AOU Parma	53.773	372	22.039	336	41,00%	90,30%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	281.273	3396	119.247	3036	42,40%	89,40%
2008	AOU Parma	54.553	340	22.534	308	41,3%	90,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	279.469	3290	118.035	2927	42,2%	89,0%

Fonte : Banca dati SDO

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

Complessità della casistica espressa in peso medio DRG

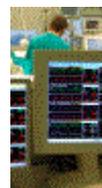
Il sistema di classificazione DRG dei ricoveri (Diagnosis Related Groups) esprime l'assorbimento di risorse e, quindi, il suo valore è direttamente proporzionale alla complessità dell'attività di ricovero svolta.

Il peso medio, che viene calcolato per disciplina di dimissione, è il rapporto tra i punti DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa. 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 nella maggior parte delle discipline di dimissione, indicando il trattamento di patologie sempre più complesse in regime di ricovero ordinario.

L'indice di case-mix (ICM) rappresenta invece 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. Dalla tabella seguente si rileva come più della metà delle discipline l'AOU di Parma ha un indice di case-mix superiore all'unità, evidenziando una complessità della casistica superiore a quella regionale di riferimento.

Tabella 40 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2006-2008

Disciplina	2006		2007		2008	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
008-Cardiologia	1,83	1,08	2,09	1,21	2,07	1,18
009-Chirurgia Generale	1,51	1,1	1,52	1,11	1,49	1,1
026-Medicina Generale	1,13	1,09	1,14	1,1	1,14	1,1
036-Ortopedia e Traumatologia	1,26	0,99	1,24	0,96	1,25	0,96
049-Terapia Intensiva	6,12	0,97	6,45	1,06	6,75	1,09



Disciplina	2006		2007		2008	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
050-Unita' Coronarica	2,45	1,17	2,46	1,19	2,47	1,17
051-Astanteria	0,77	0,87	0,73	0,8	0,74	0,81
021-Geriatria	1,07	1,03	1,09	1,04	1,16	1,09
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,91	1,31	1,93	1,33	1,98	1,38
029-Nefrologia	1,42	0,98	1,44	1	1,46	1,01
032-Neurologia	1,1	1,02	1,07	1	0,97	0,9
034-Oculistica	0,64	0,95	0,63	0,95	0,66	0,99
037-Ostetricia e Ginecologia	0,63	1,03	0,64	1,04	0,64	1,05
038-Otorinolaringoiatria	0,94	0,96	0,95	0,98	1,03	1,05
039-Pediatria	0,64	0,9	0,68	0,91	0,69	0,91
043-Urologia	1,05	1	1,09	1,03	1,07	1,01
058-Gastroenterologia	1,13	0,95	1,09	0,95	1,15	0,99
062-Neonatalogia	2,07	0,99	2,02	1	2,06	1,07
068-Pneumologia	1,41	0,88	1,48	0,9	1,39	0,89
031-Nido	0,76	0,6	1,35	0,94	1,09	0,86
014-Chirurgia Vascolare	1,95	1,03	1,97	1,06	2,16	1,14
011-Chirurgia Pediatrica	0,83	0,98	0,79	0,97	0,82	0,96
013-Chirurgia Toracica	2,45	1,12	2,36	1,07	2,17	0,98
073-Terapia Intensiva Neonat.	1,63	0,8	2,12	1,02	1,49	0,72
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,85	1,28	1,81	1,22	1,74	1,26
012-Chirurgia Plastica	1,47	1,07	1,43	1,03	1,44	1,05
030-Neurochirurgia	2,29	1,19	2,21	1,13	2,18	1,13
064-Oncologia	1,23	0,95	1,2	0,93	1,14	0,87
018-Ematologia	2,44	0,74	2,83	0,9	2,96	0,93
052-Dermatologia	0,9	0,86	0,85	0,78	0,85	0,8
047-Grandi Ustionati	2,89	0,77	3,39	0,77	3,53	0,84
007-Cardiologia	5,07	1,04	5,14	1,04	5,11	1,03
048-Nefrologia Trapianti	1,87	1,18	1,86	1,22	2,09	1,36
065-Pediatria e Oncoematologia	1,62	0,74	1,39	0,66	1,7	0,81

Per quanto riguarda i ricoveri ad alta complessità con peso medio superiore a 2,5 dalla tabella seguente si osserva che, dal 2006 al 2008, 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.

Tabella 41 Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5 sul totale dei casi ordinari

Aziende di ricovero		Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2006	AOU Parma	42.596	4.264	10,0%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	213.076	18.060	8,5%
2007	AOU Parma	42.611	4.157	9,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	211.468	18.253	8,6%
2008	AOU Parma	43.191	4.288	9,9%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	211.227	18.301	8,7%

Ricoveri potenzialmente inappropriati

La Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 1872 del 2004 contiene un elenco di DRG ad elevato rischio di inappropriata organizzativa. Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il



paziente e con minore impiego di risorse. La quota di ricoveri potenzialmente inappropriati nell'AOU di Parma si è mantenuta nel triennio pressoché costante ed è del tutto sovrapponibile alla media regionale.

Tabella 42 Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da D.G.R. 1872/2004 su totale dimessi

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale ricoveri
2006	AOU Parma	1.575	51.340	3,1%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.333	271.057	3,1%
2007	AOU Parma	1.513	51.758	2,9%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.252	272.499	3,0%
2008	AOU Parma	1.571	52.040	3,0%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.092	270.313	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

Tempi di attesa

L'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006, poi ripresa dalla Delibera regionale 1531 del 6.11.2006, contenente accordi per il triennio 2006-2008 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, ha definito il monitoraggio dei tempi di attesa per il ricovero nel caso di determinate patologie/prestazioni, fissando gli obiettivi da rispettare. 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 giorni,

in day hospital/day surgery

- cataratta: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 giorni



Nella tabella sottostante vengono riportati i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2008.

Tabella 43 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Parma e provincia, anno 2008

Parma		Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali) *						
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	> 180 gg
Area oncologica											
Chemioterapia (dh)	Az.USL+Privato	683	600	4	12,2	99,5	100	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	1.123	16	5	98,6	81,3	87,5	87,5	87,5	87,5	12,5
	Totale	1.806	616	4	65,9	99	99,7	99,7	99,7	99,7	0,3
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az.USL+Privato	31	30	14	3,2	93,3	100	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	29	29	19	0	89,7	96,6	96,6	100	100	0
	Totale	60	59	17	1,7	91,5	98,3	98,3	100	100	0
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az.USL+Privato	73	66	18,5	9,6	80,3	92,4	93,9	98,5	98,5	1,5
	Az.Ospedaliera	181	169	20	6,6	82,8	96,4	96,4	98,2	100	0
	Totale	254	235	19	7,5	82,1	95,3	95,7	98,3	99,6	0,4
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)**	Az.USL+Privato	37	36	8	2,7	94,4	97,2	97,2	100	100	0
	Az.Ospedaliera	42	41	7	2,4	97,6	100	100	100	100	0
	Totale	79	77	8	2,5	96,1	98,7	98,7	100	100	0
Intervento chirurgico tumore prostata	Az.USL+Privato	101	101	49	0	21,8	67,3	96	100	100	0
	Az.Ospedaliera	54	54	49	0	20,4	79,6	94,4	98,1	100	0
	Totale	155	155	49	0	21,3	71,6	95,5	99,4	100	0
Area cardiovascolare											
Coronarografia (dh)	Az.USL+Privato	1	1	21,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
	Az.Ospedaliera	2	0	.	100,0	.	.	.	.	.	.
	Totale	3	1	21,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az.USL+Privato	22	22	22,5	0,0	63,6	86,4	90,9	100,0	100,0	0,0
	Az.Ospedaliera	114	111	35,0	2,6	43,2	74,8	90,1	96,4	98,2	1,8
	Totale	136	133	34,0	2,2	46,6	76,7	90,2	97,0	98,5	1,5
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	147	98	41,5	33,3	33,7	87,8	96,9	98,0	98,0	2,0
	Totale	147	98	41,5	33,3	33,7	87,8	96,9	98,0	98,0	2,0
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	171	105	12,0	38,6	76,2	97,1	99,0	99,0	100,0	0,0
	Totale	171	105	12,0	38,6	76,2	97,1	99,0	99,0	100,0	0,0
Area geriatrica											
Cataratta (dh)	Az.USL+Privato	31	31	23	0	77,4	87,1	93,5	93,5	93,5	6,5
	Az.Ospedaliera	29	25	40	13,8	48	88	96	100	100	0
	Totale	60	56	25,5	6,7	64,3	87,5	94,6	96,4	96,4	3,6
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Az.USL+Privato	218	211	84	3,2	13,3	36	51,2	57,8	73,5	26,5
	Az.Ospedaliera	224	219	118	2,2	1,8	15,5	32,4	50,7	65,3	34,7
	Totale	442	430	110	2,7	7,4	25,6	41,6	54,2	69,3	30,7

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

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

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

** 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.



Tabella 44 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Regione Emilia-Romagna, anno 2008

Regione Emilia-Romagna		Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali) *						
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
Area oncologica											
Chemioterapia (dh)	Az.USL+Privato	10.807	6.923	7	35,9	96,4	98,7	99,1	99,2	99,3	0,7
	Az.Ospedaliera	6.422	3.503	5	45,5	97,4	99,3	99,4	99,5	99,5	0,5
	Totale	17.229	10.426	7	39,5	96,8	98,9	99,2	99,3	99,4	0,6
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az.USL+Privato	355	346	20	2,5	80,6	99,1	99,4	99,7	99,7	0,3
	Az.Ospedaliera	182	181	23	0,5	65,2	93,9	98,3	99,4	100	0
	Totale	537	527	21	1,9	75,3	97,3	99,1	99,6	99,8	0,2
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az.USL+Privato	1.770	1.684	15	4,9	88,3	97,4	98,3	99	99,8	0,2
	Az.Ospedaliera	874	811	16	7,2	84,2	95,3	96,7	98,2	99,5	0,5
	Totale	2.644	2.495	15	5,6	87	96,8	97,8	98,7	99,7	0,3
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)**	Az.USL+Privato	834	828	17	0,7	85,3	98,3	98,8	98,9	99,6	0,4
	Az.Ospedaliera	379	367	17	3,2	82,3	96,2	98,6	98,9	99,7	0,3
	Totale	1.213	1.195	17	1,5	84,4	97,7	98,7	98,9	99,7	0,3
Intervento chirurgico tumore prostata	Az.USL+Privato	1.030	1.020	42	1	31,8	71,8	89,8	97,6	99,4	0,6
	Az.Ospedaliera	495	483	33	2,4	47,8	83,9	94,8	98,1	99,8	0,2
	Totale	1.525	1.503	39	1,4	36,9	75,6	91,4	97,8	99,5	0,5
Area cardiovascolare											
Coronarografia (dh)	Az.USL+Privato	511	455	11	11	89,2	97,4	98,5	98,9	99,1	0,9
	Az.Ospedaliera	217	215	21	0,9	63,7	80,5	85,6	91,6	95,3	4,7
	Totale	728	670	13	8	81	91,9	94,3	96,6	97,9	2,1
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az.USL+Privato	754	727	28	3,6	52,1	72,4	81,4	87,9	93,3	6,7
	Az.Ospedaliera	715	687	39	3,9	42,4	65,2	82,4	90,4	96,5	3,5
	Totale	1.469	1.414	33	3,7	47,4	68,9	81,9	89,1	94,8	5,2
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Az.USL+Privato	2.825	2.486	11	12	87,2	97,5	98,8	99,3	99,6	0,4
	Az.Ospedaliera	1.376	1.054	16	23,4	76,9	92,3	96,3	97,9	99,1	0,9
	Totale	4.201	3.540	12	15,7	84,1	96	98,1	98,9	99,4	0,6
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Az.USL+Privato	998	944	9	5,4	92,7	99	99,6	99,7	99,8	0,2
	Az.Ospedaliera	409	330	10	19,3	78,8	95,8	97,6	98,8	99,7	0,3
	Totale	1.407	1.274	9	9,5	89,1	98,2	99,1	99,5	99,8	0,2
Area geriatrica											
Cataratta (dh)	Az.USL+Privato	2.866	2.405	14	16,1	70,4	81,2	91,9	96,4	99	1
	Az.Ospedaliera	222	215	35	3,2	40,9	76,7	87,9	93	97,7	2,3
	Totale	3.088	2.620	16	15,2	67,9	80,8	91,5	96,1	98,9	1,1
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Az.USL+Privato	4.530	4.365	59	3,6	32,9	50,6	61,3	69,4	82,3	17,7
	Az.Ospedaliera	2.191	2.153	167	1,7	9	16,6	25,8	36,5	53,5	46,5
	Totale	6.721	6.518	92	3	25	39,4	49,5	58,5	72,8	27,2

Per gli interventi oggetto di monitoraggio regionale dell'area oncologica, nonostante nel 2008 non siano stati pienamente raggiunti gli obiettivi regionali relativi all'esecuzione delle prestazioni entro i 30 giorni, si sono comunque avuti risultati positivi rispetto al 2007, con un miglioramento significativo dei tempi di attesa. In particolare, per quanto riguarda gli interventi sul tumore dell'utero, si è passati dal 65% dei pazienti trattati a 30 giorni nel 2007, al 90% del 2008; il parziale mancato raggiungimento dell'obiettivo risente ancora dei trattamenti pre-operatori (radio-chemioterapia adiuvante), a cui i pazienti vengono sottoposti prima dell'intervento chirurgico e che inevitabilmente allungano i tempi di attesa per l'intervento stesso.

Per il tumore del colon-retto, l'attivazione di Day Service Dipartimentali ha garantito la presa in carico del paziente all'interno di un percorso ambulatoriale favorendone un corretto inserimento in lista



d'attesa, l'83% dei casi sono stati infatti trattati entro i 30 giorni, in linea con la media delle Aziende Ospedaliere della Regione.

Relativamente al tumore della mammella, nel corso del 2007 è stato attivato nell'AOU di Parma il Centro Senologico, che costituisce un percorso per la diagnosi e il trattamento del tumore della mammella, con l'intento di ottenere un miglioramento della diagnostica e una riduzione dei tempi di attesa per la terapia. Effettivamente, nel corso del 2008 i tempi d'attesa per gli interventi di mastectomia sono migliorati rispetto al 2007, raggiungendo il 98% dei casi trattati entro 30 giorni, con un valore ben al di sopra della media regionale (84%).

In merito ai tempi di attesa per gli interventi di tumore della prostata, occorre segnalare che nel 2008 non è stato ancora definito lo standard regionale, pertanto il dato riportato in tabella non può essere confrontato con un valore atteso.

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 96% e a 180 giorni del 100%. Più problematica appare la condizione degli interventi di protesi d'anca, che presenta valori che si discostano alquanto dagli obiettivi regionali, mettendo in luce una situazione che interessa l'intera provincia di Parma e, più in generale, le aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, che presentano una percentuale di esecuzione dell'intervento a 180 giorni del 53,5% (l'AOU di Parma a 180 giorni tratta una percentuale superiore di pazienti, pari al 65,3%). 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 (97% a 60 giorni vs il 90% dell'obiettivo regionale) e endoarteriectomia carotidea (90% a 90 giorni). Per ciò che riguarda l'intervento di angioplastica (PTCA), la percentuale di interventi effettuati nel rispetto dello standard regionale è salita dal 75% del 2007 all'88% del 2008. Anche in questo caso il mancato raggiungimento dell'obiettivo risente dell'esclusione dal calcolo dell'indicatore dei ricoveri con tempo di attesa zero giorni, i quali, se considerati, permetterebbero il conseguimento dell'obiettivo. Non è stato possibile il monitoraggio delle coronarografie 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 2008 gli accessi in PS sono stati 81.206, ovvero il 3,24% in più rispetto al 2007, 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 circa il 68% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che si è mantenuta stabile negli ultimi 3 anni.

Tabella 45 Accessi in PS , anni 2006-2008

Disciplina	2006			2007			2008		
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	79.723	15.401	19,3	79.129	15.703	19,8	81.699	15.763	19,3
AUSL Parma	36.712	5.063	13,8	38.260	5.859	15,3	38.846	5.877	15,1
Totale	116.435	20.464	17,6	117.389	21.562	18,4	120.545	21.640	18,0
Regione ER	1.774.416	256.280	14,4	1.774.416	255.381	14,4	1.832.659	253.942	13,9
% accessi AOU Parma	68,47			67,41			67,77		

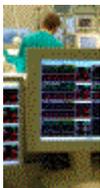
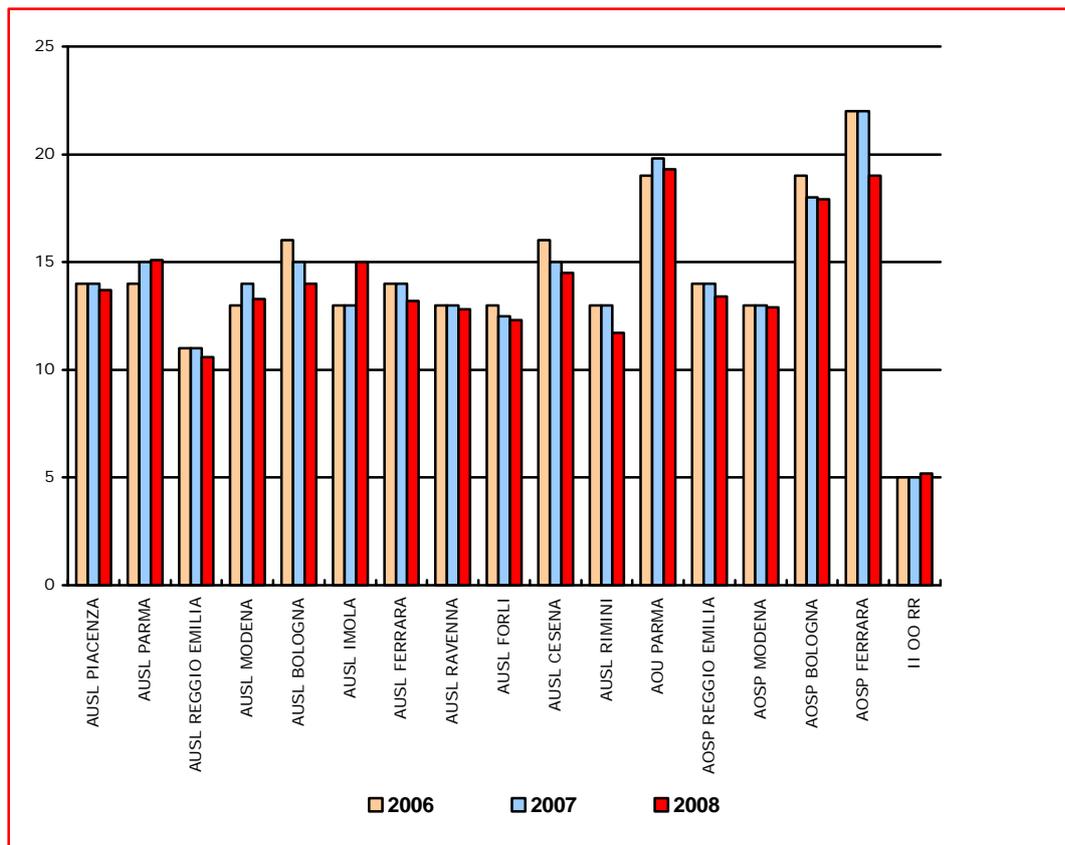
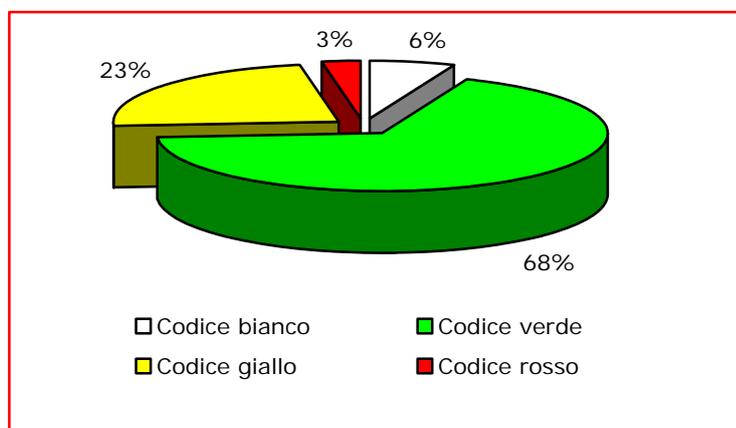


Grafico 14 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto tra le Aziende sanitarie regionali, anni 2006-2008



Dall'analisi dei dati del 2008, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso, si evince come il 68% della casistica sia rappresentato dai codici verdi, seguito dai codici gialli (23%), dai codici bianchi (6%) e infine dai codici rossi (3%). Tra gli accessi in PS, i codici verdi restano ancora in numero elevato, nonostante lo scorso anno si fosse verificata una diminuzione significativa, indicando il ricorso al PS per problematiche spesso trattabili dalla medicina del territorio.

Grafico 15 Accessi in PS suddivisi per codice colore, anno 2008



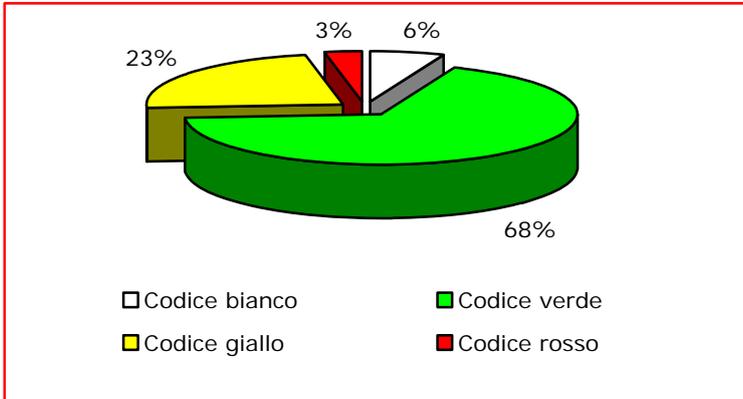
Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva che nel 2008 il 17,23% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri, con



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 16% è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, l'11,5% in Chirurgia d'Urgenza e l'8% nelle Ortopedie.

Grafico 16 Accessi in PS suddivisi per codice colore nella popolazione straniera, anno 2008



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 2008 è di 2.263, ovvero il 3% di tutti gli accessi in PS (la Regione dà come indicazione un valore che deve essere compreso tra il 3 e l'8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 95%, 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 ore.

Tabella 46 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2008

	Anno 2008	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	2.263	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	3%	3-8%
Tempi medi di osservazione	16 h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	95%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	68%	

Piano sangue

Il "Piano Sangue Plasma Regionale per il triennio 2008–2010" è articolato nei seguenti punti:

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

È il principale obiettivo del piano. A livello regionale si è registrato complessivamente un incremento delle donazioni nel 2008 dell'1,7% rispetto al 2007.

a) Raccolta/utilizzo: Per quanto riguarda la provincia di Parma, si è registrato un calo nel 2008, rispetto al 2007, del numero di unità raccolte (-1,5%) ed un incremento delle unità utilizzate (+1,2%). Tale calo è stato in parte compensato da una riduzione del numero delle unità eliminate per iperdatazione (-22,1% rispetto al 2007). Azioni correttive per incrementare le donazioni sono state: aumento del numero di nuovi donatori ed aumento dell'indice di donazione, ovvero il numero medio di donazioni effettuate in un anno da ciascun donatore.



b) 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 consolidamento dei risultati ottenuti nel 2007.

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 (1.639 di cui utilizzate 1.260, cioè il 77%).

Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali

Obiettivo raggiunto attraverso:

- Nomina dei componenti del Comitato Interaziendale per il Buon Uso del Sangue e programmazione del piano di revisione delle Linee Guida per l'utilizzo degli emocomponenti. Inoltre è stata implementata un'attività di sensibilizzazione nei confronti dei reparti utilizzatori per una razionalizzazione dell'uso clinico del sangue.
- 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.

Area Vasta

Obiettivo raggiunto attraverso:

- Attività di validazione degli emocomponenti (con metodica NAT) per l'area vasta Parma-Piacenza secondo quanto riportato nel piano sangue regionale 2008-2010.

Sicurezza trasfusionale

- Obiettivo sicurezza Riceventi: Partecipazione alla sperimentazione per "l'Identificazione del ricevente" avviata in collaborazione con la Facoltà di Ingegneria dell'Università di Parma utilizzando la tecnologia RFID.

Valorizzazione delle Associazioni Donatori

In accordo con le Associazioni Donatori, è stato concluso lo studio prospettico "Cardio Risk" in una popolazione di donatori, studiati e classificati secondo l'indice di rischio cardiovascolare (arruolati 6.172 donatori).

Sistema di informatizzazione

È stata implementata l'informatizzazione di tutte le sedi di raccolta sangue sia 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, AUSL 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 (+49 % nel 2008).
- Raccolta di Cellule Staminali finalizzate al Trapianto di Midollo Osseo: consolidamento dei risultati ottenuti nel 2007.

Tabella 47 Confronto attività di raccolta sangue, anni 2008–2007

Programma speciale sangue	Raccolta 2008	Raccolta 2007	Differenze % 2008-2007
Piacenza	15.153	14.682	3,2
Parma	28.134	28.564	-1,5
Reggio Emilia	23.451	23.241	0,9
Modena	35.190	35.337	-0,4
Bologna	63.862	63.140	1,1
Ferrara	22.472	22.109	1,6
Ravenna	27.786	27.602	0,7
DITI	31.368	30.468	2,9
TOTALE	247.416	245.173	0,9

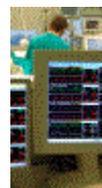


Tabella 48 Confronto consumi di Unità "rosse", anni 2008-2007

Programma speciale sangue	Consumi 2008	Consumi 2007	Differenze % 2008-2007
Piacenza	12.722	13.770	-7,6
Parma	26.197	25.896	1,2
Reggio Emilia	18.637	17.892	4,2
Modena	32.518	31.666	2,7
Bologna	73.364	72.607	1,0
Ferrara	22.806	22.685	0,5
Ravenna	26.802	25.502	5,1
DITI	30.395	29.260	3,9
TOTALE	243.441	239.278	1,7

Fonte: CRCC (Centro regionale di coordinamento e compensazione per i servizi trasfusionali)

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 2008 nell'ambito delle attività di procurement aziendale sono stati valutati, dopo osservazione di morte cardiaca, 109 casi di potenziali donatori multiteSSuto, 108 sono risultati non idonei, uno solo effettivo donatore.

Tabella 49 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Attività di prelievo di tessuti da donatori cadavere (a cuore fermo e a cuore battente)

Anno	Cornee		Cute		Osseo + cartilagini		Vasi		Valvole	
	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	Tessuti (cm2)	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	N. tessuti
2005	13	25	3	nd	8	91	6	24	2	3
2006	72	140	7	20.329	5	64	3	14	3	5
2007	107	213	7	9.783	10	108	3	9	1	2
2008	94	187	12	12.267	12	143	5	22	5	10

In merito alle attività di prelievo di organi, nel corso del 2008 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è risultata leader regionale, con 35 segnalazioni di morte encefalica; le opposizioni al prelievo sono state 9, pari al 25,71% (27,6% nel 2007), mentre un solo paziente è stato ritenuto non idoneo. I donatori effettivi di organi sono stati 25, di cui 21 multiorgano.

Tabella 50 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2005-2008

Tipologie	2005	2006	2007	2008
Segnalati	47	31	27	35
Opposizioni	16	11	8	9
Opposizioni procura	-	-	-	-
Non idoneo	9	3	3	1
Effettivi	21	16	16	25
Utilizzati	18	15	15	25
Multiorgano	12	11	13	21



Tabella 51 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2005- 2008

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
2005	4	4	20	17	40	25	1	1	0	0	65	47
2006	4	4	16	15	22	19	1	1	2	2	45	41
2007	5	5	13	13	29	25	2	1	0	0	49	44
2008	8	8	24	23	44	43	2	2	0	0	78	76
Totale	21	21	73	68	135	112	6	5	2	2	237	208

La tabella 51 indica il numero di organi procurati dalla Rianimazione dell'AOU di Parma dal 2005 al 2008 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali).

Per quanto riguarda l'attività trapiantologica, nel corso dell'anno 2008 si è avuto un lieve incremento dei trapianti effettuati (50 rispetto ai 47 del 2007) legato sostanzialmente ad un incremento dei trapianti di rene da donatore vivente (+ 3). In particolare, sono stati eseguiti 39 trapianti di rene da donatore cadavere (37 trapianti singoli, 2 doppi trapianti), 7 trapianti da vivente con prelievo dell'organo eseguito in tutti i donatori con tecnica laparoscopica, e 4 trapianti di rene-pancreas simultaneo.

Anche per l'anno 2008 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. Per quanto concerne i risultati complessivi del trapianto di rene-pancreas simultaneo (32 trapianti eseguiti al 31.12.2008) anch'essi possono essere considerati soddisfacenti (sopravvivenza nel paziente 90,6%, sopravvivenza dell'organo 81,2% ad un follow-up medio di 84,4 mesi).

Per quanto concerne l'attività di trapianto da vivente, si segnala che nell'agosto del anno corrente è stato effettuato con successo il primo trapianto ABO incompatibile in Italia. Per la preparazione del ricevente è stato utilizzato il protocollo di desensibilizzazione già adottato con successo in Svezia ed in altri Paesi europei. Tale protocollo, che non prevede il ricorso alla "tradizionale" splenectomia, consiste nella somministrazione di Rituximab, immunoglobuline endovena, e sedute di immunoadsorbimento selettivo sia nei giorni che precedono il trapianto che nell'immediato post-operatorio.

La lista d'attesa per trapianto di rene-pancreas consta attualmente di 7 pazienti, di cui 5 in sospeso per motivi clinici. Nel 2008, dopo la definizione dei protocolli clinici ed organizzativi per l'inizio del programma

di trapianto di pancreas isolato, è stato inserito 1 paziente in lista d'attesa per 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 della 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.

Tabella52 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2006	2007	2008
Cornea	57	47	
Midollo	19 autologi	21 autologi	19 autologi
	1 allogenico	-	2 allogenico
Rene	39 di cui	(*) 40 di cui	45
	3 da vivente	4 da vivente; 1 doppio trapianto	6 da vivente; 1 doppio trapianto
Rene-pancreas	3	7	4

Fonte: Banca Dati SDO

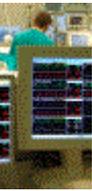
(*) Fonte Banca Dati CRT della RER

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:

- 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 dei 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

Tabella 53 Ricoveri relativi ai DRG oggetto di monitoraggio, anni 2007 e 2008

DRG	2007	2008	DIFF. 2008/2007
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	802	687	-115
207 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI CON CC	163	131	-32
065 M-ALTERAZIONI DELL' EQUILIBRIO	100	77	-23
232 C-ARTROSCOPIA	78	57	-21
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	54	33	-21
011 M-NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	39	20	-19
141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	110	92	-18
134 M-IPERTENSIONE	122	106	-16
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	228	212	-16
161 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 CON CC	37	22	-15
466 M-ASS.RIABILITAT. NO ANAMNESI DI NEOPL. MALIGNA COME DIA.SEC	60	46	-14
182 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETA'>17 CON CC	211	198	-13
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	89	77	-12
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	87	75	-12
035 M-ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO NO CC	23	12	-11
143 M-DOLORE TORACICO	22	11	-11
189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA'>17 NO CC	33	22	-11
248 M-TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	14	3	-11
278 M-CELLULITE, ETA'>17 NO CC	15	4	-11
256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST.MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS.CONNETTIVO	41	32	-9
267 C-INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI	23	14	-9
326 M-SEGNI,SINTOMI RENE, VIE URINARIE, ETA'>17 NO CC	33	24	-9

b) Recupero ricoveri in mobilità passiva

Tabella 54 Ricoveri ordinari e in day hospital relativi al set di DRG indicati dall'AUSL, anni 2007 e 2008

DRG	2007	2008	Incremento annuo atteso	Var (+/-)	Var. %
001 Craniotomia età >17 anni eccetto per traumatismo	101	130	20	+29	+29%
008 Interventi sui nervi cranici e periferici	49	48	30	-1	-2%
517 Interventi sul sistema cardio-vascolare per via per cutanea no IMA	316	326	30	+10	+3%
518 Interventi sul sistema cardio-vascolare per via per cutanea no IMA	152	172	20	+20	+13%
Protesi d'anca (Cod. ICD9-CM: 8151-8152-8153, ricoveri programmati)	188	199	40	+11	+6%
225 Interventi sul piede	87	120	50	+33	+38%



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

Tabella 55 Ricoveri ordinari disposti dal PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presso le CdC: numero dimessi, anni 2007 e 2008

Casa di Cura	2007	2008	Atteso 2008	Atteso 2007	Variazione rispetto all'atteso 2008	Variazione rispetto all'atteso 2007
CITTA' DI PARMA	581	561	709	746	-148	-165
PICCOLE FIGLIE	132	156	111	41	45	91
VAL PARMA	76	136	113	113	23	-37
Totale	789	853	933	900	-80	-111

d) Rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali

Tabella 56 Tempi di attesa, rispetto dello standard regionale

Intervento	Standard	2008	2007	Obiettivo 2008
Chemioterapia	100% entro 30 gg	99%	97%	100% entro 30 gg
Interventi per tumore utero		90%	65%	
Interventi per tumore colon-retto		83%	90%	
Interventi per tumore mammella		98%	90%	
Endoarteriectomia	90% entro 90 gg	91%	92%	90% entro 90 gg
Angioplastica	90% entro 60 gg	88%	74%	90% entro 60 gg
By-pass aorto-coronarico		98%	98%	mantenimento
Protesi anca	50% entro 90gg	32%	30%	50% entro 90gg
	90% entro 180 gg	65%	60%	90% entro 180 gg

Fonte: Banca Dati SDO

e) Riduzione parti cesarei

Tabella 57 Trend parti cesarei sul totale parti, anni 2005-2008

	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Parti cesari	733	32,8	742	33,3	874	37,4	867	36,8
Parti Totali	2233	100%	2229	100%	2334	100%	2358	100%

f) Assistenza specialistica ambulatoriale

Tabella 58 Tetti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale residenti di Parma

Aggregazioni di 1° livello	Importo 2008 Atteso	Importo 2008 Osservato	Variazione
Diagnostica	€ 10.500.000	€ 9.330.636	-€ 1.169.364
Laboratorio	€ 5.000.000	€ 6.622.284	€ 1.622.284
Riabilitazione	€ 100.000	€ 120.752	€ 20.752
Terapeutiche	€ 6.000.000	€ 4.826.253	-€ 1.173.747
Visite	€ 7.400.000	€ 7.196.053	-€ 203.947
Totale	€ 29.000.000	€ 28.095.978	-€ 904.022
Laboratorio ex-Pintor	€ 4.500.000	€ 5.250.343	€ 750.343
Totale	€ 33.500.000	€ 33.346.321	-€ 153.679

N.B. Gli importi sono al netto del ticket. L'importo 2008 osservato è stato ottenuto detraendo il ticket in modo proporzionale agli importi lordi per singola categoria rilevati dal flusso ASA.



Tabella 59 Prestazioni erogate ai residenti di Parma, anni 2007-2008

Prestazioni	2007	2008	Var	Var %
D1-D.Strument.con radiaz.	108.488	108.546	58	0,05
D2-D.Strument. no radiaz.	135.630	143.852	8.222	6,06
D3-Biopsia	4.380	4.630	250	5,71
D9-Altra diagnostica	12.327	12.088	-239	-1,94
Diagnostica	260.825	269.116	8.291	3,18
L1-Prelievi	185.555	187.214	1.659	0,89
L2-Chimica clinica	1.087.150	1.090.302	3.152	0,29
L3-Ematologia/coagulaz.	236.616	244.454	7.838	3,31
L4-Immunoemat.e trasfusion.	5.239	6.236	997	19,03
L5-Microbiologia/virologia	92.005	83.814	-8.191	-8,9
L6-Anatomia ed ist.patol.	11.769	12.888	1.119	9,51
L7-Genetica/citogen.	7.477	6.971	-506	-6,77
Laboratorio	1.625.811	1.631.879	6.068	0,37
R1-Riab.diagnostica	1.931	1.381	-550	-28,48
R2-RRF	13.673	14.741	1.068	7,81
R3-Terapia Fisica	1.051	1.015	-36	-3,43
R9-Altra riabilitazione	1.663	783	-880	-52,92
Riabilitazione	18.318	17.920	-398	-2,17
T1-Radioterapia	18.096	20.826	2.730	15,09
T2-Dialisi	8.731	8.279	-452	-5,18
T3-Odontoiatria	4.509	4.491	-18	-0,4
T4-Trasfusioni	1.655	1.745	90	5,44
T5-Chirurgia ambulatoriale	13.739	14.591	852	6,2
T9-Altre prestaz. terapeutiche	43.343	41.781	-1.562	-3,6
Prestazioni Terapeutiche	90.073	91.713	1.640	1,82
V1-Prima visita	208.099	211.293	3.194	1,53
V2-Visita di controllo	173.008	181.050	8.042	4,65
V3-Osservaz.breve intensiva	2.231	1.905	-326	-14,61
Visite	383.338	394.248	10.910	2,85
Totale	2.378.365	2.404.876	26.511	1,11

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Tabella 60 Monitoraggio delle prestazioni critiche residenti di Parma, anni 2007-2008

Prestazioni	2007	2008	Var	Var %
V1-Prima visita	5.763	6.798	1.035	17,96
V2-Visita di controllo	2.051	1.803	-248	-12,09
Cardiologia	7.814	8.601	787	10,07
V1-Prima visita	2.476	2.713	237	9,57
V2-Visita di controllo	2.730	2.973	243	8,90
Reumatologia	5.206	5.686	480	9,22
V1-Prima visita	6.989	7.008	19	0,27
V2-Visita di controllo	842	1.503	661	78,50
Neurologia	7.831	8.511	680	8,68
V1-Prima visita	19.095	19.191	96	0,50
V2-Visita di controllo	18.679	19.185	506	2,71
Ortopedia	37.774	38.376	602	1,59
V1-Prima visita	7.946	8.170	224	2,82
V2-Visita di controllo	1.802	2.034	232	12,87



Otorinolaringoiatria	9.748	10.204	456	4,68
V1-Prima visita	9.386	10.154	768	8,18
V2-Visita di controllo	3.796	3.858	62	1,63
Dermatologia	13.182	14.012	830	6,30
Totale	78.470	81.846	3.376	4,30

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

g) Somministrazione farmaci

Tabella 61 Erogazione diretta farmaci

	2008
Numero dei pazienti dimessi con farmaci	16.484
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fiale, compresse, cerotti...)	1.304.122
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	277.917,53 €

La tabella mostra l'andamento, nel 2008, dell'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione, residenti nella provincia di Parma, relativamente agli adempimenti della Legge 405/2001.

Qualità dell'assistenza

Parti con taglio cesareo

Nel 2008 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è assistito ad un decremento dei parti cesarei sul totale dei parti effettuati (37%) rispetto ai valori dell'anno precedente (39%) che avevano evidenziato 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).

Ciò che ha permesso di invertire la tendenza in incremento dei parti cesarei è stata la costituzione nel 2007 di 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:

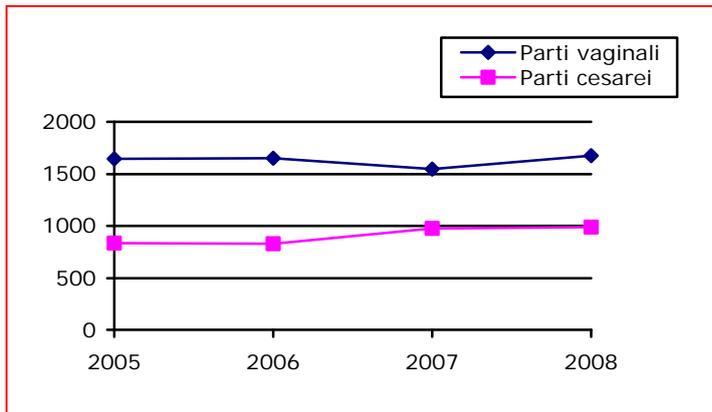
- la gravidanza a basso rischio, dalla fase di assistenza alla gravidanza, al parto, al post partum e al puerperio, prevedendo la stretta integrazione e sinergia con le strutture interne ed esterne all'Azienda;
- la gravidanza patologica, mediante la definizione di specifici programmi, protocolli, procedure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

Tabella 62 Parti con taglio cesareo su totale parti

AOU Parma	2005		2006		2007		2008	
Parti vaginali	1645	66%	1651	67%	1547	61%	1673	63%
Parti cesarei	835	34%	828	33%	978	39%	987	37%
Totale	2480	100%	2479	100%	2525	100%	2660	100%



Grafico 17 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: parti cesarei e parti vaginali, anni 2005-2008

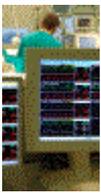


Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

Per quel che riguarda un altro indicatore della qualità dell'assistenza ospedaliera, ovvero la mortalità intraospedaliera per interventi chirurgici a basso rischio, dalla tabella 63 si evidenzia, nel corso degli ultimi tre anni, un incremento della casistica, per quanto numericamente poco significativa, (complessivamente 8 casi nel 2008 contro i 4 dell'anno precedente). Dai dati riportati si deduce comunque che l'intervento chirurgico con il maggior tasso di mortalità intraospedaliera, tra gli interventi considerati, è la colecistectomia, dato questo supportato anche dal dato medio regionale. Occorre comunque osservare che, pur essendo considerati a basso rischio di mortalità, gli interventi presi in esame sono spesso in associazione ad interventi multipli e di elevata complessità; difatti per 4 dei 5 casi deceduti a seguito di intervento di colecistectomia, in associazione a quest'ultimo, erano indicati interventi chirurgici principali particolarmente complessi, quali: lobectomia del polmone, epatectomia, surrenetomia monolaterale, colostomia permanente.

Tabella 63 Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio, anni 2006-2008

		2006		2007		2008	
		AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER
Mortalità intraospedaliera	Numeratore	3	48	4	44	8	48
	Denominatore	1.097	23.099	1.121	24.140	1.102	24.400
	Indicatore	0,273	0,208	0,357	0,182	0,726	0,197
Isterectomia	Numeratore	.	3	1	5	1	1
	Denominatore	173	3.823	135	3.691	175	3.507
	Indicatore	.	0,078	0,741	0,135	0,571	0,029
Laminectomia	Numeratore	.	1	.	.	.	.
	Denominatore	185	3.541	241	3.284	234	3.311
	Indicatore	.	0,028	.	.	.	.
Colecistectomia	Numeratore	3	35	3	32	5	32
	Denominatore	423	5.714	487	6.135	410	5.939
	Indicatore	0,709	0,613	0,616	0,522	1,220	0,539
Prostatectomia	Numeratore	.	.	.	.	.	.
	Denominatore	.	.	.	.	.	.
	Indicatore	.	.	.	.	.	.
Sostituzione anca	Numeratore	.	4	.	2	2	9
	Denominatore	243	5.216	189	5.414	202	5.521
	Indicatore	.	0,077	.	0,037	0,990	0,163
Sostituzione ginocchio	Numeratore	.	5	.	5	.	6
	Denominatore	73	4.812	69	5.626	81	6.125
	Indicatore	.	0,104	.	0,089	.	0,098



Mortalità per infarto miocardico acuto

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

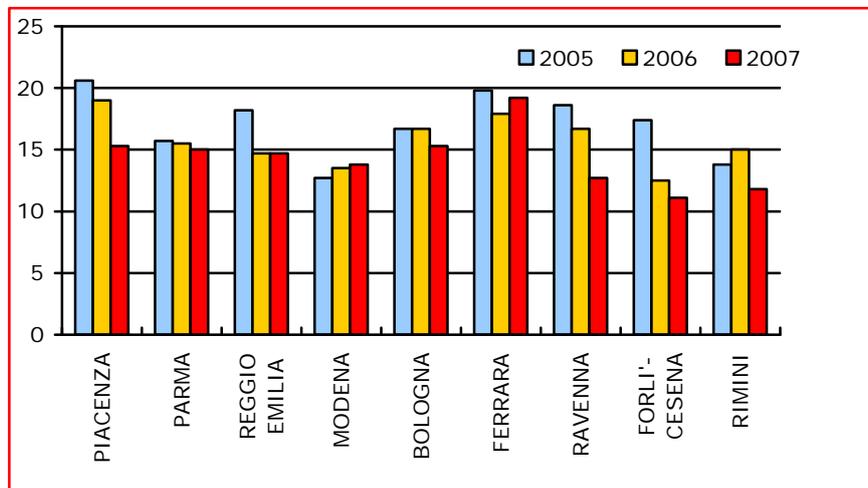
Tabella 64 Mortalità per infarto miocardico acuto

Provincia di ricovero	2005	2006	2007*
Piacenza	20,6	19	15,3
Parma	15,7	15,5	15,0
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
Forlì-Cesena	17,4	12,5	11,1
Rimini	13,8	15	11,8
Totale	16,6	15,6	14,4

Fonte: area riservata Bilancio di missione

* Ultimo dato disponibile

Grafico 18 Mortalità per IMA in Emilia-Romagna, anni 2005-2007





2.4 Ricerca e didattica

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, così come le altre aziende policlinico della Regione, assume un ruolo di governo fondamentale per il Servizio Sanitario Regionale, in quanto struttura di riferimento per le attività di assistenza, didattica e ricerca. Al pari dell'attività di assistenza, le due funzioni di ricerca e didattica sono ormai consolidate a livello istituzionale, anche nell'ambito di forme durature di collaborazione tra Azienda e Università. In questa parte del documento si cerca di illustrare gli aspetti più rilevanti delle attività di ricerca e didattica, con l'obiettivo di evidenziarne gli elementi salienti.

Attività di ricerca

La struttura Ricerca e Innovazione è stata istituita 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, sia a favore dei professionisti direttamente coinvolti nell'attività di ricerca, sia a sostegno del Collegio di Direzione nell'espletamento della propria funzione propositiva e consultiva, sia relativamente al processo di adozione di tecnologie innovative che nella realizzazione di programmi volti al miglioramento dei processi assistenziali. La presenza di questa struttura, e la realizzazione di un unico Comitato Etico dell'Ospedale, dell'Università e dell'Azienda USL, ha permesso, fin dal 2007, di avviare un processo volto a rilevare e rendicontare l'attività di ricerca (biomedica, clinica e organizzativa) svolta, sia a fini conoscitivi che di programmazione.

Difatti l'attività di ricerca rappresenta una priorità per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in quanto gran parte dei progetti realizzati sono parte integrante del processo di cura e sono anche strumento di formazione continua. Relativamente al 2008, i dati disponibili consentono di delineare un quadro forse ancora incompleto, ma rappresentativo, della intensa e pregnante attività di ricerca dei professionisti; di seguito verranno brevemente presentati alcuni dati complessivi, rimandando per un maggior dettaglio delle attività di ricerca (progetti in corso nel 2008) al capitolo 6 *Governo della ricerca e innovazione* del presente volume.

La rilevazione è stata realizzata retrospettivamente, attingendo le informazioni dai documenti ufficiali di assegnazione di fondi (delibere regionali, ministeriali, convenzioni, eccetera) e dal Comitato Etico Unico della provincia di Parma (progetti per i quali è stato espresso parere favorevole), potrebbe risultare sottostimata. Per il 2009, 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 tutte le Aziende sanitarie della regione.

Sono stati avviati nel 2008 complessivamente 183 progetti di ricerca, nella metà dei quali, approssimativamente, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento.

Tabella 1 Numero progetti avviati nel 2008

Numero totale progetti	183
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	90

Nelle tabelle seguenti vengono brevemente presentati i contributi, in termini di progetti di ricerca attivati nel 2008, per Unità Operativa (sia reparti a Direzione universitaria che ospedaliera). Per una maggiore comprensione, sono stati distinti in base allo sponsor in progetti con finanziamenti pubblici (Ministero, Regione Emilia-Romagna, Unione Europea, eccetera), privati (Aziende farmaceutiche, Fondazioni bancarie, eccetera) o spontanei, cioè studi ideati e condotti dai professionisti dell'AOU-Parma al fine di migliorare la pratica clinica, per i quali non è disponibile una copertura economica 'esterna'. Le tabelle comprendono due tipologie di progetti, quelli in cui l'UO è centro di coordinamento e quelli in cui è unità partecipante.

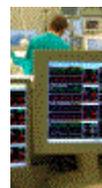


Tabella 2 Progetti avviati nel 2008 con unità operative con funzione di coordinamento

Sede di svolgimento come unità di coordinamento	Numero Progetti	di cui		
		Fondi Pubblici	Fondi Privati	Spontanei
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	10	0	0	10
Nefrologia	8	1	1	6
Clinica e Terapia Medica	6	2	0	4
Malattie Infettive ed Epatologia	5	0	1	4
Oncologia Medica	5	2	2	1
Pneumologia	5	0	1	4
Ematologia e Ctmo	4	1	2	1
Gastroenterologia	3	1	0	2
Ricambio e Diabetologia	3	1	1	1
1° Anestesia, Rianimazione	3	0	1	2
Cardiologia	3	0	3	0
Maxillo - Facciale	3	3	0	0
Radiologia	3	1	1	1
Urologia	2	0	1	1
Oculistica	2	0	1	1
Neurologia	2	1	0	1
Ostetricia e Ginecologia	2	0	2	0
Clinica Pediatrica	2	0	0	2
Lungodegenza Critica	2	1	1	0
Genetica Medica	1	0	0	1
Tossicologia Industriale	1	1	0	0
Dermatologia	1	0	1	0
Metaboliche Vascolari	1	0	1	0
Reumatologia	1	0	1	0
Clinica Pneumologica	1	0	1	0
Odontostomatologia	1	0	0	1
Psichiatria	1	0	0	1
Neuroradiologia	1	0	0	1
Centro Cefalee	1	0	0	1
Neonatologia	1	1	0	0
Virologia	1	1	0	0
Diagnostica Ematochimica	1	1	0	0
Diagnosi Infezioni Prenatali, Connatali e Perinatali	1	1	0	0
Direzione Sanitaria	1	1	0	0
Ricerca e Innovazione	1	1	0	0
Settore Formazione	1	1	0	0
Totale	90	22	22	46

Tabella 3 Progetti avviati nel 2008 con unità operative con funzione di unità partecipante

Sede di svolgimento come unità partecipante	Numero progetti	di cui		
		Fondi Pubblici	Fondi Privati	Spontanei
Oncologia Medica	26	4	22	0
Cardiologia	11	5	6	0
Ematologia e CTMO	9	5	4	0
Malattie Infettive ed Epatologia	9	6	1	2
Clinica Pediatrica	8	2	5	1
Nefrologia	7	3	3	1
Clinica e Terapia Medica	4	3	1	0
Pneumologia	3	0	3	0
Anatomia e Istologia Patologica	3	3	0	0
Angiologico Coagulativo	2	0	2	0



Sede di svolgimento come unità partecipante	Numero progetti	di cui		
		Fondi Pubblici	Fondi Privati	Spontanei
Hub Emofilia	2	0	2	0
Clinica Ortopedica	2	1	1	0
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	2	1	1	0
Oculistica	2	1	1	0
Neurologia	2	0	1	1
Psichiatria	2	0	2	0
Pediatria e Oncoematologia	2	1	1	0
Medicina Riabilitativa	2	2	0	0
Clinica Immunologia Medica	1	1	0	0
Genetica Medica	1	1	0	0
Tossicologia Industriale	1	1	0	0
Dermatologia	1	0	1	0
Metaboliche Vascolari	1	1	0	0
Gastroenterologia	1	0	1	0
Ricambio e Diabetologia	1	0	1	0
Pronto Soccorso e Medicina Urgenza	1	1	0	0
1° Anestesia, Rianimazione	1	1	0	0
Semeiotica Medica	1	1	0	0
Clinica Pneumologica	1	0	0	1
Fisiopatologia Respiratoria	1	0	1	0
Cardiochirurgia	1	1	0	0
Clinica Chirurgica, Trapianti D'organo	1	1	0	0
Ortopedia	1	0	1	0
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	1	1	0	0
Maxillo - Facciale	1	1	0	0
Odontostomatologia	1	1	0	0
Neuroradiologia	1	1	0	0
Ostetricia e Ginecologia	1	0	1	0
Clinica Geriatrica	1	0	1	0
Geriatrics	1	1	0	0
Totale	120	51	63	6

Note: Ad ogni progetto possono partecipare più Unità Operative

I finanziamenti

Uno dei primi problemi che lo sperimentatore si trova ad affrontare nell'organizzazione di uno studio è il reperimento dei fondi. Studi di grande interesse rischiano di non essere realizzati, a volte perché i professionisti non riescono a reperire il finanziamento (mediamente solo il 10% dei progetti sottoposti a bando viene finanziato) o sono in difficoltà nella predisposizione della documentazione richiesta dai bandi. Nella tabella seguente, viene riportata la fonte di finanziamento dei progetti avviati nel 2008; si rileva che solo il 30% dei progetti sono realizzati su "commissione", cioè su richiesta di uno sponsor (in prevalenza industria farmaceutica), mentre la maggior parte dei progetti sono ideati e condotti come attività istituzionale.

Tabella 4 Progetti avviati nel 2008 per tipologia di finanziamento

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (studi spontanei)	51	28%
Bandi Regione Emilia-Romagna	33	18%
Fondazioni, Istituti di ricerca, Società scientifiche	23	13%
Bandi Ministero della Salute	9	5%
Università	6	3%
Unione Europea	3	2%
Totale progetti a sponsor no profit	125	68%
Sponsor profit	58	32%



Le pubblicazioni

Numerose sono le pubblicazioni realizzate negli ultimi anni dai professionisti dell'Azienda e i lavori scientifici tuttora in corso di pubblicazione. Nella tabella seguente è riportato il numero totale delle pubblicazioni effettuate negli ultimi due anni ed 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 2008, un trend in incremento del numero di pubblicazioni ma non 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.

Tabella 5 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2007 e 2008

Anno	N° pubblicazioni	Impact Factor grezzo	Impact Factor grezzo medio	Impact Factor normalizzato (IFn)	IFn per professionista
2007	294	731,89	2,49	928,32	1.15
2008	319	684,55	2,15	914,42	1.13

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 seguente sono riportate le 10 aree di ricerca con il maggior numero di pubblicazioni realizzate nel 2008, selezionate utilizzando le "subject categories" della banca dati ISI Web of Knowledge.

Tabella 6 Principali aree per numero di pubblicazioni su riviste recensite e con IF

Area	N. pubblicazioni	% sul totale
Cardiologia e apparato cardiovascolare	38	12%
Oncologia medica	32	10%
Neurologia clinica	28	9%
Endocrinologia e metabolismo	21	7%
Radiologia, medicina nucleare e per immagini	21	7%
Gastroenterologia ed epatologia	15	5%
Ematologia	15	5%
Medicina Generale e Interna	13	4%
Chirurgia	7	2%
Immunologia	7	2%

Nella tabella seguente viene riepilogata la produzione scientifica dei Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in termini di numero di pubblicazioni censite da ISI, di Impact Factor grezzo/medio/normalizzato, e di numero medio di pubblicazioni ogni 10 professionisti.

Tabella 7 AOU di Parma - Produzione scientifica per Dipartimento, confronto anni 2007-2008

Dipartimenti	Pubblicazioni censite ISI		Impact Factor						Numero medio pubblicazioni ogni 10 professionisti	
	2008	2007	Grezzo		Medio		Normalizzato		2008	2007
			2008	2007	2008	2007	2008	2007		
Emergenza-Urgenza	7	3	10,51	2,72	1,50	0,91	16,48	6,40	1	0
Cardio-polmonare	42	41	50,75	129,48	1,21	3,16	81,36	133,28	6	6
Chirurgico	41	45	57,69	59,15	1,41	1,31	83,72	111,68	4	4
Testa-Collo	29	27	46,05	36,23	1,59	1,34	105,30	85,48	7	7



Dipartimenti	Pubblicazioni censite ISI		Impact Factor						Numero medio pubblicazioni ogni 10 professionisti	
			Grezzo		Medio		Normalizzato			
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Neuroscienze	34	46	62,99	92,05	1,85	2,00	92,62	131,84	8	11
Geriatrico-Riabilitativo	19	10	39,29	13,04	2,07	1,30	46,34	20,48	5	3
Materno-Infantile	32	33	43,80	91,63	1,37	2,78	75,28	103,36	4	5
Medico Polispécialistico 1	73	73	169,99	228,20	2,33	3,13	213,60	256,02	8	7
Medico Polispécialistico 2	36	28	104,93	79,42	2,84	2,84	128,80	92,60	6	6
Radiologia e Diagnostica per Immagine	30	27	39,24	45,98	1,31	1,70	45,60	54,60	8	7
Patologia e Medicina di Laboratorio	60	49	179,05	94,10	2,98	1,92	193,46	129,20	8	7
Totale	319	294	684,55	731,89	2,15	2,49	914,42	928,32	4	4

In conclusione, si riportano i primi 20 lavori pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2008; la selezione è stata realizzata in base all'IF assegnato, che nel caso di lavori con più autori viene ripartito secondo la seguente modalità: agli autori in prima, seconda o ultima posizione viene attribuito il valore pieno dell'IF, alle altre posizioni viene conferito il 40% dei valori. Ai collaboratori (partecipanti che non figurano singolarmente tra gli autori, ma sono componenti di gruppi citati tra gli autori) viene attribuita una quota pari al 20%. Le lettere ottengono un IF ridotto del 50%. Nell'elenco sono stati evidenziati gli autori afferenti all'AOU di Parma. Si evidenzia la pubblicazione di importanti lavori scientifici relativi a problematiche cliniche con notevole impatto assistenziale, tutti ideati e realizzati dai professionisti del nostro ospedale con fondi pubblici.

Tabella 8 Primi 20 lavori scientifici scelti in base al valore dell'IF assegnato, pubblicati nel 2008

1. Lippi, G, **Franchini, M**, Targher, G (2008) *Rivaroxaban for Thromboprophylaxis* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (lettere) 359(20): 2174-2174 **IF=52.589 IF assegnato=26.29**
2. Lassen, MR, Ageno, W, Borris, LC, Lieberman, JR, Rosencher, N, Bandel, TJ, Misselwitz, F, Turpie, AF RECORD3 Investigators (**Fanelli, G**) (2008) *Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 358(26): 2776-2786 **IF=52.589 IF assegnato=20.03**
3. **Musolino, A, Naldi, N**, Bortesi, B, Pezzuolo, D, Capelletti, M, **Missale, G**, Laccabue, D, **Zerbini, A, Camisa, R**, Bisagni, G, **Neri, TM, Ardizzoni, A** (2008) *Immunoglobulin G fragment C receptor polymorphisms and clinical efficacy of trastuzumab-based therapy in patients with HER-2/neu-positive metastatic breast cancer* JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY 26(11): 1789-1796 **IF=15.484 IF assegnato=15.48**
4. **Vaglio, A; Corradi, D**; Maestri, R; Callegari, S; **Buzio, C**; Salvarani, C (2008) *Pericarditis heralding Erdheim-Chester disease* CIRCULATION 118(14): E511-E512 **IF=12.755 IF assegnato=12.75**
5. **Zerbini, A, Pilli, M, Boni, C, Fiscaro, P, Penna, A**, Di Vincenzo, P, **Giuberti, T, Orlandini, A, Raffa, G, Pollicino, T, Raimondo, G, Ferrari, C, Missale, G** (2008) *The characteristics of the cell-mediated immune response identify different profiles of occult hepatitis B virus infection* GASTROENTEROLOGY 134(5): 1470-1481 **IF=11.673 IF assegnato=11.67**
6. **Ferrari, C** (2008) Therapeutic vaccination for hepatitis C: Can protective T-cell responses be restored after prolonged antigen exposure? GASTROENTEROLOGY 134(5): 1601-1604 **IF=11.673 IF assegnato=11.67**
7. **Franchini, M**, Lippi, G (2008) *Acquired factor VIII inhibitors* BLOOD 112(2): 250-255 **IF=10.896 IF assegnato=10.89**
8. Martinelli, I, **Franchini, M**, Mannucci, PM (2008) *How I treat rare venous thromboses* BLOOD 112(13): 4818-4823 **IF=10.896 IF assegnato= 10.89**
9. Lunghi, P; **Giuliani, N**; Mazzerà, L; Lombardi, G; Ricca, M; **Corradi, A**; Cantoni, AM; Salvatore, L; Riccioni, R; Costanzo, A; Testa, U; Levrero, M; **Rizzoli, V; Bonati, A** (2008) *Targeting MEK/MAPK signal transduction module potentiates ATO-induced apoptosis in multiple myeloma cells through multiple signaling pathways* BLOOD 112(6): 2450-2462 **IF=10.896 IF assegnato=10.89**



10. **Maggio, M, Ceda, GP**, Basaria, S, Valenti, G, Ferrucci, L (2008) *Dehydroepiandrosterone sulfate has not been substantiated as an anabolic hormone - In reply* ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE 168(13): 1470-1470 **IF=8.391 IF assegnato=8.39**
11. **Cademartiri, F, Maffei, E**, Mollet, NR (2008) *Is dual-source CT coronary angiography ready for the real world?* EUROPEAN HEART JOURNAL 29(6): 701-703 **IF=7.924 IF assegnato=7.92**
12. Gatta, L, **Di Mario, F**, Zullo, A, Vaira, D (2008) *Errors in a Meta-analysis of Treatments for Helicobacter pylori Infection* ANNALS OF INTERNAL MEDICINE (lettere) 149(9): 686-686 **IF=15.516 IF assegnato=7.75**
13. **Giuliani, N**, Lisignoli, G, Colla, S, Lazzaretti, M, Storti, P, **Mancini, C, Bonomini, S**, Manferdini, C, Codeluppi, K, Facchini, A, **Rizzoli, V** (2008) *CC-chemokine ligand 20/macrophage inflammatory protein-3 alpha and CC-chemokine receptor 6 are overexpressed in myeloma microenvironment related to osteolytic bone lesions* CANCER RESEARCH 68(16): 6840-6850 **IF=7.672 IF assegnato=7.67**
14. **Urbani, S**, Amadei, B, Tola, D, Pedrazzi, G, **Sacchelli, L**, Cavallo, MC, **Orlandini, A, Missale, G, Ferrari, C** (2008) *Restoration of HCV-specific T cell functions by PD-1/PD-L1 blockade in HCV infection: Effect of viremia levels and antiviral treatment (vol 48, pg 548, 2008)* JOURNAL OF HEPATOLOGY 49(3): 483-483 **IF=6.642 IF assegnato=6.64**
15. Adami, A, Rossato, G, Cerini, R, Thijs, VN, Pozzi-Mucelli, R, Anzola, GP, Del Sette, M, Finocchi, C, Meneghetti, G, **Zanferrari, C** (2008) *Right-to-left shunt does not increase white matter lesion load in migraine with aura patients* NEUROLOGY 71(2): 101-107 **IF=6.014 IF assegnato=6.01**
16. **Lauretani, F**; Bandinelli, S; Griswold, ME; **Maggio, M**; Semba, R; Guralnik, JM; Ferrucci, L (2008) *Longitudinal changes in BMD and bone geometry in a population-based study* JOURNAL OF BONE AND MINERAL RESEARCH 23(3): 400-408 **IF=6.004 IF assegnato=6.00**
17. **Viani, I**, Vottero, A, Tassi, F, Cremonini, G, Sartori, C, **Bernasconi, S, Ferrari, B, Ghizzoni, L** (2008) *Ghrelin inhibits steroid biosynthesis by cultured granulosa-lutein cells* JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM 93(4): 1476-1481 **IF=5.49 IF assegnato=5.49**
18. **Pizzi, S, Azzoni, C**, Tamburini, E, Bottarelli, L, **Campanini, N, D'Adda, T**, Fellegara, G, Luong, TV, Pasquali, C, **Camisa, R, Rossi, G**, Delle Fave, G, **Bordi, C, Rindi, G** (2008) *APC alteration in digestive endocrine tumors: correlation with nuclear translocation of β -catenin and chromosomal instability* Endocr Relat Cancer 15(): 1013-1024 **IF=5.193 IF assegnato=5.19**
19. **Franchini, M**, Peyvandi, F, Mannucci, PM (2008) *The Genetic Basis of Coronary Artery Disease: From Candidate Genes to Whole Genome Analysis* TRENDS IN CARDIOVASCULAR MEDICINE 18(5): 157-162 **IF=5.129 IF assegnato=5.12**
20. Pipitone, N; Ghinoi, A; Versari, A; **Vaglio, A**; Palmisano, A; Salvarani, C (2008) *Chronic periaortitis* CIRCULATION 118(11): 1214-1216 **IF=12.755 IF assegnato=5.10**

Attività didattica

La rilevanza dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia della nostra città mette in evidenza la capacità dell'Ateneo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di fungere da polo di attrazione, anche in ragione dell'integrazione di didattica e ricerca, con la consolidata funzione di assistenza.

In particolare, si rimarca che l'offerta relativa ai Corsi di laurea a ciclo unico (Medicina e chirurgia e Odontoiatria e protesi dentaria) attrae studenti da fuori regione in misura del 47,9%. Analogo fenomeno si registra anche per le lauree triennali: esse, con una popolazione di 1.857 studenti, contano ben 875 frequentanti provenienti da altre regioni, pari al 46,6%, che scelgono la nostra città e la nostra Università come sede per un investimento formativo, con evidenti implicati risvolti che impattano sul contesto territoriale, economico e sociale della nostra città e provincia.

Si precisa che i dati riprodotti in questa sezione del volume sono stati rilevati dall'Ateneo di Parma in aprile 2009, tenendo conto delle procedure di iscrizione a tale data.



Tabella 9 Iscrizioni alla Facoltà di Medicina, anno accademico 2008-2009

Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale generale
	Residenti a Parma	Residenti in Emilia Romagna	Residenti extra regione	
Lauree triennali	496	486	875	1.857
Lauree specialistiche	60	36	88	184
Lauree a ciclo unico	538	284	755	1.577
Totale	1094	806	1718	3.618

Il dettaglio analitico dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia consente di comprendere la complessità della funzione di didattica, articolata per quanto concerne le lauree a ciclo unico nei due Corsi di Medicina e chirurgia e Odontoiatria e protesi dentaria, della durata, rispettivamente, di sei e cinque anni.

Tabella 10 Iscrizioni a Medicina e Chirurgia (Corso di laurea a ciclo unico), a.a. 2008-2009

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti 6° anno	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti
Medicina e Chirurgia	221	212	187	170	147	161	146	242	1.486

Tabella 11 Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (Corso di laurea a ciclo unico) a.a. 2008-2009

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti
Odontoiatria e protesi dentaria	20	12	12	19	17	7	4	91

Il dettaglio che segue riporta la fotografia dell'ampio ventaglio di proposte formative per le professioni sanitarie con dieci corsi di durata triennale e un corso di laurea specialistica (tabella successiva).

Tabella 12 Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree triennali), a.a. 2008-2009

Corso di studio Laurea triennale	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti FC	Iscritti ripetenti	Totale iscritti
Fisioterapia (abilitante alla professione sanitaria di fisioterapista)	40	34	26	1	9	111
Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di infermiere)	202	169	122	20	76	594
Logopedia (abilitante alla professione sanitaria di logopedista)	8	7	8	0	0	23
Ortottica e ass. Oftal. (abilitante alla professione sanitaria di ortottista e ass. di oftal.)	10	8	13	0	0	31
Ostetricia (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica)	29	16	22	1	8	76
Tecniche di radiologia med. per immagini e radioterapia	23	19	14	3	9	69
Tecniche prev. amb. e luoghi lav. (abil. prof. san. tecn. prev. amb. e luoghi lav.)	25	23	13	4	12	77
Tecniche audiometriche (abilitante alla professione sanitaria di audiometrista)	10	4	5	2	1	22
Tecniche audioprotesiche (abilitante alla professione sanitaria di audioprotesista)	7	6	6	0	1	20
Tecniche di laboratorio biomedico (abilitante alla professione sanitaria di tecnico di lab. biomedico)	16	18	8	1	5	48
Totale generale	370	304	237	32	121	1.071



Tabella 13 Iscrizioni ai corsi di studio per le professioni sanitarie (lauree specialistiche) a.a. 2008-2009

Corsi di studio	1° anno	2° anno	3° anno	FC	ripetenti	Totale iscritti
Scienze infermieristiche e ostetriche	20	25	0	2	0	47

La Facoltà di Medicina e Chirurgia ha attivato anche altri 3 Corsi di laurea, di cui uno triennale (Scienze delle attività motorie) e due specialistici (Scienze e tecniche delle attività motorie, preventive e adattive e Biotecnologie per la salute). Di questi corsi non si presentano, in questa sezione, i dati analitici e descrittivi relativi agli studenti iscritti in quanto appartengono all'area scientifica della Facoltà e non a quella sanitaria.

Tabella 14 Scuole di specializzazione e iscritti, a.a. 2008-2009

	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
1	Allergologia ed immunologia clinica		1	1	2
2	Anatomia patologica	3	3	1	4
3	Anestesia e rianimazione	11	14	8	22
4	Biochimica clinica	4	4	13	17
5	Cardiochirurgia			2	2
6	Malattie dell'apparato cardiovascolare	8	8	5	13
7	Chirurgia generale	10	15	8	23
8	Chirurgia maxillo-facciale	5	6	4	10
9	Chirurgia plastica e ricostruttiva	3	3	1	4
10	Chirurgia toracica	1	1	1	2
11	Chirurgia vascolare	2	3	0	3
12	Dermatologia e venerologia	2	2	1	3
13	Ematologia	1	1	1	2
14	Emergenza-Urgenza*	0	0		
15	Endocrinologia e malattie del ricambio	1	1	1	2
16	Gastroenterologia	0	0	6	6
17	Geriatria	3	6	1	7
18	Ginecologia e ostetricia	4	4	6	10
19	Idrologia medica**	3	3	17	20
20	Igiene e medicina preventiva	2	2	0	2
21	Malattie dell'apparato respiratorio	2	2	4	6
22	Malattie infettive	0	0	2	2
23	Medicina del lavoro	2	2	8	10
24	Medicina fisica e riabilitazione	3	3	2	5
25	Medicina interna	9	9	10	19
26	Medicina legale	2	2	2	4
27	Microbiologia e virologia	1	1	5	6
28	Nefrologia	4	4	4	8
29	Neurologia	5	5	4	9
30	Neuropsichiatria infantile	0	0	6	6
31	Oftalmologia	0	2	2	4
32	Oncologia	3	3	8	11
33	Ortopedia e traumatologia	5	5	5	10
34	Otorinolaringoiatria	3	3	1	4
35	Pediatria	15	18	10	28



	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
36	Psichiatria	7	8	2	10
7	Radiodiagnostica	10	10	11	21
38	Radioterapia	0	0	0	0
39	Scienze dell'alimentazione	1	1	7	8
40	Urologia	3	3	0	3
	Totale iscritti	138	158	170	328

Nota: i dati riprodotti in questa sezione del volume sono stati rilevati in aprile 2009, tenendo conto delle procedure di iscrizione a tale data e, pertanto, presentano scostamenti rispetto ai dati contenuti nel capitolo 1. I dati non comprendono gli iscritti al secondo anno in quanto non disponibili al momento della rilevazione in seguito dell'avvenuta contrattualizzazione.

* La Scuola in Emergenza-Urgenza è di nuova istituzione

** La Scuola di Idrologia medica non è una scuola attiva ad ordinamento CEE e/o per esigenze del SSN

L'offerta formativa post-laurea della Facoltà si struttura anche in master universitari, di I e II livello, con un numero complessivo di 45 iscritti.

Tabella 15 Master attivati di I e II livello a.a. 2008-2009

Titolo Master	Livello	Iscritti
Management per le Funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie	I	30
Implantologia	II	2
Laser in odontostomatologia	II	10
Ortodonzia intercettiva	II	3

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 proposta formativa con tre nuovi corsi a partire dal 2008 a fronte di 2 corsi che non sono stati rinnovati, che, complessivamente, hanno contribuito ad incrementare lievemente il numero dei dottorandi.

Tabella 16 Dottorati attivi area medica, anno 2008

Dottorati area medica attivi nell'anno 2008 con numero dottorandi al 1.01.2008	Ciclo				Totale
	XX	XXI	XXII	XXIII	
Biologia e patologia molecolare*	1	3	2	6	12
Chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata e fisiopatologia dell'apparato digerente	0	0	0	2	2
Diagnostica per immagini avanzata toracica (cardiopulmonare)	0	0	4	4	8
Fisiopatologia dell'insufficienza renale	0	3	3	3	9
Fisiopatologia e genetica delle malattie osteometaboliche	0	1	2	0	3
Fisiopatologia epato-digestiva	0	3	3	0	6
Fisiopatologia respiratoria sperimentale	0	1	4	3	8
Fisiopatologia sistemica**	4	2	3	4	13
Gastro-endocrinologia pediatrica	0	4	3	3	10
Malattie osteometaboliche e disordini del metabolismo idroelettrolitico e acido-base	0	0	0	3	3
Microbiologia e virologia	2	1	1	2	6
Neuroscienze	3	3	4	4	14
Nuove tecniche e tecnologie in chirurgia epato-biliopancreatica avanzata	0	2	0	0	2
Nuove tecniche e tecnologie (open, videoassistite, robotiche) in chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata	0	0	2	0	2
Scienze della prevenzione	0	4	4	4	12
Scienze ostetriche e ginecologiche	3	3	3	3	12
Totale	13	30	38	41	122

* Dipartimento proponente: Medicina sperimentale

** Dipartimento proponente: Biologia evolutiva e funzionale

2. Profilo aziendale



2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2008 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale (delibera n. 221 del 22.11.2006) ed eventuali delibere integrative ed è dettagliato come segue.

Si consideri che ai fini della definizione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2008, come unità in servizio a tale data.

Per l'indicazione della disciplina ministeriale si è optato per il codice di riferimento dell'attività di ricovero, ove disponibile, o per quello che identifica l'attività prevalente.

DIPARTIMENTO		CARDIO-POLMONARE																
Direzione Dipartimento		Universitario																
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	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	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale amministrativo e tecnico 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 universitario	Contrattisti	Borsisti	
Cardiologia	007	Unità operativa	Universitario	10	0	10	0	3	3	0	54	3	0	18	1	2		
Cardiologia	008	Unità operativa	Dirigente del SSR	19	0	19	0	1	1	0	63	1	0	19	1	0	3	
Clinica Pneumologica	068	Unità operativa	Universitario	1	0	1	0	3	3	0	14	0	1	5	0	1		
Fisiopatologia Respiratoria	049	Unità operativa		6	0	6	0	1	1	0	27	1	0	16	2	0	2	
Pneumologia ed Endoscopia Toracica	068	Unità operativa	Dirigente del SSR	7	0	7	0	1	1	0	18	1	0	6	2	0		
Semeiotica Medica	026	Unità operativa	Universitario	1	0	1	0	7	7	0	11	1	0	7	1	1		
Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico B	026	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico A *	026	Struttura semplice dipartimentale		0	0	0	0	1	1	0	14	0	0	9	0	2		
Funzionalità Polmonare	068	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		
Day Hospital Pneumologico	002	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1	0	1	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0		
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche	008	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1	0	1	0	0	0	0	20	0	0	6	0	0	1	

* Struttura disattivata nel corso del 2008

DIPARTIMENTO		CHIRURGICO	
Direzione Dipartimento		Universitario	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	121	Unità operativa	Universitario
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	012	Unità operativa	Dirigente del SSR
Chirurgia Toracica	013	Unità operativa	Universitario
Chirurgia Vascolare	014	Unità operativa	Universitario
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	009	Unità operativa	Universitario
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	009	Unità operativa	Universitario
Clinica Ortopedica	036	Unità operativa	Universitario
Ortopedia	036	Unità operativa	Universitario
Urologia	043	Unità operativa	Dirigente del SSR
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico		Unità operativa	Direttore del Dipartimento
Attività Comuni Ortopedie		Unità operativa	Direttore del Dipartimento
Day Surgery	098	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR
Posti Letto Ordinari			
Posti Letto DH			
Posti Letto LD			
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale			
Dirigenti medici SSR tempo determinato			
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo			
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale			
Dirigenti medici universitari			
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo			
Dirigenti sanitari non medici universitari			
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale			
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato			
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale			
Personale amministrativo e tecnico universitario			
Contrattisti			
Borsisti			



2. Profilo aziendale



DIPARTIMENTO		MEDICO POLISPECIALISTICO 1																	
Direzione Dipartimento		Universitario																	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:										Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto LD				
Clinica e Immunologia Medica	026	Unità operativa	1	0	1	0	6	6	1	37	4	2	18	2	0	2			
Clinica e Terapia Medica	026	Unità operativa	0	0	0	10	9	1	17	4	4	8	3	5	2				
Dermatologia	052	Unità operativa	0	0	0	4	3	0	7	0	0	2	0	1	4	1			
Ematologia e C.T.M.O.	018	Unità operativa	2	0	2	0	5	5	0	19	2	4	0	0	3				
Endocrinologia	026	Unità operativa	0	0	0	4	3	0	0	1	0	0	0	0	2				
Genetica Medica	105	Unità operativa	2	0	2	2	2	0	5	1	0	1	0	0	2				
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	025	Unità operativa	0	0	0	4	4	1	0	0	0	0	0	0					
Nefrologia	029 e 048	Unità operativa	4	0	4	0	4	1	35	0	2	20	0	3	3				
Oncologia Medica	064	Unità operativa	12	0	12	4	0	0	31	2	0	15	0	0	10	1			
Radioterapia	070	Unità operativa	4	0	4	0	0	0	21	0	0	2	0	0					
Trapianti di Midollo Osseo e Cellule Staminali Emopoietiche	018	Struttura semplice dipartimentale	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0					

2. Profilo aziendale



DIPARTIMENTO		TESTA COLLO																						
Direzione Dipartimento		Universitario																						
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Maxillo-Facciale	010	Unità operativa	Universitario	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3				
				Ocullistica	034	Unità operativa	Universitario	4	0	3	0	7	5	0	7	5	0	4	0	3	0	7		
				Odontostomatologia	035	Unità operativa	Universitario	1	0	0	0	7	4	0	7	4	0	1	0	0	4	0	2	
				Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria	038	Unità operativa	Universitario	1	0	0	0	5	5	0	5	5	0	1	0	4	5	0	1	
				Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità operativa	Direttore del Dipartimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	5	0	0	
				Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria	038	Unità operativa	Direttore del Dipartimento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	
				Otorinolaringoiatria	038	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
								Posti Letto LD						14	1									
								Posti Letto DH						14	6									
								Posti Letto Ordinari						11										
				Borsisti																				
				Contrattisti																				
				Personale amministrativo e tecnico universitario																				
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato																								
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti sanitari non medici universitari																								
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici universitari																								
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici SSR tempo determinato																								
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Posti Letto LD																								
Posti Letto DH																								
Posti Letto Ordinari																								
Borsisti																								
Contrattisti																								
Personale amministrativo e tecnico universitario																								
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato																								
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti sanitari non medici universitari																								
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici universitari																								
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici SSR tempo determinato																								
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Posti Letto LD																								
Posti Letto DH																								
Posti Letto Ordinari																								
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	Anatomia e Istologia Patologica	003	Unità operativa	Universitario	4	1	4	0	5	4	15	2	5	0	31	11					
				Diagnostica Ematochimica	100	Unità operativa	Universitario	5	0	5	7	0	0	0	0	65	5	0	31	0	2			
				Immunopatologia e Trasfusionale	102	Unità operativa	Dirigente del SSR	7	0	7	4	0	0	0	0	30	1	0	7	0	0			
				Microbiologia	101	Unità operativa	Universitario	2	0	2	5	2	2	3	26	4	1	13	0	0				
				Viologia	101	Unità operativa	Universitario	1	0	1	2	2	2	3	0	0	1	0	0					
				Diagnostica Istocitopatologica nella Prevenzione Tumorale*		Struttura semplice dipartimentale	Universitario																	
				Tecniche Speciali in Anatomia Patologica*	003	Struttura semplice dipartimentale	Universitario																	
								Posti Letto LD																
								Posti Letto DH																
								Posti Letto Ordinari																
				Borsisti																				
				Contrattisti																				
				Personale amministrativo e tecnico universitario																				
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato																								
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti sanitari non medici universitari																								
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici universitari																								
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici SSR tempo determinato																								
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Posti Letto LD																								
Posti Letto DH																								
Posti Letto Ordinari																								
Borsisti																								
Contrattisti																								
Personale amministrativo e tecnico universitario																								
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato																								
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato																								
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti sanitari non medici universitari																								
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici universitari																								
Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo																								
Dirigenti medici SSR tempo determinato																								
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale																								
Posti Letto LD																								
Posti Letto DH																								
Posti Letto Ordinari																								

*Strutture attivate nel corso del 2008

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

Direzioni Dipartimenti		Dirigente del SSR		Riepilogo Personale															
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura:	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	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Medicina Nucleare	061	Unità operativa	Dirigente del SSR	3	1	3	1	0	0	0	13	1	0	0	3	0	0	0	0
Radiologia	069	Unità operativa	Dirigente del SSR	27	0	27	0	0	0	0	55	3	0	0	23	0	0	4	2
Scienze Radiologiche	069	Unità operativa		4	0	4	0	2	1	0	17	0	0	0	11	1	1		
Radiologia di Emergenza e Urgenza	069	Struttura semplice dipartimentale		0	0	0	0	0	0	0	27	5	0	0	6	0	0		
Radiologia Pediatrica	069	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0		
Posti Letto Ordinari																			
Posti Letto DH																			
Posti Letto LD																			

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

*Posti letto di lungodegenza assegnati a diverse unità operative



2. Profilo aziendale



2. Profilo aziendale

3

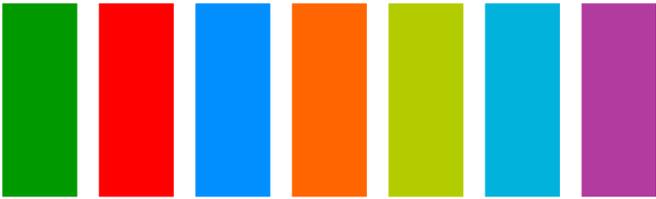
Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

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

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

miglioramento
qualità
rilevazione
formazione
Innovazione
Azienda USL di Parma sistema
Area Vasta integrazione e collaborazione
Comitato di Indirizzo rischio
Collegio di Direzione gestione farmaci
screening
CTSS paziente
Obiettivi Percorsi







Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

I principi che ispirano l'organizzazione di questo capitolo del volume, ovvero la partecipazione dei cittadini, l'universalità e l'equità di accesso alle cure, la centralità della persona, così come aspetti importanti della qualità dei servizi, propongono una visione unitaria del mondo della sanità.

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

3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria

Il Bilancio di missione 2007 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria poneva in evidenza il ruolo degli enti locali nella programmazione sanitaria provinciale che si era strutturato attraverso il Piano Attuativo Locale 2005-2007. Già il PAL 2005-2007 si presentava come uno strumento innovativo che cambiava il modo di pensare, organizzare e fare sanità nel contesto provinciale, disegnava 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 rappresentava 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 avevano 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 2005-2007 ha coinvolto 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 stato 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.

L'esperienza del PAL 2005-2007 ha significato per molti altri aspetti una profonda svolta nei processi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria del territorio della provincia di Parma. Per la prima volta, in termini così complessivi e articolati, i temi della sanità pubblica e della sua organizzazione, dei diritti e dei livelli assistenziali, sono divenuti oggetto di progettazione condivisa con esplicitazione di programmi, obiettivi ed interventi. In estrema sintesi, gli obiettivi del PAL trasferiti nel Piano delle azioni 2005-2007 delle Aziende sanitarie e sottoposti a monitoraggio, nelle tre aree di riferimento sono stati: 26 di Area Territoriale (13 dell'Ausl e 13 comuni tra Ausl e AOU), 42 di Area Ospedaliera (3 dell'Ausl, 24 dell'AOU e 15 comuni) e 34 di Area Integrazione socio-sanitaria (23 dell'Ausl, 1 dell'AOU e 10 comuni).

Nel novembre 2008, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha definito l'"Atto di Indirizzo e coordinamento per la programmazione territoriale 2009-2011 per la salute ed il benessere della comunità". In tale documento vengono richiamati il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna, il Profilo di Comunità e il PAL 2005-2007, quali fonti di riferimento per la costruzione del nuovo PAL 2009-2011. La finalità è quella di contribuire, come comunità locale, alla crescita del welfare regionale e sperimentare sul campo modalità di traduzione dei contenuti indicati nelle fonti in programmi operativi. L'Atto di Indirizzo si propone di individuare quali sono i problemi prioritari, quali indirizzi e linee strategiche sono da attivare, verso quali risultati occorre orientare la programmazione.

Le priorità strategiche si consolidano attorno a due direttrici: i bisogni di salute (che devono essere rappresentati al fine di effettuare una programmazione triennale) e le criticità di sistema (ovvero le difficoltà a rispondere in termini di efficienza ed efficacia ai bisogni di salute).

Il principale punto di forza del PAL è dato dal coinvolgimento dei territori e delle forze sociali, nonché di tanti operatori. A partire dall'Atto di Indirizzo si sono messi al lavoro 29 gruppi suddivisi in quattro macro-aree (l'accessibilità ai servizi, la continuità assistenziale, lo sviluppo tecnologico, l'integrazione innanzitutto tra sociale e sanitario), ossia 186 professionisti dell'Ausl, 95 professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, 51 rappresentanti delle istituzioni, delle organizzazioni e delle



associazioni della comunità, il gruppo tecnico di coordinamento del PAL. Il PAL ha attivato dunque un patrimonio di risorse umane, tecniche e professionali di primo ordine, al lavoro non solo per realizzare le prestazioni attese, ma anche per concorrere allo sviluppo del sistema per il quale operano.

La programmazione si fonda su due scelte strategiche:

- equità ovvero accessibilità ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, territoriali ed ospedalieri) e garanzia di continuità assistenziale (ospedale territorio e viceversa);
- qualità delle cure (livelli di intervento adeguati e di eccellenza in ambito sanitario, socio sanitario e sociale) che trovano riscontro nello sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale e nella disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia.

Proprio a partire dalla declinazione dei valori-guida (equità e qualità delle cure) vengono tracciate le quattro aree di riferimento per lo sviluppo della programmazione del PAL 2009-2011:

- l'accessibilità ai servizi,
- la continuità assistenziale,
- lo sviluppo tecnologico,
- le risorse professionali.

L'Atto di Indirizzo ha delineato le diverse tipologie di programmi che costituiscono lo schema di riferimento per la costruzione del nuovo PAL 2009-2011:

- a. Programmi di completamento ed innovativi (programmi da attivare sulla base dei risultati del monitoraggio PAL 2005-2007, ossia programmi già attivati che richiedono riprogettazione oppure programmi che emergono dalla partecipazione, dalle proposte aziendali, dal Piano sociale e sanitario, dal Profilo di Comunità), fra questi l'Atto richiama:
 1. sviluppo, consolidamento e strutturazione delle reti cliniche territoriali all'interno delle Cure primarie;
 2. sviluppo della presa in carico delle patologie croniche sul territorio (cronic-caremode);
 3. governo tempi di attesa della Specialistica ambulatoriale;
 4. favorire uniformità e completezza della presa in carico del bisogno di salute nell'area della Salute mentale e delle Dipendenze;
 5. sviluppo programmi multidisciplinari per situazioni di fragilità specifica: disagio adolescenziale, nuove dipendenze, disturbi del comportamento alimentare, eccetera;
 6. diagnosi precoce delle malattie tumorali;
 7. presa in carico del paziente oncologico;
 8. sviluppo dei programmi di Sicurezza sul lavoro, Sicurezza stradale e Sicurezza alimentare;
 9. miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi delle reti cliniche ospedaliere e dell'Ospedale-territorio;
 10. Programma sangue;
 11. Programma riabilitazione e Lungodegenze;
 12. Percorso nascita;
 13. rete integrata provinciale per le esigenze di Emergenza Urgenza;
 14. presa in carico di pazienti cronici e/o ad elevata necessità assistenziale.
- b. Programmi speciali (corrispondenti alle priorità strategiche individuate):
 - l'accessibilità ai servizi,
 - la continuità assistenziale,
 - lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale,
 - lo sviluppo tecnologico.

Il lavoro dei professionisti che partecipano ai 29 gruppi ha avuto inizio alla fine del 2008 e solo nei primi mesi del 2009 ha portato ad una prima definizione delle priorità e degli obiettivi da inserire nel Piano Attuativo Locale 2009-2011 per la provincia di Parma, sulla base di una metodologia che è stata pensata come espressione di democrazia partecipativa.



3.2 Universalità ed equità di accesso

Governo delle liste di attesa

Programmazione dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie.

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

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

In relazione a questa programmazione nel corso del 2008 si è data continuità alle azioni di potenziamento e si è arrivati ad una strutturazione dell'offerta che ha consentito di rispondere in maniera adeguata alla domanda della popolazione.

In particolare il sistema provinciale si è qualificato per una maggiore disponibilità di prestazioni di diagnostica strumentale. I potenziamenti principali hanno riguardato la RM e l'attivazione della TC-PET. I tempi di attesa risultano all'interno degli standard definiti da Regione e Ministero. Permane una criticità sulla visita oculistica che sarà oggetto di programmazione mirata a partire dal 2009.

Al fine di mettere in atto azioni strutturali e ipotesi di potenziamento contingenti (in caso di criticità), le Aziende hanno avviato un percorso per la riformulazione del Programma dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale integrato con il Piano di contenimento dei tempi di attesa. Tale programmazione (avviata nel 2008) trova una sua coerenza con le Linee di indirizzo del Piano Attuativo Locale 2009-2011.

Le attività di programmazione avviate riguardano:

- o Analisi del contesto provinciale con particolare attenzione all'andamento della produzione, dei consumi, della mobilità e dei tempi di attesa.
- o Adeguamento del programma di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle azioni di governo integrato dell'offerta, della domanda, con la definizione dei fabbisogni in termini di produzione aziendale e distrettuale anche ai fini dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private.
- o Adeguamento del piano provinciale dei tempi di attesa con particolare riferimento ai piani di produzione, in un'ottica di sviluppo complessivo del sistema.

Valutazione dei tempi di attesa per i ricoveri e formulazione di un piano di contenimento

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per l'anno 2008, in osservanza delle indicazioni contenute nel "Piano regionale sul contenimento delle liste di attesa" n. 1532 del 6.11.2006, ha individuato delle strategie per migliorare l'accesso nelle aree considerate prioritarie dal Piano (area oncologica, geriatrica e cardiovascolare) e per ricondurre i tempi di attesa nel range degli standard regionali.

La Direzione Sanitaria in collaborazione con i clinici, attraverso l'analisi congiunta della documentazione clinica, ha identificato alcuni determinanti dello scostamento dall'obiettivo regionale, principalmente ascrivibili ad interventi in pazienti con tumore del colon-retto e con tumore dell'utero e per pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica. L'analisi ha evidenziato in alcuni casi un non corretto inserimento in lista d'attesa, in quanto l'esecuzione di procedure terapeutiche preliminari all'intervento chirurgico programmato (chemio e radio-terapie) avveniva dopo l'inserimento del paziente in lista d'attesa.

Tra gli interventi correttivi adottati, l'attivazione di ambulatori di Day Service Dipartimentali ha permesso di dirottare quella parte di attività destinata alla esecuzione di procedure e indagini preliminari all'interno



di un percorso ambulatoriale "programmato", che consente il corretto inserimento del paziente in lista. Inoltre, è stato adeguato il programma di informatizzazione delle liste d'attesa per alcune unità operative che non vi avevano ancora aderito, ciò ha permesso di ovviare al problema dei tempi d'attesa in caso di procedure in cui l'intervento viene differito per ragioni di completamento dell'iter diagnostico-terapeutico. Nell'ambito del progetto SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa), è stata effettuata la revisione della procedura di inserimento dei pazienti in lista di attesa per il ricovero programmato e dei relativi codici di gravità sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione (comunicazione prot. n. 300572 del 26.11.2007) che ha individuato come riferimento la classificazione in quattro classi prevista dall'Accordo Stato – Regioni 11 luglio 2002. Tale revisione si è resa necessaria anche in funzione del fatto che, a partire dal 1 gennaio 2008, è stato inserito un campo aggiuntivo al flusso informativo regionale SDO relativo alle classi di priorità adottate per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa.

Progetto SOLE

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso del 2008 il progetto SOLE ha raggiunto un elevato grado di diffusione sul territorio provinciale. I medici di medicina generale (MMG) collegati al 31.12.2008 sono risultati 240 pari all'83% del totale con un volume complessivo di 45.000 prescrizioni informatizzate mensili.

La realizzazione del Progetto SOLE nelle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma è proseguita con l'attivazione di ulteriori medici di MMG e Pediatri di Libera Scelta, con il consolidamento dei servizi disponibili e la creazione di nuovi servizi.

Le principali attività di gestione del progetto da parte dell'Azienda USL di Parma hanno riguardato l'erogazione di corsi di ripresa formativa per i MMG di Sole aventi ad oggetto le funzionalità di cartella clinica, le funzionalità di SOLE e l'uso del catalogo delle prestazioni SOLE. Inoltre sono stati formati gli operatori CUP dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda la gestione della prenotazione CUP in SOLE sono state completate le attività di sviluppo, test e collaudo delle funzionalità sul software per consentire l'attivazione delle prenotazioni anche presso le farmacie.

Per tutto l'anno è continuato l'adeguamento del catalogo aziendale a quello regionale SOLE in coordinamento tra le due Aziende. Tale attività è stata estesa anche alla gestione delle codifiche delle prestazioni refertate dal laboratorio analisi. In particolare è stato realizzato il ritorno dei referti di laboratorio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e gli Ospedali di Fidenza e Borgo Taro dell'Azienda USL.

Inoltre è stato attivato il passaggio dei referti ai medici MMG da parte delle radiologie dell'Ospedale di Fidenza, del Poliambulatorio Pintor di Parma. Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è ancora in fase di completamento l'attività di sviluppo dell'integrazione del gestionale. La trasmissione dei referti di specialistica ambulatoriale in concomitanza con l'attuazione del *"Piano aziendale per il superamento della modulistica prescrittiva interna e per l'informatizzazione degli ambulatori (in applicazione della D.G.R. 2002/2007)"*, ha previsto l'informatizzazione di circa il 90% degli ambulatori di specialistica dell'Azienda USL.

Nel corso dell'anno sono stati testati e collaudati altri servizi SOLE tra i quali la trasmissione del referto di Pronto Soccorso presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Si segnala che, in collaborazione con le Direzioni dei Dipartimenti di Cure Primarie, sono stati individuati i nominativi dei 15 MMG (5%) per la sperimentazione in SOLE della gestione informatizzata del percorso integrato del diabete.

Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel giugno 2008 con la D.G.R. 374/2008 sono intervenute alcune modifiche inerenti l'assistenza odontoiatrica, sia nelle categorie di vulnerabilità sociale, che sanitaria, infatti, è stata prevista la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche, nello specifico:

- Per quanto attiene i vulnerabili sociali, si è passati da un limite massimo di 15.500 ISEE ad un massimo di 22.500 ISEE.
- Per quanto attiene i vulnerabili sanitari è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune delle categorie e si è previsto un percorso di certificazione, attraverso le commissioni invalidi, delle gravi disabilità psico-fisiche (VS12).



Nella seconda metà del 2008 si è pertanto proceduto a diffondere all'utenza i cambiamenti intervenuti ed alla costituzione di un percorso di certificazione della grave disabilità psico-fisica (VS12) da parte delle commissioni invalidi.

Inoltre l'Azienda USL ha proceduto, come richiesto dal competente Servizio regionale Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Regionali, alla stesura del Programma di Assistenza Odontoiatrica in coerenza con quanto stabilito dalla D.G.R. 374/2008.

Al 31.12.2008 la situazione complessiva relativa alle certificazioni prodotte è la seguente:

- il numero di certificazioni per Vulnerabilità Sanitaria 12 rilasciate dalla commissione invalidi dal 4 giugno 2008 al 31 dicembre 2008, indipendentemente dalla conferma INPS, relative a soggetti valutati per la prima volta dalla Commissione è di 103;
- il numero di certificazioni per Vulnerabilità Sanitaria 12 rilasciate dalla commissione invalidi a soggetti valutati in epoca antecedente l'obbligatorietà di rilascio del certificato che comprova il diritto alla assistenza odontoiatrica, e che, in epoca successiva, ne hanno fatto richiesta in riferimento alla data del 31 dicembre 2008 è di 2.

Per quanto attiene le rimanenti categorie di vulnerabili sanitari rimangono in essere i percorsi di ricerca proattiva rivolti a diverse categorie (tossicodipendenti, psicotici, bambini affetti da patologie oncoematologiche, emofilici eccetera).

La citata delibera regionale 2008 ha introdotto una nuova categoria di vulnerabili sanitari: i pazienti oncoematologici sottoposti a trattamenti con bifosfonati ad alte dosi per via endovenosa.

Tali pazienti hanno un elevato rischio che si manifestino osteonecrosi delle ossa mascellari in seguito ad infezioni del cavo orale o a terapie odontoiatriche, pertanto, si è proceduto con l'attivazione di un percorso di prevenzione che rimane la strategia più indicata ed efficace.

Al paziente in trattamento (che possiede una esenzione 048 'Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto') l'oncologo rilascia una lettera di invio allo specialista odontoiatra richiedendo nel contempo una consulenza per valutare la situazione di salute orale prima di iniziare il trattamento con bifosfonati. Grazie alla collaborazione tra l'oncologo e l'odontoiatra viene formulato un piano di trattamento funzionale a prevenire le complicanze. Al momento in cui viene programmato il trattamento chemioterapico e nei pazienti già in terapia ma asintomatici sono garantiti i trattamenti odontoiatrici di bonifica del cavo orale, le cure conservative e protesiche, inoltre, vengono fornite adeguate istruzioni di igiene orale. Qualora insorga la complicanza di necrosi del mascellare, i pazienti vengono sottoposti tempestivamente alle cure adeguate alla situazione individuale.

Inoltre, nel corso del 2008, le Aziende hanno promosso e realizzato le attività preliminari di preparazione del materiale didattico e/o informativo relativo alle campagne di prevenzione previste nel Programma di assistenza odontoiatrica che saranno attivate a far tempo dal primo semestre 2009, nello specifico:

- la prima campagna di prevenzione è rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia;
- la seconda campagna riguarda i bambini delle scuole primarie.

L'Azienda USL ha altresì proceduto a redigere un nuovo regolamento che formalizza e rende omogenee, nei diversi ambiti territoriali, le modalità di rateizzazione del costo dei manufatti per coloro che appartengono alle categorie ISEE 2-5.

Una delle innovazioni apportate dalla D.G.R. 374/2008 è rappresentata dall'utilizzo del flusso relativo alla attività specialistica ambulatoriale (ASA) per il monitoraggio della attività in sostituzione dei questionari somministrati alle Aziende sanitarie nel periodo di sperimentazione ed introduzione della delibera 2678/2004.

Si riportano di seguito i dati relativi agli assistiti nel corso dell'anno 2008 per entrambe le Aziende:

Tabella 1 Tipologia e volumi di attività erogata

Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Ospedaliere-Universitaria	Totale
Conservativa	3.820	616	269	1301	1.017	7.023
Ortodonzia	56	104	N.E.	N.E.	269	429
Protesica	763	210	70	635	124	1.802
Solo visite	5.046	1.462	299	1087	2.971	10.865
totale	9.685	2.392	638	3.023	4.381	20.119



Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Ospedaliero-Universitaria	Totale
Solo urgenze	873	35	10	22	2.174	3.114
Altre prestazioni programma	826	262	153	427	1.886	3.553
Totale complessivo	11.384	2.689	801	3.472	8.441	26.786

Tabella 2 Numero di vulnerabili sociali assistiti nel 2008

Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Ospedaliero-Universitaria	Totale
ISEE 1 reddito \leq 8.000	1325	246	66	374	273	2284
ISEE2 > 8.000 e \leq 12.500	376	123	42	156	79	776
ISEE3 > 12.500 e \leq 15.000	138	33	18	66	40	295
ISEE 4 > 15.000 e \leq 20.000	48	10	5	14	27	104
ISEE 5 > 20.001 e \leq 22.500	28	7	1	2	861	899
Totale	1.915	419	132	612	1.280	4.358

Tabella 3 Numero di vulnerabili sanitari assistiti nel 2008

Anno 2008	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Ospedaliero-Universitaria	Totale
Vulnerabilità Sanitaria	204	85	20	226	843	1.378

Tabella 4 Numero di manufatti protesici erogati

Anno 2008	Tipologia Materiale	N° utenti	N° manufatti a carico dell'assistito	N° manufatti a carico del SSR-EE.LL.
PROTESI FISSA	Protesi fissa in lega preziosa	84	80	61
	Protesi fissa in lega NON preziosa	175	145	481
PROTESI MOBILE		553	366	446
Totale		812	591	988

Tabella 5 Numero di manufatti ortodontici erogati

Classe IOTN V	Classe IOTN IV	ALTRO (traumi)	N° totale manufatti
129	19	29	177

Programmi di screening

Un programma organizzato di screening è un'attività di sanità pubblica che, partendo dall'offerta di un test efficace di facile esecuzione, prosegue, attraverso un percorso preferenziale, con gli eventuali approfondimenti, la terapia chirurgica e il follow-up; il suo presupposto fondamentale è la partecipazione della popolazione interessata. Occorre quindi predisporre un'azione sinergica di tutti i soggetti interessati, sia in campo sanitario che sociale, all'interno del territorio di competenza.

Nel corso dell'ultimo triennio, il filone principale della programmazione ha interessato:

- il miglioramento del sistema informativo a supporto della gestione delle chiamate e della valutazione di qualità;
- il miglioramento dell'adesione complessiva ai programmi;
- la condivisione di percorsi integrati di II e III livello tra Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- l'estensione dell'offerta anche alla popolazione domiciliata.

All'interno del gruppo di lavoro istituito per l'elaborazione del PAL 2009/2011 è stato dato particolare risalto alla necessità di una integrazione organizzativa di sistema, per aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, offrendo un unico progetto di prevenzione oncologica a livello provinciale. È stata inoltre



considerata la necessità di migliorare l'incisività dell'informazione, anche attraverso nuove strategie di coinvolgimento rivolte a gruppi svantaggiati (stranieri).

Dal punto di vista organizzativo, oltre al mantenimento dell'adesione complessiva ai tre programmi di screening, sono stati rispettati i tempi di invio e gli standard richiesti per i debiti informativi nazionali e regionali ed è continuato il rapporto di collaborazione con il Registro Tumori della Provincia Parma.

Nell'ambito dei tre programmi di screening oncologici della provincia di Parma, ovvero screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa, ai primi due programmi, attraverso il contratto di fornitura per prestazioni di II livello e attraverso una convenzione diretta con l'Azienda USL, per gli esami istologici del Pap Test. Per quanto riguarda invece lo screening colo-rettale, l'AOU è direttamente coinvolta mediante la partecipazione integrata con l'Azienda USL e con un coordinamento unico delle due Aziende sanitarie della provincia di Parma.

Screening dei tumori del colon-retto

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

Il programma è stato attivato nel 2005 e pertanto nel corso del 2009 si concluderà il secondo round di invito alla popolazione obiettivo dello screening.

Dalla tabella 6 si può notare come l'adesione allo screening da parte della popolazione bersaglio della provincia di Parma negli anni scorsi è sempre stata alta, superiore alla media regionale, proseguita anche nel corso del 2008.

Tabella 6 Avanzamento del programma di screening e percentuale di adesione

	% avanzamento del programma*			% adesione all'invito**		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
PARMA	54,7	132,2	48,4	43,7	52,6	52,0
TOTALE REGIONE	61,4	124,1	92,8	46,2	48,4	47,6

* % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

** % persone esaminate / persone invitate;

Fonte - Servizio Sanità Pubblica (dati survey Osservatorio Nazionale Screening)

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più persone rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Nel 2008 nell'ambito del programma provinciale di screening colo-rettale sono state invitate ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 76.080 persone: il 49,7% l'ha effettivamente eseguito, aderendo al programma e di questi il 5,3% è risultato positivo. Dei soggetti con sangue occulto positivo, il 51% ha effettuato approfondimenti mediante un esame di II livello (colonscopia).

Il 68% di tutte le colonscopie eseguite nel 2008 per lo screening, sono state effettuate all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tabella 7 Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2008 al 31.12.2008, valori assoluti

2008	Totale
Popolazione contattata	76.080
Popolazione arruolata	37.803
Sangue occulto positivi	2.001
Colonscopie eseguite	1.024
Adenomi rilevati in totale	415
Adenomi ad alto rischio	223
Adenomi a basso rischio	189
Carcinomi	50
Di cui adenomi cancerizzati	11

Fonte - Database interni AOU-AUSL di Parma - dati provvisori



Tabella 8: Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2008 al 31.12.2008, valori percentuali

2008	%
Adesione allo screening	49,69
Test screening positivo su popolazione esaminata	5,29
Colonscopie eseguite su sangue occulto positivo	51,17
Adenomi su sangue occulto positivo	20,74
Carcinomi su sangue occulto positivo	2,50
Carcinomi sulla popolazione esaminata	0,13

Fonte - Database interni AOU-AUSL di Parma - dati provvisori

Esaminando i risultati dello screening colo-rettale fino ad ora ottenuti, si evidenzia come, fra il 2005, anno di inizio dello stesso, e il 2008 siano state individuate 172 persone portatrici di adenocarcinoma invasivo (compresi i precocissimi adenomi cancerizzati o polipi cancerizzati). Inoltre, dall'inizio del programma, sono stati diagnosticati adenomi o polipi avanzati in 1.474 persone, successivamente sottoposte a trattamento e/o follow-up.

Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che, annualmente, circa 250 mila decessi in Europa e più di 2-5 milioni in tutto il mondo sono correlati a problemi di peso. Le attuali abitudini alimentari, tipiche delle società industrializzate, che hanno sostituito le diete tradizionali, ricche in vegetali, si sono accompagnate ad un forte aumento delle patologie cronico-degenerative, prima di tutto l'obesità, a cui sono collegate diabete, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, che a loro volta, sono alla base dell'aterosclerosi e delle sue complicanze cardiovascolari (prima causa di morte nei Paesi industrializzati). Perfino nei Paesi in via di sviluppo, la prevalenza d'obesità è raddoppiata o triplicata e nel 2025 i soggetti affetti da diabete aumenteranno di più di 2,5 volte, da 84 milioni nel 1995 a 228 milioni. È stato calcolato che nel 2020 le malattie croniche saranno la causa di almeno i tre quarti di tutti i decessi nel mondo e che il 71% dei decessi sarà dovuto a cardiopatia ischemica, il 75% ad ictus e il 70% di quelli dovuti a diabete si verificherà nei Paesi in via di sviluppo (WHO 1998). Recentemente numerose ricerche hanno dimostrato che anche i tumori (seconda causa di morte nei Paesi industrializzati) sono in parte correlati all'alimentazione.

Risulta evidente la necessità d'intervenire soprattutto nella prevenzione dell'obesità, incidendo sullo stile di vita, ma anche utilizzando, quando necessario, nuove terapie farmacologiche e chirurgiche. Soltanto un intervento multifattoriale, che coinvolga numerose figure professionali, come nutrizionisti, pediatri, dietisti, infermieri, psicologi, psichiatri, fisiatristi, medici dello sport, chirurghi, ma anche il mondo della scuola e del sociale, può sperare di affrontare con successo questa "epidemia".

In questa prospettiva, nell'ottobre del 2008 si è tenuta l'Obesity Week, settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita, iniziativa nazionale di sensibilizzazione su sovrappeso e salute. Per l'occasione il Centro Obesi della Struttura Semplice Dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia dell'Azienda ha realizzato un'attività informativa ed educativa, in forma gratuita e ad accesso diretto per gli utenti.

Inoltre, il programma della settimana è stato caratterizzato da un insieme di eventi, convegni, seminari, tavole rotonde che hanno coinvolto a vario titolo, oltre all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, istituzioni locali, come Comune di Parma, Provincia di Parma, Azienda USL di Parma, Università degli Studi e Ufficio Scolastico Provinciale di Parma, Croce Rossa Italiana (CRI), la Lega per la Lotta contro i Tumori (LILT), la Scuola internazionale di Cucina Italiana (ALMA), l'Istituto Professionale Alberghiero di Salsomaggiore, singoli istituti scolastici, associazioni di volontariato, eccetera.

Nel corso del 2008, è inoltre continuata la collaborazione con il Comune di Parma, già iniziata nel 2005 con il Progetto di "Prevenzione delle malattie croniche con una corretta alimentazione", con la partecipazione di un medico dell'Azienda alla Commissione Tecnico-Scientifica dell'Assessorato alle Politiche per l'Infanzia e per la Scuola, che ha studiato ed approvato il "Menù Scuole Primarie-Secondarie 1° grado e Scuole Infanzia Abbinate" e ha realizzato il Progetto "Crescere in Armonia. Educare al Benessere" per gli anni scolastici 2008/2009, con i sottoprogetti: "Il refettorio inteso come ambiente di benessere educativo"; "Analisi Scarti a Mensa"; "La Mensa si fa bella"; "Cucine e Dispense aperte, come scegliere e cucinare"; "Lezioni di Cucina"; "Food-Bus".



Assistenza ai cittadini migranti

Il tema dell'assistenza ai cittadini migranti risulta sempre più importante per la programmazione dei servizi sanitari rivolti ad un'utenza che cambia, che presenta connotati nuovi e una consistenza sempre più cospicua; inoltre assume un rilievo peculiare con riferimento alle garanzie di universalità ed equità di accesso. È del tutto evidente, alla luce di queste minime considerazioni, l'importanza di presentare in questo documento di rendicontazione un'analisi dell'evoluzione della popolazione migrante presente nella nostra provincia, insieme ad alcune considerazioni sull'utilizzo dei servizi della nostra Azienda da parte di questa popolazione, per concludere il paragrafo con la notazione di quali sono i percorsi attivati in Azienda sul tema della mediazione culturale.

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2008 è di 425.690 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 39.147, equivalente al 9% del totale dei residenti (era l'8,1% nel 2007).

Per quanto riguarda la composizione della popolazione migrante residente, essa è costituita per la maggior parte da africani (36%), specialmente del Nord Africa (21% del totale), seguono gli europei dei paesi non comunitari (29%) e asiatici (15%).

Grafico 1a Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2008 nella Provincia di Parma -suddivisione per macroaree di provenienza

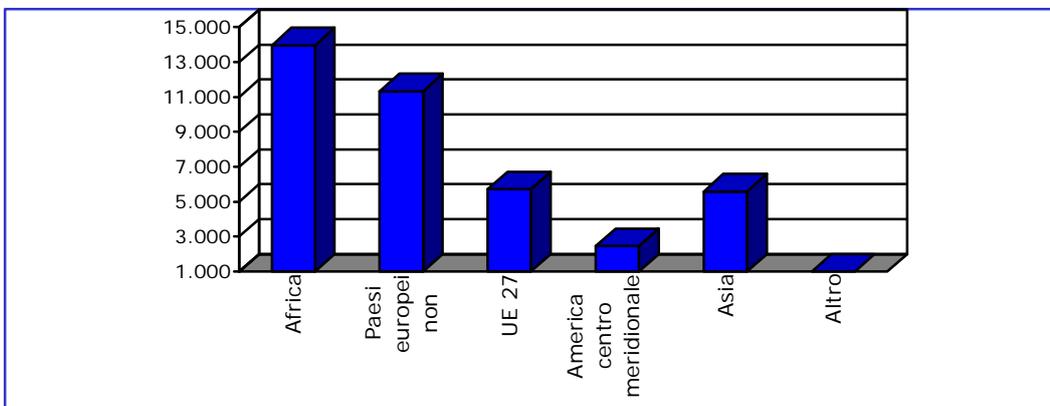
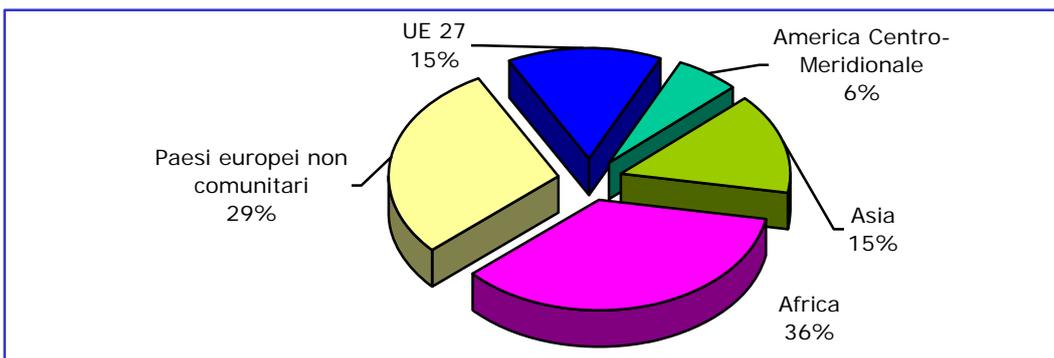


Grafico 1b Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2008 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza



Fonte: www.regione.emilia-romagna.it/statistica

Ricoveri ospedalieri

Nel 2008 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si sono avuti 4961 ricoveri di pazienti stranieri (Flusso regionale SDO), corrispondenti al 9% di tutti i ricoveri, di cui l'80% è stato effettuato in regime di ricovero ordinario e il 20% in Day Hospital. Negli ultimi due anni si è avuto un aumento di ricoveri nella popolazione straniera pari al 27% (+9% rispetto al 2007), perfettamente corrispondente a quello che è stato l'aumento della popolazione straniera nella provincia di Parma (+ 27% rispetto al 2006). 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, marocchina e tunisina, che da sole rappresentano il 43% dei ricoveri di pazienti migranti.

Grafico 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2008

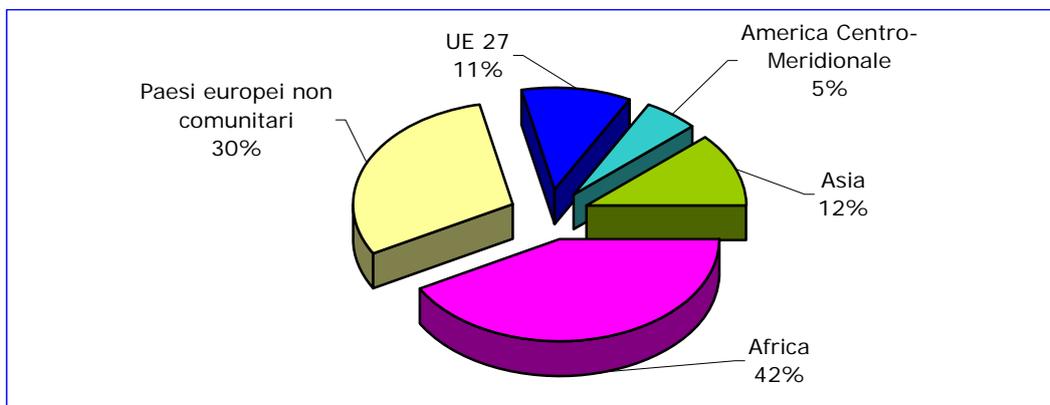


Grafico 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2008

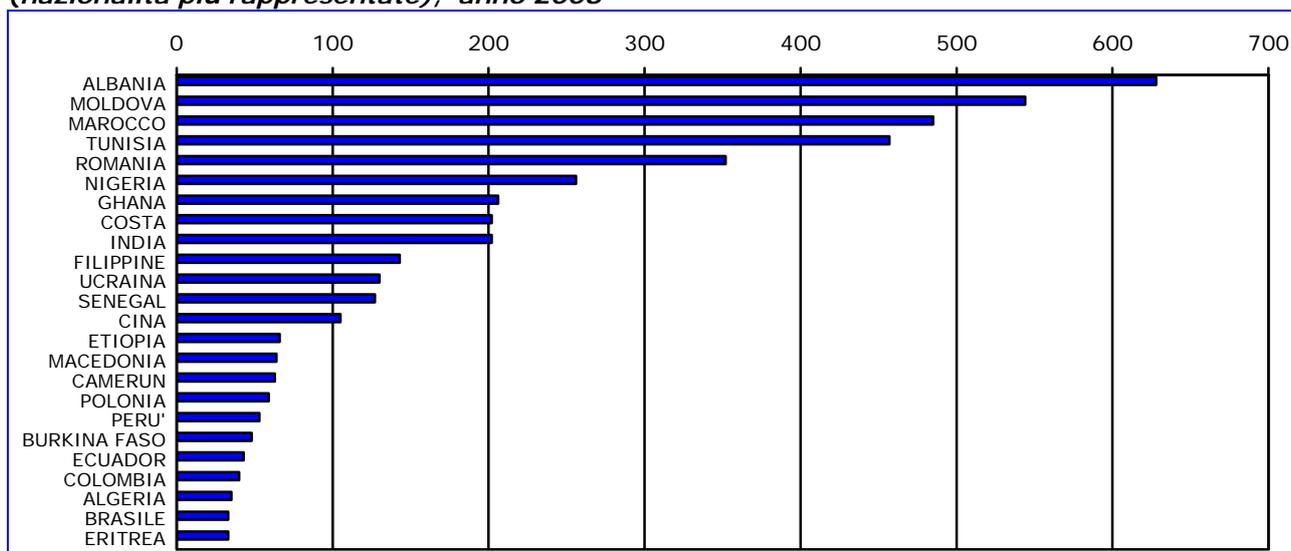


Tabella 9: Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2008

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
ALBANIA	628	12,66%	COSTA D'AVORIO	202	4,07%
MOLDOVA	544	10,97%	INDIA	202	4,07%
MAROCCO	485	9,78%	FILIPPINE	143	2,88%
TUNISIA	457	9,21%	UCRAINA	130	2,62%
ROMANIA	352	7,10%	SENEGAL	127	2,56%
NIGERIA	256	5,16%	CINA	105	2,12%
GHANA	206	4,15%	ETIOPIA	66	1,33%

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 (43,9%) e di bambini sotto i 5 anni, che costituiscono il 24,6% dei ricoveri totali di pazienti non italiani. Se si prende in considerazione la sola fascia inferiore all'anno di età, si può notare come questa da sola costituisca il 17,4% di tutti i ricoveri di pazienti con cittadinanza non italiana.

Gli africani, così come nei 2 anni precedenti, sono presenti quasi esclusivamente nelle fasce di età adulto-giovanili (fino a 50 anni), a dimostrazione di come la migrazione africana continui ad essere una migrazione di comunità giovani.



Per quanto riguarda le fasce sopra i 50 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (45%) da popolazioni provenienti dai paesi europei non comunitari, in linea con l'andamento degli anni scorsi.

Grafico 4 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per nazionalità e classe di età, anno 2008

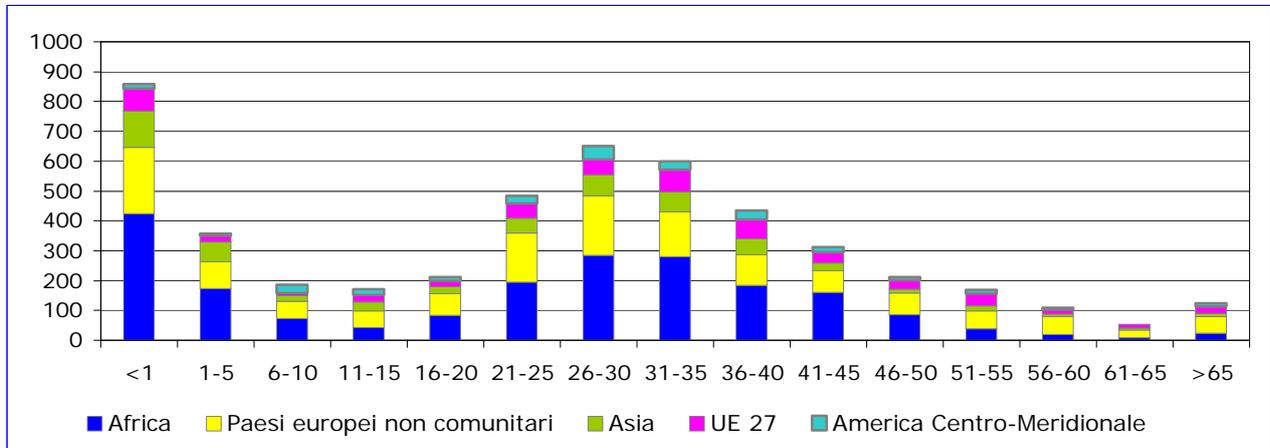
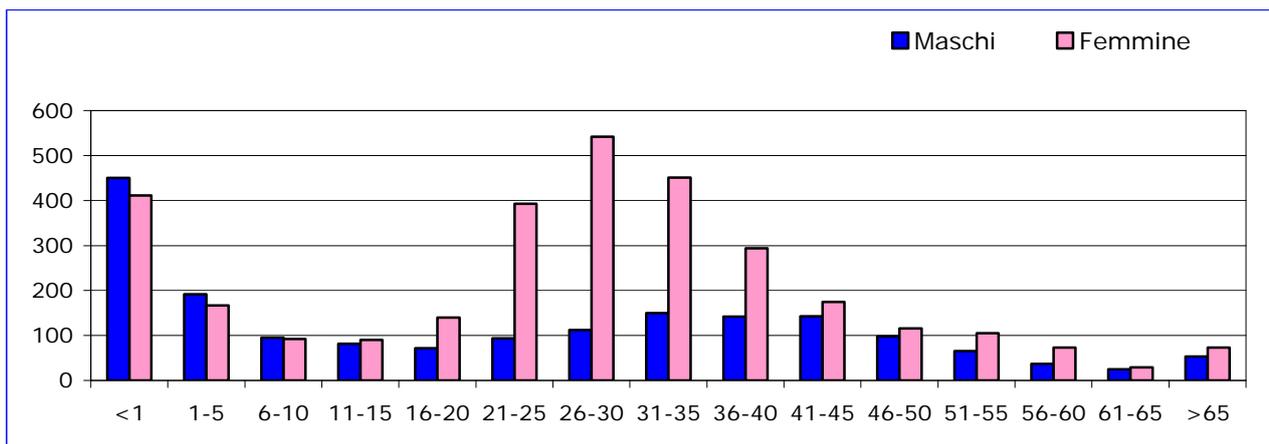


Grafico 5 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per classe di età e sesso, anno 2008



La distribuzione per sesso vede il 63,5% dei dimessi di sesso femminile e il 36,5 % di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia adulto-giovanile (21-40), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 33,9% di tutti i ricoveri.

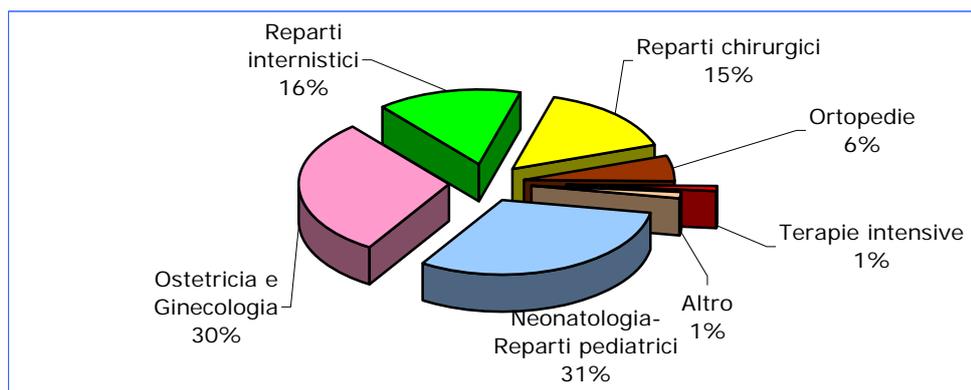
A conferma dei dati sulla prevalenza numerica dei ricoveri riguardanti i bambini e le giovani donne, si evidenzia come i reparti in cui è stato registrato il maggior numero di ricoveri nel 2008 sono quelli pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale), con il 31% di tutti i ricoveri, seguiti dall'Ostetricia e Ginecologia (30%). Nell'insieme questi reparti hanno accolto il 61% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

Tabella 10: Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per reparti di dimissione, anno 2008

Reparti di dimissione	N. casi	%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1537	30,98%
Ostetricia e Ginecologia	1495	30,14%
Reparti internistici	776	15,64%
Reparti chirurgici	748	15,08%
Ortopedie	285	5,74%
Terapie intensive	51	1,03%
Altro	69	1,39%
Totale	4961	100,00%



Grafico 6 Popolazione migrante: reparti di dimissione più frequenti, anno 2008



L'intervento di mediazione culturale all'interno della nostra Azienda ha assunto da alcuni anni una certa stabilità, facendo registrare un incremento dell'utilizzo del servizio a supporto dei reparti per le pratiche di informazione connesse all'assistenza. Nel corso del 2008, in particolare, l'intervento dei mediatori culturali ha fatto registrare un utilizzo del servizio per un totale di 412 ore, in incremento costante rispetto al 2007 (348 ore) e al 2006 (183 ore).

Relativamente all'anno in considerazione, si registra in particolare un mutamento nella domanda, indirizzata in modo più consistente verso le lingue araba e cinese (149 ore di mediazione in lingua araba e 127 ore di mediazione in lingua cinese).

La peculiarità della richiesta è probabilmente da mettere in relazione ad un incremento della popolazione straniera extracomunitaria e alle sue caratteristiche. Se è vero che i cittadini più stanziali sono i cittadini tunisini e marocchini, popolazioni nelle quali si assiste a ricongiungimenti familiari di moglie e bambini dopo anni di lavoro stabile del capofamiglia, i nuovi flussi migratori fanno registrare anche una pressante esigenza di comprensione e di comunicazione della diversa cultura legata al paese di origine.

Gli operatori stessi, da parte loro, segnalano la necessità di comunicare con il paziente e la famiglia per comprendere la persona nella sua globalità psichica, fisica, sociale e culturale. Oltre all'obbligo giuridico e medico-legale 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, i professionisti ospedalieri si devono confrontare con popolazioni, come l'araba e la cinese, di recente insediamento nel nostro territorio e che hanno maturato scarse relazioni o interazioni con il tessuto sociale e culturale della nostra città e provincia.

Allo stesso tempo, anche gli operatori apprezzano il servizio e comincia a diffondersi la percezione che il suo impiego porta ad agevolare la pratica clinica e, dunque, il lavoro e la sua organizzazione con effetti benefici anche in termini di gratificazione. In sostanza, dunque, la prestazione di mediazione culturale, nel suo utilizzo concreto nella pratica della vita ospedaliera quotidiana, esprime al meglio le sue potenzialità, aiutando ammalati e famigliari, da una parte, e operatori sanitari dall'altra, nella necessità - talvolta pressante - di comunicare reciprocamente, ma anche contribuendo all'avvicinamento e alla comprensione reciproca di culture diverse.

La lingua araba e la lingua cinese hanno fatto registrare il picco delle richieste nei reparti del Dipartimento Materno-Infantile e in Pronto Soccorso, con qualche eccezione legata al Centro Ustioni per la lingua cinese, e alla Nefrologia per la lingua araba.

Nel corso del 2008, complessivamente, il servizio di mediazione è stato utilizzato in forma considerevole anche per la comunità indiana, con 116 ore di mediazione svolta in particolare nelle aree del Materno-Infantile, in Pronto Soccorso e Rianimazione. La comunità indiana fa registrare insediamenti sparsi soprattutto nelle campagne, zone nelle quali i migranti di sesso maschile trovano occupazione nelle aziende agricole con allevamenti.

La mediazione svolta per la lingua moldava, seppur contenuta a 11 ore, indica anch'essa un bisogno particolarmente avvertito nei servizi del Materno-Infantile legati alla tutela della salute della donna, del neonato e del bambino. In modo analogo, la mediazione in lingua curda, per 9 ore, è stata richiesta in Clinica Pediatrica.



In materia di comunicazione rivolta ai cittadini migranti si segnala anche un'attività di informazione rivolta alle donne che hanno subito violenza (della quale si tratta in forma più diffusa nel capitolo 2 paragrafo *Impatto sul contesto territoriale* e nel capitolo 5). L'iniziativa ha avuto luogo in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale di Parma attraverso la diffusione di un opuscolo redatto, oltre che in lingua italiana, anche in inglese, francese, russo e arabo e diffuso nel corso del 2008. La distribuzione degli opuscoli ha fatto registrare un discreto apprezzamento soprattutto nelle sedi sul territorio della rete dell'emergenza-urgenza, e presso i Punti di Accoglienza, gli sportelli di prenotazione CUP all'interno del nostro Ospedale.

3.3 Centralità del cittadino

La capacità dell'Azienda di rapportarsi ai propri utilizzatori e di adattarsi alle loro esigenze ponendoli al centro del proprio operare è il profilo sotto il quale assumono rilevanza qualitativa le iniziative riportate in questa parte del volume e che, 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 membri eletti dalle Associazioni di tutela e volontariato e da rappresentanti dell'Azienda stessa.

Gli strumenti a disposizione del Comitato sono:

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

La collaborazione tra il Comitato Consultivo Misto e l'Azienda attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico fonda sulla strategia di ascolto come strumento metodologico per dare voce agli utenti relativamente alla percezione di questi nei confronti dei servizi sanitari fruiti. In questa ottica è stato intrapreso un percorso finalizzato a realizzare rilevazioni della qualità percepita dei servizi di ricovero e cura in Ospedale con la collaborazione diretta dei componenti del CCM che hanno somministrato i questionari ai degenti. Infatti, nel corso del 2008 sono state realizzate 4 indagini sulla qualità percepita rivolte ad altrettanti dipartimenti con il coinvolgimento complessivo di 22 unità operative e 340 pazienti intervistati e che hanno compilato il questionario. È stata realizzata una indagine specifica sulla qualità percepita del servizio di ristorazione coinvolgendo 11 unità operative di diverse specialità per un totale di 248 pazienti intervistati. A quest'ultima rilevazione il CCM ha collaborato non solo nella fase di rilevazione ma anche per quanto concerne l'elaborazione e predisposizione del questionario.

Gli impegni che hanno caratterizzato l'agenda del CCM nel 2008 sono stati molteplici, a partire dagli incontri con i responsabili aziendali per affrontare tematiche, anche socio-sanitarie, di particolare rilievo e di interesse per l'utenza. Ad esempio, sono stati effettuati diversi incontri con responsabili di unità operative e servizi su tematiche di rilevanza sia clinica che organizzativa riguardanti il percorso del paziente, come l'organizzazione del Punto Bianco, il percorso dei pazienti affetti da ictus cerebrale, le dimissioni difficili, il miglioramento del percorso per la consegna della documentazione clinica ai pazienti, eccetera.

Ulteriore importante impegno del CCM nel 2008 è stato la partecipazione ad incontri per la redazione del nuovo Piano Attuativo Locale.

Il CCM ha inoltre partecipato alla realizzazione della nuova segnaletica interna ed esterna dell'area ospedaliera (cfr. il capitolo 7 del presente volume) e all'applicazione del regolamento della viabilità interna all'area ospedaliera.

Infine, il Comitato Consultivo Misto ha valutato la reportistica aziendale annuale relativa a reclami ed elogi.



Valutazione della soddisfazione

Come anticipato nel paragrafo precedente, l'Azienda si è occupata, nel corso dell'anno 2008, della realizzazione e della diffusione delle indagini di soddisfazione rivolte all'utenza, requisito indispensabile richiesto nel processo di accreditamento delle strutture sanitarie.

L'analisi della qualità dell'assistenza sanitaria, così come intesa dall'art. 14 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, si è nel corso degli anni arricchita di significati e di visuali di analisi giungendo a valorizzare l'aspetto della qualità percepita dal lato degli utenti come colonna portante dell'intero contesto assistenziale. Il monitoraggio della soddisfazione, a livello dipartimentale, è stato realizzato nell'ambito del ricovero ospedaliero, al fine di:

- conoscere il punto di vista degli utenti sulla qualità dei Servizi, con particolare riferimento a quattro aree di percezione: personale, aspetti organizzativi, ambienti e servizi di supporto;
- utilizzare i risultati della rilevazione come uno degli indicatori, insieme ai reclami, per orientare le azioni di miglioramento;
- determinare i percorsi di miglioramento relativamente alle criticità eventualmente rilevate;
- definire lo standard di prodotto e il mix di caratteristiche che soddisfano maggiormente le aspettative dei cittadini-utenti, anche per la realizzazione e attuazione della Carta dei Servizi.

La customer satisfaction non è però un mero adempimento burocratico, bensì diventa un'occasione formidabile di "ascolto" e di miglioramento.

Indagini di rilevazione della qualità percepita effettuate in Azienda

Sono state effettuate, con l'utilizzo di un questionario predisposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, due tipologie di indagini: sul *Servizio di ristorazione* (il questionario utilizzato per questa rilevazione è stato adattato al contesto locale con il supporto del CCM) e sui *Servizi di ricovero e cura in Ospedale*. La metodologia utilizzata per entrambe le indagini ha contemplato l'individuazione di un campione significativo. Il questionario è stato somministrato a pazienti ricoverati in degenza ordinaria, da parte dei componenti del Comitato Consultivo Misto muniti di cartellino di riconoscimento, secondo l'individuazione puntiforme effettuata in una giornata dell'arco temporale preso in considerazione. Questi procedimenti si sono, ovviamente, conclusi con l'elaborazione statistica dei dati raccolti e con l'analisi interpretativa dei fenomeni evidenziatesi.

Indagine sul Servizio di ristorazione

La temporalità di analisi dell'indagine del Servizio di Ristorazione è stata trimestrale con un target di studio di 11 unità operative esemplificative delle diverse aree specialistiche e non, con l'obiettivo di indagare su diverse tipologie di pazienti e di reparti (Clinica Geriatrica, Urologia, Pneumologia e Endoscopia Toracica, Neurologia, Medicina Interna e Malattie Metaboliche e Vascolari, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo, Ortopedia, Clinica e Terapia Medica, Clinica Pediatrica, Ostetricia e Ginecologia).

Le variabili oggetto di analisi hanno censito, oltre ai dati anagrafici delle persone, anche la religione, la qualità dei pasti, la quantità del cibo, la possibilità di scelta del menu, gli orari dei pasti, la valutazione complessiva del Servizio di Ristorazione ed i suggerimenti alla Direzione per migliorare il Servizio.

Sono stati raccolti n. 248 questionari. I giudizi positivi rilevati sono oltre l'80% per qualità, possibilità di scelta e orari dei pasti, con una punta del 90% per la quantità, anche se il 40% delle risposte esprime un giudizio di sufficienza.

Dalle domande con risposte aperte sono emerse con maggiore frequenza criticità relative alla qualità del pane, alla non corrispondenza tra il menu prenotato e quello servito, alla eccessiva cottura e crudezza dei primi piatti (pasta o riso), agli orari di distribuzione dei pasti, alla mancata distribuzione di bevande calde al pomeriggio e alla sera (tea e camomilla), all'assenza di condimento nelle verdure, alla velocità con cui vengono ritirati i vassoi a fine pasto (talvolta i pazienti non avevano terminato il pasto).

Prendendo spunto dall'analisi condotta sono state evidenziate ed attuate le seguenti azioni di miglioramento relativamente al *Pane* (verificando la corrispondenza delle materie prime rispetto alle caratteristiche previste dal capitolato, compreso la garanzia per l'Azienda Ospedaliera che il prodotto abbia il confezionamento giornaliero), alle *Bevande calde (tea e camomilla)* (ripristinando la distribuzione di bevande calde in tutte le Unità Operative di degenza, al pomeriggio e alla sera), al *Condimento verdure* (inserendo nel vassoio del pasto bustine monodose di olio, aceto e sale per i pazienti senza particolari prescrizioni dietetiche), alla *Modulistica menù* (migliorando la modulistica per la prenotazione dei pasti, con caratteri di scrittura più grandi per renderla più facilmente leggibile).



Indagini sui Servizi di ricovero e cura in Ospedale

L'indagine è stata effettuata nel corso del 2008 ed ha visto censite le Unità Operative e le Strutture Semplici Dipartimentali dei Dipartimenti Chirurgico, Testa-Collo, Geriatrico-Riabilitativo e Medico Polispecialistico 2.

La struttura del questionario, elaborato - come detto - dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, si fonda su 5 macroaree principali al fine di rilevare: composizione e quadro socio-demografico del campione degli intervistati; valutazione complessiva del personale del reparto disaggregata per personale di area medica e del personale area comparto; aspetti organizzativi di ciascun reparto e dell'esperienza di ricovero vissuta; importanti aspetti assistenziali con riflessi di natura anche deontologica e medico legale quali la privacy, la terapia del dolore con attenzione particolare alla chiarezza e correttezza delle informazioni ricevute; aspetti strutturali ed organizzativi della vita di reparto quale riflesso dell'organizzazione aziendale. L'indagine è stata realizzata in due momenti diversi. Si propongono, tuttavia, di seguito alcune brevi considerazioni riassuntive delle indagini, che sono state effettuate utilizzando lo stesso strumento di rilevazione e la stessa metodologia.

Alle domande specifiche è emersa, da parte dei rispondenti al questionario, una percezione positiva della privacy, da tenere comunque sempre monitorata e da garantire anche attraverso modalità opportune di comunicazione e di relazione tra paziente e operatore. La qualità complessiva dell'assistenza offerta (personale medico e infermieristico) ha visto il 43% di "adeguati", il 32% di "molto adeguati" ed il 22% di "del tutto adeguati" per un totale di 97% di soddisfatti, con punte di gradimento anche del 100% in diverse unità operative. La terapia del dolore, che raccoglie il 98,5% di apprezzamento da parte degli intervistati, ha corretta e puntuale applicazione, variabilità minime, rilevate all'atto della somministrazione del questionario, hanno inevitabile attinenza con le particolari caratteristiche dei pazienti trattati, con la complessità degli interventi chirurgici praticati e con la soglia del dolore, nonché con le implicazioni emotive della condizione post-operatoria che ciascun soggetto vive al momento e riferisce in seguito. Gli aspetti percettivi attestano complessivamente un buon gradimento in ordine alla qualità degli ambienti e alla pulizia dei bagni, ma si evidenzia anche la necessità di analizzare le motivazioni per cui rispettivamente il 6,5% ed l'8,7% degli intervistati ha espresso parere negativo. I giudizi attinenti il vitto per la qualità e la quantità risentono anch'essi della variabilità percettiva di ciascun soggetto con la necessità di approfondire per quale ragione rispettivamente il 21,3% e l'8,5% si è dichiarato insoddisfatto. L'11,2% di "non so" in risposta alla domanda sul vitto è presumibilmente attribuibile ad utenti ricoverati da poco o sottoposti a diete particolari per motivi di salute. Sugli aspetti organizzativi delle strutture nel complesso la soddisfazione percepita è del 97,3%, chiara evidenza di una buona capacità organizzativa e relazionale di tutto il personale afferente alle singole Unità. Nel giudizio generale è comunque positiva l'esperienza di ricovero vissuta (97,8% dei soddisfatti) quale riflesso della qualità complessiva dell'assistenza offerta.

Aspetti alberghieri e servizi alla persona

La centralità del paziente è criterio guida anche in tema di gestione dei servizi non sanitari.

Pare opportuno ricordare preliminarmente che l'accoglienza dei pazienti, il miglioramento del comfort per gli utenti, l'umanizzazione degli ambienti dedicati all'assistenza sono obiettivi che sono al centro del progetto Nuovo Ospedale, che costituisce ormai una realtà per la maggior parte delle unità operative aziendali, già trasferite nelle nuove strutture.

In tema di erogazione di servizi non sanitari, l'affermazione della centralità del paziente nella quotidianità delle attività ospedaliere rappresenta in primo luogo uno dei sistemi più efficaci per presidiare la qualità degli stessi servizi. L'ascolto dei fabbisogni, delle critiche e dei suggerimenti dell'utente finale, oltre che costituire di per sé un obiettivo cruciale, rappresenta anche un insostituibile supporto per l'Azienda nella sua volontà di continuo miglioramento.

Nel corso del 2008, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha posto in essere numerose azioni mediante le quali è stata fattivamente promossa la centralità del paziente. Innanzitutto è stata potenziata la struttura aziendale dedicata alla verifica, al presidio, al miglioramento dei servizi di tipo alberghiero, le cui attività si basano sul monitoraggio di indicatori immediatamente percepibili dai pazienti durante la propria permanenza in ospedale (ad esempio, composizione del vassoio dei pasti, pulizia degli spazi comuni, eccetera). Le verifiche, condotte sulla base di check-list, hanno riguardato il rispetto dei parametri quali-quantitativi previsti dai capitolati d'appalto e sono state eseguite sulla base di un programma mensile e delle segnalazioni pervenute dai "clienti interni" (principalmente coordinatori infermieristici e tecnici) e utenti. Ad esempio, il Servizio di ristorazione, sul quale, soprattutto in una città come Parma, sono particolarmente alte le aspettative da parte dei degenti, è stato oggetto nel corso del 2008 di circa 2.500 verifiche.



L'Azienda, attraverso il Settore Alberghiero e Servizi alla Persona, ha inoltre promosso un costante e proficuo confronto con le imprese appaltatrici dei servizi alberghieri, sia contestando, in caso di verifiche dall'esito negativo, le inadempienze e non conformità, sia promuovendo incontri periodici finalizzati al miglioramento dei servizi. A tal proposito, sono state di fondamentale importanza le valutazioni, le opinioni e i suggerimenti dei pazienti e dei loro familiari, raccolte sia direttamente nel corso delle già citate verifiche, sia dal personale assistenziale, sia con le segnalazioni trasmesse dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (ad esempio modifiche di determinate pietanze).

Per il 2008, l'Azienda ha proseguito l'erogazione di un servizio particolarmente apprezzato dagli utenti, il bus navetta interno gratuito che collega i vari padiglioni dell'area ospedaliera e il principale parcheggio. È stato inoltre introdotto in servizio un nuovo mezzo dotato di pedana meccanica che facilita l'accesso a a chi ha difficoltà motorie.

Importanti iniziative sono state adottate in tema di vigilanza interna. Le principali riguardano l'implementazione di nuove modalità operative per l'attivazione della vigilanza, in modo da attuare il coinvolgimento di chiunque si trovi nell'area ospedaliera nel segnalare agli addetti al servizio (nel caso di utenti principalmente tramite il personale ospedaliero) situazioni anomale e potenzialmente critiche e quindi permettere, se del caso, un tempestivo intervento. Il flusso informativo tra addetti al servizio di vigilanza e Direzione è stato oggetto dell'attivazione di un sistema di comunicazione via web: i report sono trasmessi dagli addetti al servizio di vigilanza al Settore Alberghiero che li smista ai diversi servizi aziendali per quanto di competenza, in modo da adottare le opportune azioni correttive per una maggiore sicurezza.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Interventi sull'accessibilità

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

Nel 2008 sono stati due gli interventi significativi, il primo volto alla riduzione della permanenza non necessaria in ospedale e l'altro alla definizione di protocolli standard per la gestione del paziente in fase di pre-intervento chirurgico (con riferimento a questo secondo intervento vedi la sezione Governo delle liste di attesa nel paragrafo *Universalità ed equità di accesso* del presente capitolo).

Riduzione giornate di degenza non necessarie - Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si registrano, da alcuni anni, giornate di degenza in eccesso rispetto ai valori medi regionali. Per risolvere il problema, si è deciso di attuare uno studio, dal titolo "Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia", con l'obiettivo di valutare l'efficacia di una strategia volta a rendere responsabili i clinici sulle problematiche connesse a degenze eccessive evitabili e capaci di individuare misure correttive (secondo i principi del Governo Clinico). Poiché dall'analisi della letteratura emergeva la presenza di studi prevalentemente osservazionali e limitati alla valutazione dell'impatto di un solo intervento, si è disegnato uno studio randomizzato a due bracci che prevede l'attuazione di una serie di interventi sui reparti del braccio attivo e l'osservazione del fenomeno (senza alcun intervento di miglioramento) nel braccio di controllo. Gli interventi (reminder, audit e feedback) sono stati desunti dalla letteratura [Grol R, Grimshaw J. - Lancet. 2003] e scelti per intervenire sulle principali cause di giornate di degenza in eccesso: ritardi nell'erogazione di prestazioni, dimissioni difficili, indisponibilità di posto letto, difficoltà di trasporto dei pazienti, comunicazione inadeguata tra ospedale e territorio o tra medici diversi che hanno in cura il paziente.

Il progetto, disegnato e condotto da un team di clinici della Struttura di Lungodegenza Critica e da metodologi della Struttura Ricerca e Innovazione, è stato finanziato dalla Regione nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009; lo studio prevede la rilevazione periodica, da parte di personale medico addestrato, delle cause di degenze eccessive in tutti i reparti partecipanti tramite scheda ad hoc, desunta e adattata dalla letteratura, e interventi mirati a comprendere le cause e apportare interventi correttivi (solo per i reparti del braccio attivo). Ci si attende una riduzione nel gruppo attivo delle giornate di degenza giudicate non necessarie. I risultati verranno diffusi e pubblicati nel 2010.



Interventi sui processi assistenziali

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

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

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

Nel 2008, l'obiettivo di valutazione e promozione dell'appropriatezza dei ricoveri e della corretta rilevazione delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, è stato perseguito dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attraverso i seguenti step:

- o estrazione di un campione casuale di cartelle cliniche, rappresentativo dei ricoveri trattati in Ospedale;
- o estrazione di un campione mirato di cartelle cliniche, individuato in seguito all'analisi di fenomeni verificatisi nel corso dell'anno (incremento o decremento significativo di alcuni DRG) o per particolari DRG (ad esempio ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario - Allegato 6 della D.G.R. 2126/2005);
- o esame della documentazione clinica e rilevazione dei criteri mediante un'apposita scheda;
- o presentazione dei risultati ai clinici interessati ed eventuale individuazione di correttivi per risolvere le problematiche emerse.

L'analisi relativa alla casistica del 2008 ha riguardato un campione di 1385 ricoveri in degenza ordinaria 49 ricoveri di day hospital, di cittadini residenti e non nella provincia di Parma che rappresenta il 2,6% del totale dei ricoveri.

Oltre al Protocollo P.R.U.O. sono stati di riferimento per la rilevazione:

- la Delibera della Regione Emilia-Romagna 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).

La tabella seguente [fonte: Banca dati RER] evidenzia come per l'AOU, nel triennio 2006-2008 si è verificato un trend costante della percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati, dato peraltro uguale alla media regionale rilevata per le Aziende Ospedaliere.

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da D.G.R. 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale dei ricoveri
2006	AOU Parma	1.575	51.340	3%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.333	271.057	3%
2007	AOU Parma	1.513	51.758	3%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.252	272.499	3%
2008	AOU Parma	1.571	52.040	3%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.092	270.313	3%

(*) 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 D.G.R. 1872/2004.

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



Il consolidamento di questo risultato è dovuto ai seguenti interventi intrapresi nel triennio in esame:

- il progressivo trasferimento di attività dal regime ordinario a quello di day hospital e ambulatoriale;
- 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.

Gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero

L'Azienda effettua mediante la reportistica trimestrale trasmessa alle unità operative il monitoraggio dei ricoveri ripetuti. Se nel trimestre viene osservato un incremento significativo rispetto al trend precedente o se in un'U.O. si osserva una percentuale di casi superiore a quanto rilevato in altre unità operative di pari disciplina, viene convocato un incontro con il responsabile dell'U.O. o suo delegato e si analizzano i casi (patologia, età, residenza, ecc.) anche attraverso l'esame delle cartelle cliniche.

Tale azione, nel tempo, ha portato l'Azienda a contenere tale fenomeno rispetto alla media regionale, così come si evidenzia nella tabella sotto riportata, i cui dati sono stati desunti dalla reportistica predefinita della Regione Emilia-Romagna.

	Finestra temporale 0-1 gg.		Finestra temporale 2-7 gg.		Finestra temporale 0-15 gg.	
	% Ricoveri ripetuti anno 2007	% Ricoveri ripetuti 2008	% Ricoveri ripetuti 2007	% Ricoveri ripetuti 2008	% Ricoveri ripetuti 2007	% Ricoveri ripetuti 2008
AOU PR	0,54	0,59	1,24	1,17	1,31	1,44
Totale Aziende osp. della Regione	0,69	0,70	1,48	1,49	1,68	1,69

Fonte: Banca dati SDO Regione Emilia-Romagna

Ulteriori azioni di miglioramento sono in atto per alcune casistiche selezionate (dimessi con scompenso cardiaco e ictus cerebrale ischemico) e potranno essere potenziate attuando percorsi assistenziali in grado di prevenire e minimizzare ulteriormente il ricorso al ricovero ospedaliero con il coinvolgimento dell'Azienda USL di Parma (Nuclei di Cure Primarie).

Nell'ambito dei percorsi di gestione del paziente degente o proveniente dai Dipartimenti per acuti, sono state identificate delle fasi di ricovero caratterizzate dalla progressiva specializzazione clinico-assistenziale.

Tale modalità ha consentito di attivare due momenti operativi:

- gruppi di lavoro indirizzati alla definizione delle azioni del case manager infermieristico,
- gestione del paziente in dimissione difficile.

La figura del case manager infermieristico è stata esplorata dal gruppo di lavoro multidisciplinare in riferimento al documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza al paziente incluso nel "Programma Stroke Care" (documento della Regione Emilia-Romagna, 10 gennaio 2007). Sulla base delle indicazioni regionali è stata individuata la figura del case manager ospedaliero nella professionalità infermieristica in quanto caratterizzato da un ruolo di continuità nel processo assistenziale.

In particolare la presenza di tale operatore si distingue per la funzione non solo di continuità assistenziale durante le fasi di progressione del paziente, ma anche nel periodo di predimissione e dimissione in cui le procedure possono essere rese più complesse e difficili da problematiche in particolare di natura socio-assistenziale, che si presentano peraltro più frequentemente quando anche il quadro clinico del paziente è particolarmente articolato.

L'appropriatezza clinica, l'altra dimensione dell'appropriatezza, fa riferimento all'applicazione di interventi/procedure di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole. In questo caso l'appropriatezza assume un prevalente significato tecnico-scientifico, e il giudizio di appropriatezza si esprime in termini di adesione alle indicazioni prodotte in letteratura (linee-guida, revisioni sistematiche, trial clinici randomizzati, consensus conference, eccetera). Allo scopo di favorire l'implementazione di linee guida e quindi promuovere/sostenere l'appropriatezza clinica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha avviato un programma aziendale sui **Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT)**, dove si attribuisce fondamentale importanza alla collaborazione multidisciplinare e interprofessionale. 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; di fatto, una parte degli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti include il monitoraggio di indicatori PDT specifici, desunti dalla letteratura scientifica e condivisi dai professionisti coinvolti nei PDT.

Complessivamente, dal 2000 ad oggi sono stati realizzati 15 PDT, coinvolti circa 200 professionisti di 40 unità operative diverse e trattati oltre 7000 pazienti l'anno. 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.

La metodologia adottata per la realizzazione dei PDT è quella validata nell'ambito del progetto di ricerca summenzionato, i cui risultati sono stati pubblicati su BMC Healthcare Research nel 2005. La Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma promuove l'adozione dei PDT, supporta i Gruppi di Lavoro Multidisciplinari (GLM) nella realizzazione del documento e nell'identificazione degli obiettivi, verificandone periodicamente lo stato di attuazione.

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 11 riporta i risultati conseguiti nell'anno 2008 per singolo PDT, in termini di grado di adesione al percorso e grado di conseguimento degli obiettivi specifici. Undici dei quindici PDT implementati nel 2008 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 2008. Un PDT, quello dello Scenpense Cardiaco, avvierà il monitoraggio nel corso del 2009. 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.

Più di recente, il programma PDT ha posto particolare attenzione alle patologie cronic-degenerative, malattie che costituiscono oggi il principale rischio per la salute, responsabili della maggior parte dei decessi e del carico sociale di malattia in Europa. La preoccupazione per queste crescenti problematiche di salute ha spinto l'OMS a mettere a punto una strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, che prevede una serie di obiettivi da attuare nel periodo 2008-2013, programma avviato anche in Italia con l'approvazione del Consiglio dei Ministri del programma "Guadagnare Salute".

In particolare, nel 2008 si è operato presso il nostro Ospedale principalmente su due tipologie di malattie cronic-degenerative, scelte per frequenza e gravità del carico assistenziale: scenpense cardiaco e ictus cerebrale ischemico. Lo scenpense cardiaco (SC) costituisce un rilevante problema sanitario in considerazione della sua alta prevalenza, della frequenza delle ri-ospedalizzazioni e della grave disabilità che comporta. Diverse metanalisi pubblicate su riviste autorevoli, comprendenti numerosi studi sperimentali, dimostrano che programmi di gestione integrata tra Ospedale e Servizi Territoriali per pazienti con SC migliorano significativamente esiti quali mortalità e tasso di riammissioni [Gonseth 2004, McAlister 2004, Roccaforte 2005]. Il PDT interaziendale sullo SC prevede l'attivazione alla dimissione di un programma di Assistenza Domiciliare Programmata, in cui il paziente viene seguito regolarmente dal suo medico di medicina generale (MMG) e dal Servizio Infermieristico Territoriale con visite a domicilio e periodici controlli telefonici. Questo progetto ambizioso, che implica perfetta sintonia tra Ospedale e Territorio, ha richiesto necessariamente l'attuazione graduale degli interventi, al fine di stabilire la reale fattibilità e ad introdurre i necessari cambiamenti strutturali. A tale scopo nel 2008 si sono rafforzati i servizi sul territorio, con l'istituzione di ambulatori per lo Scenpense dislocati nei diversi Distretti AUSL e la apertura del DH Cardiologico nell'ospedale di Vaio, Fidenza. Nel periodo estivo è stato anche realizzato uno studio pilota, che ha visto coinvolti circa 20 MMG che hanno effettuato la presa in carico dei loro pazienti dimessi dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con diagnosi di SC. Nel 2009 è prevista la diffusione della versione aggiornata del documento, prodotto nel 2007, e l'estensione del programma a tutti i MMG. L'ictus cerebrale ischemico è una grave patologia in costante aumento con la crescita demografica della popolazione, rilevante non solo per l'alta mortalità in fase acuta, ma anche per l'elevato tasso di disabilità residua, che rende indispensabile un'adeguata continuità assistenziale tra ospedale e territorio. A tale scopo il PDT aziendale sull'Ictus Cerebrale Ischemico, il primo Percorso istituito in Azienda, è stato successivamente esteso ai servizi territoriali, secondo i requisiti del modello Stroke Care regionale. La novità principale del PDT nel 2008 è rappresentata dalla definizione e avvio di un protocollo



sulla esecuzione della trombolisi, che coinvolge direttamente le Unità Operative Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Diagnostica Ematochimica Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico. L'avvio del protocollo è stato preceduto da un corso, svolto in due edizioni, rivolto a medici ed infermieri coinvolti nella procedura della trombolisi al fine di condividere il progetto aziendale e il protocollo operativo. È stato inoltre delineato un programma di riorganizzazione strutturale, con l'identificazione di un'area dedicata al trattamento della fase acuta dell'ictus, attigua al reparto di Neurochirurgia, di posti letto dedicati alla fase post-acuzie e di riabilitazione estensiva. La riorganizzazione verrà attuata nel corso del 2009 e contribuirà in maniera significativa al miglioramento dell'outcome, come peraltro ampiamente dimostrato in letteratura nell'ambito di revisioni sistematiche e metanalisi.

Tabella 11 Percorsi Diagnostico-Terapeutici di riferimento dell'Azienda - indicatori EBM, anno 2008

Percorso	N. eleggibili/anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
Tumore polmonare Data di avvio: giugno 2001	200-220	99%	Valutazione entro 2 settimane dal sospetto	91%	>=90%	Chirurgia Toracica; Oncologia Medica; Radioterapia; Medicina Riabilitativa; Clinica Pneumologica; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Scienze Radiologiche; Anatomia e Istologia Patologica.
			Diagnosi confermata entro 4 settimane	89%	>=90%	
			Misurazione del dolore all'ingresso	90%	100%	
			Presenza dello stadio	99%	100%	
			Discussione collegiale per pazienti di stadio III	100%	100%	
			Riabilitazione preoperatoria	98%	>=90%	
			Intervento chirurgico aderente ai criteri	93%	100%	
Tachiaritmie sopraventricolari Data di avvio: marzo 2002	680-700	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Tasso di ricovero	25%	<40%	Cardiologia; Clinica e Terapia Medica; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico; Medicina Interna a Indirizzo Angiologico e Coagulativo.
Dimessi da PS/OBI in ritmo sinusale			95%	>=90%		
Linfomi non Hodgking Data di avvio: giugno 2003	90-110	100%	Diagnosi confermata entro 2 settimane	100%	>=90%	Ematologia e CTMO; Clinica e Terapia Medica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo; Medicina Nucleare; Oncologia; Radioterapia; Anatomia Patologica; Scienze Radiologiche.
			Esecuzione tempestiva biopsia	86%	>=90%	
			Esecuzione tempestiva TAC	86%	>=90%	
			Presenza dello stadio	81%	>=90%	
			Discussione collegiale	100%	>=90%	
Melanoma Data di avvio: Gennaio 2003	120-140	100%	Diagnosi confermata entro 4 settimane	99%	>=90%	Dermatologia; Anatomia e Istologia Patologica; Chirurgia Plastica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Oncologia Medica; Medicina Nucleare.
Presenza dello stadio			100%	>=90%		
Discussione collegiale per pazienti con linfonodo sentinella positivo			no linf. positivo	>=90%		
Rapida radicalizzazione entro 6 settimane			93%	>=90%		
Ictus cerebrale ischemico Data di avvio: gennaio 2000	300-330	100%	Esecuzione TAC	100%	>=95%	Neurologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Centrale Operativa 118 - "Parma Soccorso"; Psichiatria; Neuroradiologia; Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa.
			Ricovero presso un reparto dedicato	84%	>=90%	
			Visita fisiatrica tempestiva	90%	>=90%	
			Destinazione alla dimissione	92%	>=90%	
			Poor outcome	36%	<60%	
			Visite di follow-up a 1 mese	84%	>=90%	



Percorso	N. eleggibili/anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
----------	--------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------	---------------	---------------------------

Tromboembolia polmonare Data di avvio: aprile 2004	180-200	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Documentazione della probabilità clinica in PS (Geneva score)	73%	>=90%	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Nucleare; Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Cardiologia; Clinica Pneumologica; Pneumologia; Clinica Geriatrica; Scienze Radiologiche.
			Documentazione della probabilità clinica in reparto (Weels score)	Non rilevabile in quanto il grado di adesione è < 75%	>=90%	
			Appropriatezza d'uso della ANGIO-TC	>=90%		
			Appropriatezza d'uso della trombolisi	>=90%		
BPCO Data di avvio: gennaio 2001	370-400	93%	Allocazione nel reparto in base alla gravità	100%	>=90%	Clinica Pneumologica; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
			Utilizzo della spirometria	100%	>=90%	
			Utilizzo della ventilazione non invasiva	97%	>=90%	
			Miglioramento grado di disabilità (scala MRC)	94%	>=70%	
			Durata di degenza secondo i criteri stabiliti dal GLM	93%	100%	
			Consulenza antifumo	88%	>=75%	
			Vaccino antinfluenzale	94%	>=75%	
Esecuzione riabilitazione	100%	>=75%				
Cirrosi epatica Data di avvio: dicembre 2001	450-490	100%	Allocazione in base alla gravità	93%	>=90%	Malattie Infettive ed Epatologia; Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.
			Reingressi entro 30 giorni	8%	<=10%	
			Somministrazione di albumina	100%	>=90%	
Dolore toracico Data di avvio: gennaio 2001	2000-2300	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Trasferimento in UTIC di paziente con TIMI Risk Score >=4	26%	>=90%	Cardiologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico; Cardiochirurgia; Clinica Geriatrica.
			Pazienti sottoposti ad angioplastica primaria con door-to-balloon time <=90 minuti	73%	>=90%	
			Ricoveri ripetuti	2%	<=2%	
Parto Data di avvio: gennaio 2001	2200-2500	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	% parti cesarei	37%	<=30%	Ostetricia e Ginecologia; Neonatologia.
			Parti cesarei senza indicazione clinica	40%	<15%	
			Travaglio di prova nelle precesarizzate	24%	>=30%	
Protesi d'anca Data di avvio: ottobre 2002	350-390	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale e le Cartelle Cliniche	Punteggi WOMAC	0%	>=90%	Clinica Ortopedica; Ortopedia; Medicina Riabilitativa; Immunoematologia e Trasfusionale; Radiologia; 2° Servizio Anestesia Rianimazione.
			Tempi di attesa	32%	>=90%	
			Punteggi VAS	61%	>=90%	

Interventi sulla sicurezza dei pazienti

Progetto eventi avversi

Tra i diversi aspetti della qualità dell'assistenza, gli eventi avversi meritano particolare attenzione, per frequenza e gravità. L'evento avverso è un danno causato dalla gestione clinica misurabile in termini di



prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione [Brennan 1991], che comporta conseguenze negative sia per il paziente, sia in termini di oneri economici per i servizi sanitari. Una recente metanalisi sulla incidenza e natura degli eventi avversi riporta che in media 1 paziente su 10 subisce almeno un evento avverso durante la degenza, e che quasi la metà di questi episodi sarebbe potenzialmente prevenibile. In letteratura sono riportati diversi metodi di rilevazione degli eventi avversi in ospedale, nessuno dei quali però è privo di limiti. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con le Aziende USL di Parma e Piacenza, ha ideato un progetto "Screening degli eventi avversi nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", finanziato dalla Regione stessa nell'ambito del Programma di Modernizzazione 2006, con l'obiettivo di validare un sistema automatizzato volto a segnalare la presenza di "potenziali" eventi avversi avvenuti durante il ricovero, attraverso le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), quindi da dati già disponibili. Lo scopo è quello di sviluppare e validare una strategia condivisa con il personale medico e infermieristico e di facile applicazione, che permetta di analizzare le cause degli eventi avversi in Azienda e di identificare possibili soluzioni per la quota prevenibile. Ovviamente il sistema non consente di misurare la frequenza degli accadimenti, ma è uno strumento utile per catturare i fenomeni "negativi" e favorire la messa in atto di interventi preventivi.

Nel 2007 si è svolta la fase propedeutica dello studio, con la composizione del Gruppo di Lavoro regionale, l'analisi della letteratura e la messa a punto della strategia. Quest'ultima ha compreso il reperimento, da 3 esperienze internazionali pubblicate in letteratura, degli indicatori (Patient Safety Indicators - Indicatori Medical Practice Study Harvard - Indicatori di Wolff) e la loro analisi, al fine di individuare il set desumibile dalle SDO, idoneo allo scopo e correttamente interpretabile. Fra i 30 indicatori individuati in letteratura, alcuni dei quali sovrapponibili, ne sono stati scelti 7, riportati nella tabella seguente, utilizzati per la costruzione del sistema informatizzato di screening degli eventi avversi da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

Tabella 12 Indicatori inclusi nel progetto per lo screening degli eventi avversi

Patient Safety Indicators (PSI)	Generic Indicators - Indicatori Medical Practice Study Harvard [Bates]	Wolff	Note
Morte nei DRG a bassa mortalità	Morte	Morte	Si considera formulazione di Wolff
TVP o Embolia Polmonare post-operatoria in diagnosi secondaria	IMA, ictus o embolia polm. durante o dopo una procedura invasiva		Si considera formulazione PSI. I codici delle patologie indicate sono precisi e frequenti. I casi possono essere intercettati da altri criteri: degenza >21 giorni, rientro in sala operatoria, trasferimento in terapia intensiva
	Arresto cardiorespiratorio	Arresto cardiaco	
	Trasferimento a un reparto di cure speciali	Trasferimento da reparto ordinario in terapia intensiva	Si perfeziona questo indicatore considerando il tempo di permanenza del paziente presso un reparto di terapia intensiva, al fine di escludere i ricoveri in terapia intensiva programmati
	Ritorno in sala operatoria	Ritorno in sala operatoria entro 7 giorni durante lo stesso ricovero	Si utilizza formulazione Wolff
	Ricovero ripetuto	Ricovero non programmato entro 28 giorni dalla dimissione	Si utilizza formulazione di Wolff
		degenza >21 giorni	Indicatore significativo specialmente in Chirurgia dove le degenze medie sono generalmente più brevi. Permette inoltre di catturare altre manifestazioni contemplate da criteri PSI non inclusi fra indicatori scelti per l'estrazione (es. sepsi, ematomi o emorragia postoperatoria).

Fonti: AHRQ quality indicators-patient safety indicators: software documentation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991 Feb 7; 324(6): 370-6.

Zhan C, Miller MR. Administrative data based patient safety research: a critical review. Qual Saf Health Care. 2003 Dec; 12 Suppl 2: ii58-63.

Wolff AM. Limited adverse occurrence screening: using medical record review to reduce hospital adverse patient events. Med J Aust. 1996 Apr 15; 164(8): 458-61.



Infine si è provveduto alla traduzione e adattamento di due schede di rilevazione, utilizzate da un gruppo francese [Michelle BMJ 2004] per la valutazione infermieristica e medica delle cartelle cliniche estratte dal sistema di screening.

Nel 2008 si è realizzato il corso di formazione per i rilevatori, infermieri e medici di reparti chirurgici delle tre Aziende coinvolte, volto alla presentazione del progetto e all'utilizzo delle suddette schede di rilevazione; successivamente è stata avviata la fase operativa dello studio, che ha compreso:

1. l'invio in Regione del file contenente le informazioni relative alle SDO dei dimessi nei quindici giorni precedenti e transitati dai reparti oggetto di rilevazione;
2. l'estrazione delle SDO con potenziali eventi avversi tramite sistema automatizzato;
3. il recupero delle cartelle cliniche corrispondenti, presso le Aziende di ricovero;
4. l'analisi delle cartelle cliniche e compilazione delle schede predisposte, da parte degli infermieri per l'identificazione dei casi sospetti;
5. la conferma o meno dell'evento da parte di personale medico non operante nel reparto oggetto di analisi, definizione del carattere iatrogeno, del livello di prevenibilità, esame delle cause, classificazione degli eventuali danni (morte, disabilità, prolungamento della degenza, riammissione, eccetera) e descrizione delle modalità attraverso le quali si sarebbe potuto evitare l'evento avverso.

In tutto sono stati analizzati sei periodi di riferimento di quindici giorni cadauno (per un totale di tre mesi). I casi eleggibili sono stati 3316 (76% AOU PR, 13% AUSL PR, 11% AUSL PC), di cui estratti come "sospetti" dal sistema di screening 436 ricoveri, pari al 13%. Ad essi sono state aggiunte 76 cartelle estratte casualmente, utilizzate per verificare la percentuale di falsi negativi e quindi la sensibilità del sistema di screening. A ciascun incontro infermieristico sono stati presenti almeno 7 infermieri che hanno analizzato una media di 80 cartelle per singolo incontro, per un totale di 428 cartelle cliniche. In seguito all'analisi da parte del personale infermieristico, sono state selezionate 105 cartelle (pari al 25%), in quanto sono risultate positive ad almeno un criterio di rilevazione, sottoposte per la formulazione del giudizio al team di medici, che hanno confermato o meno la presenza di eventi avversi, hanno valutato la causalità dell'evento avverso e, in caso di eventi iatrogeni, la prevenibilità. Lo scopo principale del progetto era misurare la capacità 'diagnostica e predittiva' del sistema di screening automatizzato, applicato all'intero set di indicatori. A tal fine sono stati determinati sia l'indice di concordanza fra rilevatori che gli indici di validazione. Il campione era costituito da tutti i ricoveri risultati positivi dal sistema automatizzato e da un campione casuale di ricoveri chirurgici 'scartato' dal programma (pari a circa il 3% delle SDO inviate). L'analisi è avvenuta in doppio cieco (sia chi rileva che chi elabora i dati non conosce il motivo di selezione del caso) e i risultati saranno diffusi e pubblicati nel 2009.

Interventi sulla continuità assistenziale

Compito essenziale dei servizi sanitari è attuare un'adeguata prevenzione, intesa non solo come prevenzione dell'insorgenza di malattie, ma anche delle complicanze di patologie esistenti, aiutando il paziente a convivere con il suo problema di salute e ad effettuare tutte le cure necessarie per ridurre/posticipare le sequele. In particolare, le patologie croniche, in costante aumento, presentano un'alta incidenza di complicanze, spesso potenzialmente evitabili, con la stretta collaborazione tra Ospedale e Territorio. Per poter analizzare la situazione a livello locale, è indispensabile disporre di dati facilmente rilevabili, valutabili nel tempo e confrontabili con quelli di altre realtà, anche allo scopo di sviluppare interventi di miglioramento e verificarne l'efficacia. Esistono in letteratura varie esperienze volte a individuare indicatori per verificare l'attuazione della continuità assistenziale. Una delle più note è quella dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), che individua 16 indicatori, i **Prevention Quality Indicators (PQI)**, relativi a 14 patologie, costruiti per l'applicazione alle Schede di Dimissione Ospedaliera, quindi a dati già disponibili. Sebbene si basino su informazioni relative ai ricoveri, i PQI forniscono indicazioni utili sull'intero processo assistenziale che deve essere garantito in modo integrato dai professionisti e dai Servizi sia dell'Ospedale che del Territorio. Inoltre, pur essendo i PQI già ampiamente utilizzati a livello internazionale, occorre comunque tener presente alcuni limiti che ne caratterizzano l'applicazione: ad esempio, non è sempre possibile distinguere gli effetti della qualità dell'assistenza da altri fattori che dipendono dalla popolazione di un'area geografica (status socioeconomico, preferenze del paziente, capacità ospedaliera, condizioni ambientali che predispongono a certe patologie) o dalla qualità dei dati contenuti nella SDO.

Sono due le patologie su cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha "sperimentato" i PQI: lo Scompenso cardiaco e il Diabete, malattie particolarmente rilevanti per frequenza, mortalità e tasso di complicanze, con conseguente oneroso carico assistenziale ed economico. Di seguito vengono brevemente illustrati gli indicatori, la metodologia e l'interpretazione dei risultati.



Scompenso cardiaco

Nonostante la natura cronico-degenerativa dello Scompenso Cardiaco (SC) implichi necessariamente per alcuni pazienti molteplici ricoveri in ospedale, una parte delle ammissioni è anche dovuta a cause non intrinseche alla patologia – non adeguata assistenza ambulatoriale post-dimissione, non compliance terapeutica del paziente, difficoltà di accesso all’assistenza disponibile – e sarebbe quindi potenzialmente evitabile. Il tasso di ricovero per SC pertanto può rappresentare un indicatore dell’avvenuta continuità assistenziale del paziente. Al fine di confrontare aree geografiche diverse, tuttavia, è opportuno standardizzare per età e sesso a beneficio di quelle aree che potrebbero presentare casistiche particolari (ad esempio più anziane). Come riportato in tabella, si rileva per i pazienti residenti nella provincia di Parma un tasso standardizzato inferiore al parametro di riferimento indicato dall’AHRQ e del tutto sovrapponibile a quello regionale; da segnalare, inoltre, il trend in decremento del numero di ricoveri a livello provinciale frutto di una sempre maggiore integrazione fra ospedale e territorio.

Tabella 13 Tasso di ricovero per scompenso cardiaco su 100.000 abitanti

Anno di ricovero	Residenti provincia di Parma		Residenti Regione Emilia-Romagna		Valore atteso P.Q.I.
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	
2006	449	448	450	446	521
2007	393	412	441	430	
2008	372	401	445	435	

Diabete mellito

Le complicanze a breve termine del diabete (chetoacidosi diabetica, iperosmolarità e coma), conseguenza di uno squilibrio dei valori di glucosio e insulina, sono spesso dovute a scostamenti dalla gestione ottimale del paziente. Il tasso di ricovero per complicanze a breve termine del diabete risulta un indicatore della qualità della gestione ambulatoriale/territoriale di soggetti diabetici. Per effettuare confronti fra aree diverse, è opportuno aggiustare il tasso eliminando le differenze per età e sesso; è importante però tener presente che la prevalenza di pazienti diabetici può variare tra aree geografiche, ad esempio per la composizione razziale o le condizioni socioeconomiche dei cittadini, creando possibili bias di interpretazione dell’indicatore.

Come riportato in tabella, si rileva per i pazienti residenti nella provincia di Parma un tasso standardizzato inferiore al parametro di riferimento indicato dall’AHRQ ma lievemente superiore a quello regionale; il trend risulta comunque costante nel tempo, sia a livello provinciale che complessivamente in Regione.

Tabella 14 Tasso di ricovero per complicanze a breve termine del diabete su 100.000 abitanti

Anno di ricovero	Residenti provincia di Parma		Residenti Regione Emilia-Romagna		Valore atteso P.Q.I.
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	
2006	22	22	17	19	36
2007	21	20	17	18	
2008	22	21	18	19	

Governo clinico del farmaco

L’attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull’appropriatezza prescrittiva e sull’adesione della prescrizione ai termini delle equivalenze terapeutiche attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, che hanno coinvolto il Servizio di Farmacia e la Commissione Provinciale del Farmaco (CPF), ha permesso e mostrato risultati più che soddisfacenti. Ciò ha consentito contestualmente il miglioramento della qualità della cura uniformando la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative delle equivalenze terapeutiche e trasmettendo tali caratteristiche alla prescrizione territoriale nell’ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero – medico di medicina generale (MMG).

Il Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), interamente revisionato ed aggiornato, è riconosciuto come lo strumento fondamentale del governo clinico sui farmaci ed è stato applicato rispettando i vincoli regionali e gli orientamenti della Commissione Regionale del Farmaco (CRF).

La Commissione Terapeutica Provinciale del Farmaco (CPF) ha operato con continuità valutando, in armonia con le decisioni della CRF, le domande di inserimento di nuovi farmaci in PTP e svolgendo un’azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo diretta al monitoraggio d’uso dei farmaci



specialistici da parte dei centri prescrittori individuati, dell'uso dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, Antimicrobici generali per uso sistemico con particolare riguardo agli Antiretrovirali, Emoderivati, farmaci dell'Apparato Gastrointestinale e del Metabolismo, del Sistema Cardiovascolare, del Sistema Respiratorio ed i farmaci derivati dagli anticorpi monoclonali per l'uso in diversi campi specialistici. Il PTP presenta inoltre una versione molto omogenea con quelli delle Aziende di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) ed aderente alle acquisizioni in unione d'acquisto.

In tutto l'anno 2008 è stata condotta una partecipazione continua agli incontri di coordinamento tra rappresentanti delle segreterie scientifiche delle Commissioni Terapeutiche Provinciali di area vasta e con la segreteria scientifica della CTR al fine di rendere omogenee le versioni dei rispettivi PTP. Sono stati condotti audit in collaborazione con l'AUSL di Parma presso alcuni Dipartimenti ospedalieri coinvolgendo tutti i prescrittori specialisti assegnati.

Sono stati recepiti e divulgati tutti i documenti scientifici prodotti dalla CTR collegati al PTR e sono state definite linee-guida aziendali (Albumina Umana e Medicature speciali avanzate) per affrontare in particolare aree prescrittive critiche ed innovative.

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

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

Tabella 15 Dettaglio dell'andamento dei consumi e della spesa per farmaci in Azienda Ospedaliero-Universitaria, anno 2008

Consumi Specialità Medicinali (registrate in Italia) in ed extra Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP)					
Tot. unità erogate	Tot. valore erogato	Unità erogate in dimissione	Valore erogato in dimissione	Unità erogate al netto da dimissione	Valore erogato al netto da dimissione
8.101.893	25.193.801	1.894.264	365.429	6.207.629	24.828.372

I valori riportati in tabella sono al netto dell'IVA

La tabella 15 si riferisce alle sole specialità medicinali (registrate in Italia) presenti nel Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) o acquistate in deroga al PTP secondo le decisioni assunte dalla Commissione Provinciale del Farmaco (CPF), inclusa la somma a compensazione economica.

Nell'anno 2007 la spesa per farmaci in valore totale al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione era stata di € 23.281.052. Quindi la spesa di € 24.828.372 per farmaci intra ed extra PTA al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione ha fatto registrare nel 2008 un aumento di circa il 6,5% rispetto a quella del 2007.

Gestione del rischio

Rischio clinico

Nel corso del 2008 l'Azienda, coerentemente con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale 2006-2009 sul tema della gestione del rischio, ha sviluppato la funzione aziendale di gestione del rischio e ha redatto un piano-programma pluriennale, espressivo di obiettivi di medio e breve periodo che connettono la valutazione dei rischi con azioni risultate opportune, sostenibili e documentabili in un report annuale dedicato.

Il Piano programma aziendale di gestione del rischio clinico è stato presentato e condiviso in Collegio di Direzione nel primo semestre 2008. Il piano nasce dalla consapevolezza che la identificazione tempestiva di insuccessi assistenziali od organizzativi e la conseguente analisi della dinamica degli eventi permetta di:

- contenere le conseguenze dell'accaduto,
- attivare interventi migliorativi in grado di limitare il ripetersi dell'evento stesso,
- comprimere i costi di gestione,
- migliorare la qualità dell'assistenza.

Obiettivi fondamentali del Piano Programma risultano essere quelli di identificare i più frequenti rischi clinico-organizzativi e di attuare un programma di miglioramento volto a ridurre comportamenti rischiosi.

Il coordinamento del Progetto è stato affidato all'Unità Operativa di Igiene e Medicina Preventiva della Direzione Sanitaria che presidia a livello aziendale le tematiche della sicurezza.

Nella prima fase applicativa del Piano Programma sono state individuate le strutture organizzative interessate al tema della gestione del rischio, sono stati quindi definiti i compiti e le funzioni, le relative



composizioni e competenze degli organismi che costituiscono la struttura organizzativa a supporto del Rischio Clinico: Collegio di Direzione, Comitato Gestione del Rischio Clinico (CGRC), Gruppo Operativo Gestione del Rischio Clinico (GGRC) e Rete Aziendale dei Referenti Rischio Clinico (RARRC).

Nella seconda fase, sulla base al mandato ricevuto dal Collegio di Direzione, il Comitato Gestione del Rischio Clinico (CGRC) ha definito le seguenti azioni:

- identificare gli errori e le criticità più frequenti nei principali processi clinico-assistenziali, definendo quindi specifici eventi sentinella da monitorare nei reparti sulla base di una ricognizione delle ritmicità assistenziali e segnalati dalle diverse informative aziendali,
- adeguare nel contesto delle direttive emanate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, la scheda dell'Incident Reporting per la rilevazione spontanea degli eventi avversi adattandola alle esigenze organizzative dell'Azienda,
- individuare percorsi formativi sia per gli operatori dei reparti che per la Rete Aziendale dei Referenti Rischio Clinico (RARRC).

Il Piano Programma prevede una fase successiva in cui la promozione della cultura della sicurezza e le competenze per l'adozione del nuovo strumento di rilevazione degli eventi avversi necessitano di azioni formative coerenti e consistenti.

A tal riguardo è stato individuato, nel corso del 2008, un percorso formativo strutturato in diverse tipologie di corsi personalizzati sulla base delle esigenze dei destinatari.

Gli obiettivi perseguiti nella definizione del percorso sono:

- diffondere la cultura della sicurezza e della prevenzione dell'errore,
- favorire la conoscenza e l'applicazione della scheda di Incident Reporting,
- promuovere l'impiego di metodi e procedure volte a contenere il rischio clinico-assistenziale,
- individuare le priorità, favorendo, comunque, le unità operative accreditate.

Aspetto rilevante del percorso è la sua costruzione condivisa con i responsabili (medici e infermieristici/tecnici) per far sentire davvero loro il progetto complessivo.

La formazione verrà suddivisa in due moduli. Il primo è orientato all'acquisizione di competenze di base sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di compilazione della scheda dell'incident reporting e verrà somministrato a tutto il personale sanitario di assistenza. Il secondo modulo è, invece, avanzato e maggiormente orientato agli aspetti metodologico-organizzativi, con particolare approfondimento dell'analisi delle cause radice e dei metodi di miglioramento, e coinvolgerà tutti i componenti della rete aziendale di referenti per la gestione del rischio clinico.

In tale contesto, nel corso del 2008, è stato pianificato un intervento formativo (4 edizioni), rivolto principalmente ai Dipartimenti che saranno oggetto di visita ispettiva esterna per l'Accreditamento nel 2009:

- Testa-Collo
- Medico Polispecialistico 2
- Radiologia e Diagnostica per Immagine
- Materno-Infantile
- Geriatrico-Riabilitativo
- Medico Polispecialistico 1
- Patologia e Medicina di Laboratorio

I momenti formativi pianificati, rivolti ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di struttura complessa, ai Referenti dipartimentali del rischio clinico, ai RAD e Coordinatori di tutti i Dipartimenti sono in corso di realizzazione e hanno la finalità di:

- incrementare la sicurezza e la soddisfazione del paziente,
- ridurre la possibilità di contenzioso tra paziente e Azienda Ospedaliera,
- dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori,
- migliorare l'immagine dell'Azienda,
- rendere trasparente l'attività assistenziale,
- acquisire competenza specifica per quanto concerne la Gestione del Rischio nell'Azienda Ospedaliera.



Gestione del contenzioso

Nel 2008 si è consolidata l'attività del gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione dei rischi in ospedale ("Gruppo di Lavoro per la Gestione del Rischio").

Il gruppo di lavoro comprende professionalità diverse con il fine di apportare sostanziali contributi, ognuno per quanto di propria competenza, ad una valutazione "olistica" del rischio in ambiente sanitario, rilevandosi la particolare complessità dei percorsi di cura in cui l'evento avverso può trovare la sua causa non solo nel comportamento di un singolo professionista ma in un insieme di fattori che possono coinvolgere anche gli aspetti organizzativi, strutturali e tecnologici.

La funzione del gruppo è quella di identificare, valutare e gestire gli eventi e le azioni che possono colpire la capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi, attraverso attività coordinate di gestione del rischio.

Il campo specifico di applicazione inerisce, quindi, l'attività intrinsecamente rischiosa della struttura sanitaria e cerca di individuare gli strumenti per valutare e governare i rischi insiti in queste attività, ricercandone i miglioramenti nel sistema di gestione complessivo, sviluppando strumenti efficienti per il governo delle aziende stesse e identificando le conseguenze economiche derivanti dalla esposizione al rischio stesso da parte dei pazienti e anche del personale dipendente.

Ne consegue, tramite l'apporto multidisciplinare, la realizzazione di un sistema dinamico che consente da un lato di conseguire obiettivi di miglioramento complessivo della qualità delle attività e delle prestazioni erogate dalla struttura (governo clinico) e, dall'altro, può essere utilizzato come elemento di affidabilità della struttura in sede di gestione del contenzioso e nella contrattazione con le assicurazioni.

Nell'ambito dei Progetti di ricerca finalizzata presentati dalla Regione Emilia-Romagna al Ministero, l'Azienda è divenuta Unità Operativa co-finanziatrice del Progetto "Gestione extra giudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie". Per la realizzazione di tale progetto e per l'approfondimento degli specifici aspetti della Gestione del Contenzioso si sono suddivisi i lavori in tre sottogruppi:

- Mediazione
- Medicina Legale
- Conciliazione

Sottogruppo Mediazione: l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha predisposto corsi di formazione per specifiche figure professionali che, all'interno di ogni Azienda, siano in grado di affrontare positivamente i problemi relazionali creati tra utenza e professionisti sanitari e da cui sono scaturiti reclami, col fine di recuperare un rapporto dialogico e fiduciario del cittadino con la struttura sanitaria. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha già formato tre mediatori.

Nel corso del 2008 il percorso della mediazione dei conflitti è stato utilizzato in casi selezionati di reclami pervenuti all'URP: in particolare sono stati trattati 40 casi (in totale i casi trattati in tutta la Regione Emilia-Romagna sono 192). Tale trend verrà mantenuto e consolidato nel corso del 2009.

Sottogruppo Medicina Legale: presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale si tengono periodiche riunioni dei medici legali delle singole Aziende sanitarie partecipanti con costituzione di due ulteriori sottogruppi allo scopo di redigere protocolli operativi unici per tutte le Aziende in riferimento al consenso informato e alla corretta compilazione e gestione della cartella clinica. I relativi documenti sono stati elaborati e diffusi alle Aziende Sanitarie della Regione ai fini del loro utilizzo.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Settore Medico Legale sta predisponendo la revisione della procedura di acquisizione del consenso informato all'attività diagnostico terapeutica a cui faranno seguito eventi formativi dedicati entro il 2009. Analogamente si sta procedendo alla revisione delle procedure inerenti la corretta compilazione, conservazione ed archiviazione della cartella clinica, con l'obiettivo di emanare, entro il 2009, una procedura aziendale che consenta di migliorare la qualità redazionale delle cartelle cliniche e consolidare le procedure di archiviazione delle stesse.

Sottogruppo Conciliazione: i rappresentanti delle singole Aziende sanitarie hanno elaborato un documento riepilogativo con indicazione di principi, criteri e metodologie relativi al processo di conciliazione aziendale, in cui è prevista l'istituzione dei seguenti organismi deputati rispettivamente alla valutazione dei sinistri di tipo sanitario e alla realizzazione di attività conciliativa con la controparte:

- Comitato di valutazione sinistri,
- Commissione conciliativa.

Lo scopo del Comitato di valutazione sinistri è quello di discutere dei casi inerenti specifiche richieste risarcitorie e già oggetto di valutazione medico legale al fine di concordare con la Compagnia Assicuratrice la condotta da tenere nei singoli casi. La casistica esaminata consente di monitorare l'andamento del contenzioso e può costituire anche motivo di valutazione dei processi di cura al fine di apportare i correttivi più opportuni in un'ottica di miglioramento della qualità e della prevenzione dei



rischi. Nel secondo semestre 2008 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha acquisito, in ambito AVEN, la copertura assicurativa di diverse Compagnie e le modalità di funzionamento del Comitato valutazione sinistri, fino ad oggi composto da referenti aziendali e della compagnia assicuratrice, verranno concordate, nel corso del 2009, in ambito di Area Vasta con le altre Aziende Sanitarie afferenti e le Compagnie stesse.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria partecipa, inoltre, al Programma Strategico "Approcci di sistema per la gestione del rischio" promosso dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ed il Settore Medico Legale partecipa al relativo sottoprogetto "Malpractice claims database and policy", articolato in varie fasi e della durata prevedibile di due anni (2009 – 2010), finalizzato a specificare gli aspetti organizzativi e tecnici necessari alla implementazione del database regionale dei sinistri al fine di ottenere dati aggiornati sulla sinistrosità 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), messo a punto dalla Divisione di Sanità Pubblica della Comunità Europea, nell'ottica di una strategia globale d'implementazione di un network sulle infezioni che associ sorveglianza, controllo, formazione e ricerca.

Gli obiettivi dell'indagine si riassumono in:

- determinare il tasso di prevalenza delle infezioni ospedaliere e comunitarie dei pazienti ricoverati in ospedale;
- individuare il ruolo eziologico e la distribuzione di frequenza dei microrganismi;
- monitorare il corretto utilizzo dell'antibiotico terapia, evidenziando contestualmente l'insorgenza di eventuali antibioticoresistenze.

Nel corso del 2008 le indagini di prevalenza hanno interessato le unità operative aziendali di seguito indicate:

- Dipartimento Geriatrico Riabilitativo: Lungodegenza Post Acuzie, Medicina riabilitativa – Riabilitazione estensiva, Medicina Riabilitativa - Riabilitazione intensiva, Geriatria, Lungodegenza critica aziendale e Clinica Geriatria.
- Dipartimento Emergenza-Urgenza: Neurochirurgia ad indirizzo Traumatologico, 1° Anestesia Rianimazione– Terapia intensiva, Medicina d'urgenza e Chirurgia d'urgenza.
- Dipartimento Medico Polispecialistico 1: Dermatologia, Clinica e Immunologia Medica, Clinica Medica e Nefrologia, Ematologia e CTMO ed Oncologia medica.
- Dipartimento Medico Polispecialistico 2: Medicina Interna Malattie Metaboliche e Vascolari, Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico ed Coagulativo; Malattie infettive ed Epatologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Medicina Interna e Reumatologia.
- Dipartimento Testa-Collo: Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia, Maxillo facciale e Oculistica, Otorinolaringoiatria.
- Dipartimento Chirurgico: Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica, Chirurgica Toracica, Chirurgica Vascolare, Chirurgia Trapianti d'Organo, Urologia, Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, 2° Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica – Degenza TIPO, Clinica Ortopedica, Patologia dell'Apparato Locomotore, Ortopedia e Degenza breve comune ortopedie.
- Dipartimento Neuroscienze: Neurochirurgia, Neurologia e Psichiatria.
- Dipartimento Materno-Infantile: Chirurgia Pediatrica, Ostetricia e Ginecologia.
- Dipartimento Cardiopolmonare: Cardiochirurgia - Degenza, Cardiochirurgia – Terapia intensiva Cardiologia – Degenza, Cardiologia - UTIC, Medicina Interna ad Indirizzo Cardiologico, Semeiotica Medica, Clinica Pneumologica, Pneumologia, Fisiopatologia Respiratoria – Terapia intensiva polmone d'acciaio, Lungodegenza pneumologica.

Lo studio ha preso in esame n. 944 pazienti:

- Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo: arruolati nello studio n. 170 pazienti.
- Dipartimento Emergenza-Urgenza: arruolati nello studio n. 80 pazienti.
- Dipartimento Medico Polispecialistico 1: arruolati nello studio n. 65 pazienti.
- Dipartimento Medico Polispecialistico 2: arruolati nello studio n. 150 pazienti.
- Dipartimento Testa-Collo: arruolati nello studio n. 41 pazienti.
- Dipartimento Chirurgico: arruolati nello studio n. 169 pazienti.



- Dipartimento Neuroscienze: arruolati nello studio n. 73 pazienti.
- Dipartimento Materno-Infantile: arruolati nello studio n. 32 pazienti.
- Dipartimento Cardio-polmonare: arruolati nello studio n. 164 pazienti.

Al termine dell'elaborazione dei dati raccolti, tra cui la correlazione tra l'insorgenza del processo infettivo ed i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci al paziente (esecuzione di procedure invasive o di intervento chirurgico, presenza di device, eccetera) è emerso che il tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali dei Reparti osservati risulta sovrapponibile a quanto riportato in tutta la letteratura di riferimento. Contestualmente sono stati trasmessi, a ciascuna unità operativa coinvolta, i report riepilogativi, in modo da agevolare le opportune valutazioni clinico assistenziali, soprattutto in considerazione della criticità dei pazienti trattati.

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 nelle 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 tuberculosis multiresistente*, *Streptococcus pneumoniae penicillino resistente*, *Stafilococchi meticillino-resistente*, *Enterococchi vancomicina-resistenti*, *Enterobacteriaceae produttrici di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Clostridium difficile*.

Gli obiettivi della sorveglianza si riassumono in:

- Sorveglianza/controllo in ambito nosocomiale dei microrganismi ad elevata diffusibilità e pericolosità o epidemiologicamente importanti (microrganismi sentinella) per impedirne la diffusione.
- Garantire la sicurezza dei pazienti, soprattutto quelli ricoverati in aree critiche, quali le terapie intensive, le oncologie, eccetera.
- Monitorare l'applicazione delle misure di isolamento durante le procedure assistenziali sui pazienti.
- Sensibilizzare il personale sanitario al problema dei microrganismi sentinella, col fine di migliorarne l'autonomia nella pianificazione dei piani clinico-assistenziali.

La sorveglianza attiva consiste nella raccolta ed analisi dei dati riferiti alle segnalazioni dei microrganismi multiresistenti (MDR) o epidemiologicamente importanti, trasmessi sistematicamente dal Laboratorio di Microbiologia.

La procedura prevede:

- inserimento dei dati delle segnalazioni in un database dedicato;
- 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;
- verifica in campo con *audit* sulla corretta applicazione delle indicazioni fornite, in caso di problematiche emergenti, in cui è stata sperimentata la scheda predisposta per la raccolta dati;
- 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.

Dall'analisi dei dati raccolti durante gli audit clinici è emersa la necessità di realizzare interventi formativi con il fine di approfondire le conoscenze in tema di isolamento in ospedale. Pertanto si è provveduto a pianificare, nell'ambito dei percorsi formativi già in essere, un percorso formativo che sensibilizzasse il personale alla corretta e tempestiva applicazione delle misure di isolamento in ospedale.

Sorveglianza delle malattie infettive

Proseguimento del controllo sistematico 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 atte ad 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)

Il Team Sepsi aziendale ha proseguito nelle attività correlate al 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, avviato nell’anno 2007 dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nell’ambito del Programma Ricerca ed Innovazione (PRI E-R).

Lo sviluppo del progetto ha previsto:

- Il completamento del percorso formativo avviato nel novembre 2007, con lo svolgimento, nei primi mesi del 2008, di ulteriori due edizioni del corso, che hanno coinvolto circa 220 discenti. Ogni edizione, della durata di 12 ore è strutturata in una sessione plenaria e una sessione specialistica per la discussione dei casi clinici, è rivolta a medici ed infermieri ed ha il fine di diffondere le conoscenze e gli strumenti per il precoce riconoscimento e il corretto trattamento dello stato di sepsi, sepsi grave e shock settico.
- La pianificazione di un ulteriore evento formativo, in modo da aumentare il numero di professionisti formati sull’argomento. Tale evento è costituito da 4 edizioni, con caratteristiche identiche a quelle già affrontate, che ha visto l’inizio nel 2° semestre 2008 e prevede il termine nei primi mesi del 2009.
- La rilevazione delle criticità aziendali inerenti il percorso clinico assistenziale del paziente settico, permettendo quindi l’individuazione delle soluzioni operative più efficaci atte a sanare le criticità emerse, come ad esempio la revisione dei protocolli operativi sepsi correlati, l’implementazione di indagini emato-cliniche e microbiologiche H24, la possibilità di posizionare un CVC H24.

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, con l’obiettivo di sorvegliare attivamente ed in modo costante le infezioni nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le Terapie Intensive.

Dopo l’individuazione delle unità operative che parteciperanno attivamente e la nomina dei Referenti, il progetto è proseguito con la formazione degli stessi, sviluppata a livello regionale.

Prevenzione del rischio infettivo

CIO aziendale

Le principali attività svolte dal Comitato Infezioni Ospedaliere sono state:

- la prevenzione della legionellosi in ambito nosocomiale;
- la prevenzione delle polmoniti nosocomiali.

Prevenzione e controllo delle infezioni in terapia intensiva

Il progetto, che concretizza a livello aziendale il progetto SitiER messo a punto a livello regionale, si pone l’obiettivo di:

- garantire adeguati standard di sicurezza igienica all’interno delle Terapie Intensive;
- sensibilizzare i Professionisti delle Terapie Intensive sulle buone pratiche per il controllo del rischio infettivo;
- verificare la corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati messi in atto i seguenti interventi:

- revisione delle linee guida di riferimento per la realizzazione di procedure operative interne riguardanti le modalità comportamentali e le norme di accesso alle Terapie Intensive;
- formazione degli operatori sulle misure di prevenzione e controllo sulle infezioni ospedaliere, con particolare riguardo a quelle device-correlate.

Nello sviluppo del progetto si è provveduto a:

- diffusione delle indicazioni sulle norme e modalità comportamentali per l’accesso alle aree critiche di Terapia Intensiva, attraverso la realizzazione di poster da esporre nei punti strategici delle varie UU.OO.;
- realizzazione e diffusione dell’opuscolo informativo “Proteggiamo il tuo bambino”, rivolto ai familiari dei piccoli pazienti dell’U.O. Neonatologia Terapia Intensiva, con il fine di fornire esaurienti informazioni riguardo le modalità comportamentali da adottare per l’accesso ai locali di Terapia Intensiva;
- organizzazione di interventi di formazione, con il fine di fornire indicazioni ed approfondire le conoscenze in materia.



Tale iniziativa ha portato alla standardizzazione delle modalità comportamentali per l'accesso alle aree ad alto rischio ed alla sensibilizzazione dei professionisti sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Prevenzione e controllo delle infezioni in comparto operatorio

Sono stati svolti sopralluoghi di verifica presso tutti i comparti operatori aziendali, per controllare l'effettiva applicazione delle modalità comportamentali da adottare sia per l'accesso agli stessi, sia durante lo svolgimento dell'attività chirurgica.

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 ai reparti ad alto rischio, quali il CTMO, l'Ematologia, le Terapie Intensive, la Neonatologia, eccetera;
- la pianificazione ed il coordinamento degli interventi di disinfezione dell'acqua attraverso le metodiche di iperclorazione, shock termico ripetuto, biossido di cloro;
- la pianificazione ed il coordinamento dell'applicazione di filtri antibatterici sui terminali dell'impianto idrico nei reparti ad alto rischio;
- la pianificazione del flussaggio dell'acqua dei punti terminali dell'impianto idrico di tutte le unità operative;
- la prosecuzione della sorveglianza e del 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

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

Con l'avvio, quindi, della gara di unione d'acquisto tra le Aziende Ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, si è provveduto a realizzare:

- incontri formativi, rivolti al personale infermieristico e di assistenza, per un totale di circa 200 discenti, volti a migliorare le conoscenze e le buone pratiche del corretto impiego di antisettici e disinfettanti in ambito nosocomiale;
- poster da esporre nei punti strategici delle varie UU.OO., in cui sono riportati i prodotti attualmente disponibili, suddivisi per categoria (detergenti, disinfettanti, antisettici), principio attivo, nome commerciale, campo ed indicazioni generali d'impiego.

Sicurezza igienica nell'utilizzo di attrezzature sanitarie e di dispositivi medici

Nel corso dell'anno è proseguita l'attività di valutazione degli aspetti di sicurezza igienica legati all'utilizzo di attrezzature sanitarie e di dispositivi medici in ambito aziendale, attraverso la valutazione delle schede tecniche, per gli aspetti di competenza igienica, relative alle attrezzature/presidi sanitari, sia di nuova acquisizione, sia di impiego corrente, al fine di fornire indicazioni puntuali per il trattamento e ricondizionamento, in relazione al rischio infettivo determinato dal criterio di impiego.

Sono stati inoltre redatti protocolli operativi specifici, al fine di fornire indicazioni precise per il trattamento e ricondizionamento di attrezzatura sanitaria.

Si è provveduto altresì alla valutazione degli aspetti di sicurezza igienica di dispositivi, quali aghi antinfortunistica, circuiti chiusi per terapie antiblastiche, dispositivi di protezione individuale, medicazioni speciali avanzate, rasoio elettrico per tricomia, eccetera, durante lo sviluppo delle gare di acquisto.

Prevenzione rischio da esposizione agli antiblastici

A livello aziendale è stato attivato un gruppo di lavoro in cui sono coinvolte diverse figure professionali di varie unità operative che gestiscono farmaci antiblastici, del Servizio di Farmacia e del Servizio Medicina



Preventiva e Igiene Ospedaliera, per la prosecuzione della revisione delle istruzioni operative rispetto ai rischi di esposizione:

- protocollo per la gestione della contaminazione ambientale accidentale,
- protocollo per gestione della contaminazione accidentale dei lavoratori,
- protocollo per la sanificazione e sanitizzazione dei locali contaminati.

Sono state inoltre predisposte procedure e protocolli operativi dell'UmaCA.

Partecipazione ai gruppi regionali

Nel corso del 2008, 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.

Igiene e sicurezza ambientale

Monitoraggio igienico ambientale delle aree ad alto rischio

È proseguita l'attività di coordinamento e pianificazione delle indagini microbiologiche ed aerobiologiche delle aree ad alto rischio con il fine di verificare e migliorare ove necessario, gli standard di sicurezza igienico-ambientale. Tale attività consente inoltre di verificare l'adeguatezza sia delle attività di sanificazione e sanitizzazione ambientale posti in essere, sia il rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali di area critica.

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, come i comparti operatori e le 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 l'accesso dell'utenza, dei visitatori, degli operatori e 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: UO Urologia Degenza, Endoscopia Urologia, CO Urologia, UO Oncoematologia Pediatrica, Clinica Medica, Clinica Pediatrica Laboratorio, UO Day Surgery Clinica Ostetrica e Ginecologica, Padiglione Farmacia, Padiglione Cattani, Padiglione Pediatrico, CO NCH e CO Day Surgery.

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 Urologia, CO Ortopedia, Endoscopia Urologia, Day Surgery Clinica Ostetrica e Ginecologica, Centro UMaCA, Oncoematologia Pediatrica degenza e DH, Sala Parto, Nursery - Pulizia e disinfezione delle vaschette, fasciatoi, bilance, culle, isolette, incubatrici, lettini per fototerapia, pulizie ambientali a seguito di stravasato di liquidi di deflusso fognario.



- Stesura dei protocolli specifici per la sanificazione ambientale di aree ad alto rischio a seguito di lavori di ristrutturazione, per garantire adeguate condizioni igienico-ambientali all'inizio dell'attività sanitaria, compresi i controlli microbiologici ed aerobiologici ambientali.
- Controllo decentrato del servizio appaltato: registrazione, valutazione e risoluzione delle problematiche evidenziate ed archiviazione delle schede inviate dai referenti delle unità operative (n. totale 1599); invio dei solleciti mensili per le schede mancanti (n. totale 651).
- Esecuzione di n. 396 controlli igienici nelle unità operative, con effettuazione di n. 119 segnalazioni scritte per deficienze del servizio di pulizia.
- Gestione di n. 109 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.

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,
- stesura "Protocollo di sanificazione tra una seduta endoscopica e la successiva" per tutti i centri di endoscopia,
- stesura "Protocollo di sanificazione tra un intervento chirurgico ed il successivo" per tutti i Comparti Operatori.

Particolarmente impegnativa è stata l'attività di revisione dei protocolli e di adeguamento del servizio di pulizia, in seguito alle modifiche strutturali per l'apertura di nuove strutture o ristrutturazione di aree esistenti.

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, compresa 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 mq;
- 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 disinfezione, derattizzazione e disinfezione ambientale

Nel corso dell'anno sono stati realizzati interventi 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;
- individuazione eventuali problemi, segnalazione e richiesta d'intervento ai vari Servizi competenti;
- sopralluoghi del Servizio Medicina Preventiva e Igiene Ospedaliera e del 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 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 linee-guida contenute nel programma di prevenzione e contenimento 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 da aprile a novembre. Sono state date indicazioni per la corretta gestione delle aree verdi ed esterne, richiesta la pulizia dei pozzetti fognari, effettuate disinfestazioni mirate in alcune UU.OO./Servizi e fornite indicazioni per limitare l'infestazione dei precitati insetti e sulle misure comportamentali preventive da adottare.

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 lettereci, 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.

L'accreditamento

A seguito della attuazione delle fasi del Piano delle attività per l'accreditamento, approvato dal Collegio di Direzione, previste e realizzate per il 2007, nel corso del 2008 sono proseguite le attività finalizzate all'accreditamento dei Dipartimenti previsto, come da programmazione regionale, per aprile e novembre 2009. È stato attivato un gruppo di lavoro, allo scopo di effettuare la ricognizione delle strutture da autorizzare, effettuare i sopralluoghi interni e predisporre le opportune attività e documentazione per l'ottenimento delle autorizzazioni all'esercizio. In totale sono state ispezionate ed è stata predisposta la documentazione per 11 unità operative da autorizzare.

Nel primo semestre 2008 sono state eseguite le visite interne (verifiche periodiche interne di parte 1a) ai dipartimenti Testa-Collo, Medico Polispecialistico 2, e, su proposta del Direttore di Dipartimento, la visita al Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo. È stata effettuata il 23-24 settembre 2008 la visita interna al Dipartimento Radiologia e Diagnostica per Immagine e il 18 dicembre la ri-visita al Dipartimento Testa-Collo. Le ri-visite vengono effettuate allo scopo di valutare le azioni di miglioramento attivate a seguito della prima visita interna. Sono state pianificate le attività per la ri-visita al Dipartimento Medico Polispecialistico 2 e una pre-visita al Dipartimento Medico Polispecialistico 1, programmate per il mese di gennaio 2009. Il programma di accreditamento elaborato dalla Regione prevede ad aprile 2009, l'accreditamento dei dipartimenti: Testa-Collo, Medico Polispecialistico 2 e Radiologia e Diagnostica per Immagine, mentre a novembre 2009 i dipartimenti Medico Polispecialistico 1, Patologia e Medicina di Laboratorio, Geriatrico-Riabilitativo e Materno-Infantile. È stato inoltre avviato, a seguito della stesura dei requisiti da parte della Regione, il percorso per l'accreditamento della struttura di staff Formazione Aggiornamento, con la definizione del relativo Piano delle Attività, la realizzazione delle fasi previste per il 2008 e la stesura delle prime bozze di documenti fra cui il format del manuale.

In funzione dello sviluppo del governo clinico è stato avviato un percorso di integrazione delle strutture in "staff e line" della Direzione con la stesura di un progetto di formazione sul campo che prevede una serie di incontri di approfondimento con conseguente produzione di documenti che proseguiranno anche nel 2009.



Nello specifico, la struttura Qualità Accreditamento ha svolto attività di supporto e integrazione col Sistema qualità Aziendale per la realizzazione del Programma di Audit riguardante l'accreditamento professionale delle attività di Endoscopia Toracica e analoghe attività è stata svolta per l'audit di verifica degli standard qualitativi e produttivi del Coordinamento locale donazioni organi e tessuti eseguito dalla Commissione del Centro Nazionale Trapianti. È stata svolta inoltre attività di supporto alla preparazione dell'Audit del Centro Nazionale Trapianti al Centro Trapianti di Parma con la predisposizione del materiale in riferimento alla documentazione adottata a livello aziendale.

L'Azienda, attraverso la struttura Qualità Accreditamento, ha attivato una collaborazione con professionisti dell'Azienda USL, valutatori regionali, per l'esecuzione delle visite di verifica interne e per la stesura di procedure integrate finalizzate alla gestione delle consulenze in varie specialità cliniche per pazienti in carico al SerT .

[Servizi in rete per le cure palliative nella fase terminale della vita e Ospedali Senza Dolore](#)

Nel corso del 2008 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 da tempo strutturato in modo da garantire sia la presenza dei professionisti medici ed infermieri delle specialità necessarie all'implementazione delle linee guida e al monitoraggio del sintomo dolore nelle aree di intervento sopradescritte, che dei rappresentanti del mondo del Volontariato e dei Medici di Medicina Generale.

Come per gli anni precedenti, gli obiettivi specifici sono stati proposti e concertati durante gli incontri di budget con i Dipartimenti. Nel corso del 2008 i Dipartimenti hanno implementato le attività inerenti la terapia del dolore, con obiettivi differenziati per le varie aree di intervento.

In occasione della VII Giornata del Sollievo del 2008, l'Azienda ha partecipato ai lavori del Corso Regionale "Ospedale senza dolore: un percorso integrato in continuo miglioramento" presentando la propria esperienza nel campo della terapia del dolore in area chirurgica e nell'area pediatrica.

La campagna di sensibilizzazione, così come da indicazioni regionali, è stata condotta in modo da offrire a tutti i cittadini una consulenza sanitaria telefonica sulla terapia del dolore ed anche il materiale informativo predisposto dalla Regione «L'Emilia-Romagna contro il dolore».

In particolare dal 26 maggio al 31 maggio 2008 l'Azienda ha reso disponibile dalle ore 8.30 alle ore 17.30 un servizio gratuito di informazioni telefoniche relative alla terapia del dolore, mediante il numero verde regionale unico 800-033.033. Il servizio di consulenza sanitaria telefonica, organizzato dal Comitato Ospedale Senza Dolore, è stato realizzato mediante gli specialisti del Servizio di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica.

Il Comitato Ospedale Senza Dolore ha il compito di assicurare un osservatorio specifico del dolore, di coordinare la formazione continua del personale medico e infermieristico, di promuovere gli interventi necessari per la disponibilità dei farmaci di derivazione oppiacea e di dare impulso all'applicazione di protocolli di trattamento del dolore di qualsiasi origine (dolore postoperatorio, neoplastico e cronico).

[Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto](#)

Diabete

I medici della SDS Malattie del Ricambio e Diabetologia sono impegnati nel Progetto Regionale di Gestione Integrata (GI) del Cittadino portatore di Diabete Mellito, che fa capo al progetto "Igea", condotto dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (ISS), su mandato del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm). Questo progetto prevede il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella gestione della patologia diabetica e delle sue complicanze, almeno per i diabetici di tipo 2, non complicati, secondo un Protocollo condiviso, in stretta collaborazione con lo specialista, che rivede il paziente con cadenza annuale. Attualmente sono stati inviati in GI 834 diabetici e le valutazioni sull'andamento della GI sono monitorate periodicamente sulla base di indicatori di processo, misti, di esito e di sistema.



Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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

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

È stata effettuata un'analisi dei percorsi assistenziali esistenti, che ha evidenziato alcuni punti di forza dovuti all'integrazione ospedale/territorio perseguita negli ultimi anni:

- è attiva in tutti i consultori della provincia una modalità consulenziale "1° colloquio" proposto dall'ostetrica per informare tutte le gravide sull'assistenza proposta e sull'importanza di promuovere scelte consapevoli di salute;
- è stato potenziato il progetto della gestione diretta da parte dell'ostetrica della gravidanza fisiologica: è in corso la revisione delle linee guida condivise dai professionisti per rendere uniformi le pratiche clinico-assistenziali;
- i corsi di accompagnamento alla nascita sono svolti nei consultori e nei punti nascita;
- il progetto di Dimissione Appropriata è confermato quale modello assistenziale integrato punto nascita /territorio e di promozione del benessere mamma-bambino: è applicato con modalità diverse a seconda delle specificità territoriali.

Grazie al perfezionamento ulteriore nell'applicazione del progetto di dimissione appropriata di cui la Delibera Aziendale 1170 – 18.11.1999 e all'Accordo locale stipulato tra le due Aziende e a livello dei piani di Zona con i pediatri di libera scelta del 03.06.2003, e attraverso plurimi incontri multidisciplinari effettuati, si è giunti alla riduzione dei tempi di degenza ospedaliera pur nella garanzia di sicurezza e qualità del percorso.

Prosegue la collaborazione con l'Associazione di volontariato Futura con la presenza delle volontarie all'interno degli ambulatori per l'allattamento e nei corsi di accompagnamento alla nascita. Inoltre, sempre in collaborazione con l'Associazione Futura, le due Aziende sanitarie hanno realizzato, il 19 settembre 2008, un Convegno riguardante l'umanizzazione della gravidanza, del parto e del dopo parto (cfr. capitolo 2 paragrafo *Impatto sul contesto territoriale*).

La Delibera di Giunta Regionale n. 533 del 20 aprile 2008 ha definitivamente normato l'esperienza di programmazione svolta dalla Commissione Consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita.

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

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

1. "Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)": è stata effettuata la formazione alla consulenza al personale delle due Aziende.

In questo ambito è stato definito il percorso per garantire la possibilità di effettuare, a partire da marzo 2009, "TRANSLUCENZA NUCALE + BI-TEST" a tutte le gravide che afferiscono al Servizio Assistenza alla Gravidanza (SAG) della Clinica Ostetrica e al Servizio Salute Donna di Parma e Fidenza con l'obiettivo di allargare l'offerta secondo un cronogramma stabilito.

2. "Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna (predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici)": sono stati definiti i percorsi tra il 1° livello del territorio e il 2° livello della Clinica Ostetrica per l'approfondimento delle patologie fetali e i conseguenti interventi diagnostico-terapeutici ed è stato strutturato uno specifico DAY-SERVICE come risposta organizzativa a tale obiettivo.
3. "Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua



famiglia”: l’ostetrica sarà la figura portante del TRIAGE per l’accettazione urgenze e per la distinzione dei livelli di rischio per i percorsi assistenziali (Assistenza alla gravidanza e al parto a basso rischio).

4. “Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia (promozione e consolidamento dell’adozione della linea guida sul “Controllo del benessere fetale in travaglio di parto)””: sono state prodotte le Linee Guida condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell’AUSL; in Azienda Ospedaliera le Linee guida hanno trovato applicazione da marzo 2009.
5. “Miglioramento dell’assistenza ai disturbi emozionali delle donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l’assistenza al percorso nascita”: è stato definito il progetto per l’attuazione dell’obiettivo prevedendo un corso di formazione multidisciplinare ed interaziendale per operatori con l’obiettivo di attivare la capacità di rilevazione della depressione e del disagio relazionale, della presa in carico dei casi meno gravi e dell’accompagnamento eventuale al confronto con un professionista dell’aiuto.
6. “Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all’allattamento al seno”: è stata ridefinita la buona prassi per il parto naturale e l’allattamento al seno ed il monitoraggio della loro applicazione. Inoltre, sarà ribadita nel secondo semestre 2009 una formazione interaziendale per il sostegno e la promozione dell’allattamento al seno ed affinato il percorso della dimissione appropriata
7. “Favorire il processo di ascolto dell’opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l’adozione di strumenti e modalità di indagine specifici”: il relativo progetto prevede la rilevazione del vissuto delle donne nel “percorso” nascita attraverso appositi Focus group.
8. “Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie”: adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e di un protocollo diagnostico condiviso con l’Anatomia Patologica.
9. “Garantire un’assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero” (mantenimento della collaborazione già assodata con il Territorio).
10. “Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un’offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata”: l’obiettivo si svolgerà attraverso l’applicazione di un modello condiviso tra le Aziende sanitarie con un’offerta attiva alle fasce deboli e ad elevata criticità socio-familiare.
11. “Aumentare la conoscenza e l’attenzione dei professionisti e delle donne al tema ‘il dolore del parto’, anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche”:
 - le nuove Linee Guida sull’assistenza al travaglio/parto descrivono le metodiche finalizzate al sostegno non-farmacologico;
 - la parto-analgesia farmacologia sottende una progettualità in Area Vasta che è ancora in via di definizione.

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

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

La nutrizione artificiale

L’Accordo Interaziendale tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL garantisce nel territorio di Parma e Provincia, ormai da diversi anni, la presenza di due Team Nutrizionali esperti, e assicura un



sistema di cure integrato, da parte di personale sanitario qualificato, per tutti i cittadini che necessitano di un supporto nutrizionale artificiale.

I principali compiti istituzionali del Team Nutrizionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono di indirizzo, supervisione e monitoraggio in tutte le Unità Operative dell'Azienda nonché di prevenzione e gestione delle complicanze della Nutrizione Artificiale, di formazione e informazione degli operatori, di addestramento dei pazienti, familiari e/o care-givers alla corretta gestione di nutrienti e linee infusionali in vista della deospedalizzazione, di attivazione del service per la fornitura dei nutrienti e del materiale di supporto al domicilio del paziente e quindi di affidamento al Team Nutrizionale territoriale o, in caso di residenti fuori provincia, di contatto e informazione delle autorità sanitarie competenti. Il Team si prende inoltre carico di pazienti ambulatoriali che presentino complicanze maggiori della Nutrizione Artificiale o che necessitino di una via di accesso per iniziarla.

Nel 2008 è stata istituita la Commissione Interaziendale per la Nutrizione Artificiale nel cui ambito è stato avviato il gruppo di lavoro "Preso in carico delle patologie croniche sul territorio"- Commissione NAD nella stesura della bozza per il Piano Attuativo Locale sulla nutrizione artificiale.

I due Team Nutrizionali, ospedaliero e territoriale, hanno inoltre redatto un documento congiunto che ridefinisce le Linee Guida Aziendali allo scopo di affinare la condivisione dei criteri di eleggibilità e appropriatezza e di aggiornare i percorsi operativi all'evolversi delle più recenti evidenze scientifiche e dei principi di bioetica.

Attività clinico-assistenziale

I nuovi casi avviati alla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) nel corso dell'anno 2008 sono stati 206 (186 residenti nella provincia di Parma e 20 residenti fuori provincia). Nel 2007 i nuovi casi erano stati 212 (di cui 29 fuori provincia) e nel 2006 140 (di cui 15 fuori provincia).

La casistica è composta nella gran parte (86%) da pazienti con patologie *neurologiche e oncologiche*; i restanti casi riguardano *malattie del tratto gastrointestinale* (principalmente malattie infiammatorie intestinali e sindromi da intestino corto post-resezioni chirurgiche estese), *anoressia nervosa, patologie pediatriche* e altre malattie più rare.

Nel 2008 i pazienti in NAD nella provincia di Parma sono risultati complessivamente 642 con giornate di trattamento cumulative 112.932. Nel corso del 2007 i pazienti in trattamento domiciliare erano 591 con giornate di trattamento cumulative pari a 111.595. La mortalità a 1 mese dei pazienti attivati nel 2008 è risultata del 14,7%: un dato in linea con i rilievi della letteratura internazionale e espressione della correttezza dell'indicazione alla NAD.

L'attività clinico-assistenziale si è ulteriormente sviluppata, come peraltro atteso, per un diffuso estendersi della richiesta all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Si è dunque registrato un marcato incremento degli interventi: le valutazioni di pertinenza medica sono risultate 945 rispetto alle 765 del 2007 e alle 665 del 2006. Le prestazioni di pertinenza infermieristica sono risultate quasi 3.500 rispetto alle circa 2.800 del 2007 e alle circa 2.400 del 2006. L'apparente contrasto tra aumento ulteriore delle prestazioni professionali e la sostanziale stabilità del numero delle nuove attivazioni rispetto al 2007 si spiega con una più assidua e diffusa richiesta di consulenze e di prestazioni a carattere gestionale e con un maggiore controllo dell'appropriatezza delle indicazioni alla NAD alla luce delle più recenti evidenze della letteratura scientifica anche in ordine ai principi di bioetica, con particolare riguardo ai pazienti affetti da malattie in fase avanzata nei quali possono risultare indicati trattamenti alternativi di tipo palliativo.

Anche nel 2008 la frequenza di pazienti con prescrizione di nutrizione *parenterale* è stata pari al 4% e risultata inferiore alla media nazionale. Una indagine epidemiologica promossa dal Gruppo Tecnico Regionale per la Nutrizione Artificiale nei vari centri della Regione conferma per il 2008 una prevalenza del 12% circa di pazienti ricoverati che necessitano giornalmente di un supporto nutrizionale artificiale.

Da dicembre 2008 è stata implementata presso l'Azienda una procedura di accesso enterale per via radiologica (RIG o PEG radiologica), in alternativa alla tradizionale PEG con accesso per via endoscopica. Si tratta di una procedura mini-invasiva che permette il posizionamento di una sonda gastrostomica per nutrizione enterale direttamente nello stomaco senza necessità di endoscopia. Ne traggono particolare vantaggio i pazienti nei quali la PEG non è realizzabile per steno-occlusione delle alte vie digestive e i pazienti con insufficienza respiratoria (SLA, BPCO) in quanto la RIG non richiede sedazione. Il Team Nutrizionale ha operato affinché tale metodica potesse essere realizzata trovando l'adesione e la proficua collaborazione dei professionisti radiologi interventisti.



Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale è quantitativamente assai meno rilevante rispetto ai compiti istituzionali del TN ed è rivolta prevalentemente a pazienti inviati dal TN territoriale che presentano complicanze maggiori correlate alla NA non gestibili a domicilio o che necessitano del posizionamento di una via di accesso per iniziare la NA (22 casi, 24 valutazioni); pazienti neoplastici o chirurgici che necessitano di supporto nutrizionale pre- o post-intervento o chemio-radioterapia (15 casi, 23 valutazioni); ma anche pazienti affetti da anoressia nervosa (8 casi, 18 valutazioni); pazienti affetti da SLA (18 casi, 36 valutazioni).

Percorsi multidisciplinari

- Percorso Diagnostico-Terapeutico SLA: è proseguita nel corso del 2008 l'implementazione del Percorso Multidisciplinare Interaziendale sulla Sclerosi Laterale Amiotrofica: 18 nuovi casi valutati nell'ambito di un programma di follow-up che prevede visite di controllo con la contestuale disponibilità, nella stessa giornata, di tutti gli specialisti coinvolti in modo tale da favorire e semplificare l'iter del paziente. È previsto il follow-up di tutti i pazienti della provincia in collaborazione integrata con l'équipe territoriale.
- Il Centro di Nutrizione Artificiale partecipa al Team multidisciplinare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dedicato alla assistenza ai DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare), come previsto dalle direttive Regionali in continuità con le Linee Guida 89 – 2004 "Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare", ed è impegnato nell'elaborazione di uno specifico percorso clinico ed organizzativo (rilevazione precoce del disturbo nelle differenti fasce di età, diagnosi e presa in carico, trattamento, follow up, eventuale ospedalizzazione, eccetera).
- Percorso Diagnostico-Terapeutico per il paziente fratturato di femore, in collaborazione con le UU.OO. Ortopediche e con il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, operativo dal 2007.

Nel corso dell'anno 2008, oltre allo svolgimento di attività formative ed educative, il Team ha elaborato e diffuso manuali dedicati ai pazienti (Consigli dietetici per i pazienti operati di resezione intestinale estesa, Consigli dietetici per pazienti sottoposti a gastrectomia, Consigli dietetici per i pazienti con pancreatite cronica o sottoposti a pancreatectomia) e ai professionisti (Trattamento nutrizionale nei pazienti con sindrome da intestino corto, Gestione della terapia nutrizionale del paziente adulto con pancreatite acuta severa).

Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso del 2008, così come previsto nel documento regionale dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi allo scompenso cardiaco, si è proceduto alla messa in rete dei soggetti interessati alla gestione clinica dei pazienti con questa patologia. All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state individuate le funzioni di Hub provinciale caratteristiche dell'Unità Operativa di Cardiologia con le attività concernenti l'impianto di defibrillatori e pace makers biventricolari nei pazienti più critici. Si è inoltre precisata la funzione Hub di II livello del Day Hospital dell'Unità Operativa di Cardiologia per la selezione e l'invio dei pazienti all'Hub di III livello di Bologna Sant'Orsola nei casi nei quali è posta l'indicazione di trapianto cardiaco. L'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Fidenza ha attivato nel 2008 un day hospital rivolto in modo particolare alla cura dei pazienti con scompenso cardiaco. Questa iniziativa prevede una collaborazione permanente con il nucleo di cure primarie del Distretto di Fidenza per garantire anche in quella zona l'assistenza domiciliare ai pazienti scompensati.

Durante il secondo semestre del 2008, come previsto, nel Distretto di Parma si è attivato, in via sperimentale, il progetto che prevede la prosecuzione del percorso assistenziale del paziente scompensato, dopo le dimissioni ospedaliere, attraverso l'attivazione del Servizio Infermieristico territoriale e con la collaborazione del Medico di medicina generale.

Attraverso questa fase del progetto si intende garantire a questi pazienti una procedura strutturata e standardizzata di controlli medici ed infermieristici nei sei mesi successivi alle dimissioni ospedaliere.

In questa fase, inoltre, sono state monitorate le diagnosi di ammissione e di dimissione dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concernenti i pazienti con scompenso cardiaco acuto. In collaborazione con tre gruppi di cure primarie della città di Parma si è proceduto all'implementazione delle procedure previste con controlli prima clinici e poi telefonici da parte dei MMG e del personale infermieristico territoriale. Si è quindi dimostrata la fattibilità del progetto che verrà quindi esteso a tutto il Distretto di Parma nel corso del 2009.



La rete cardiologica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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 e da MMG nel corso del 2008 ha gestito l'attuazione e la verifica della rete dell'infarto.

Nel 2008 vi è stata la sostanziale realizzazione della rete cardiologica provinciale per l'infarto del miocardio con l'attuazione clinica del progetto di teletrasmissione dell'ECG dai mezzi di soccorso del 118 all'UTIC dell'Ospedale di Parma.

I professionisti del Comitato cardiologico provinciale hanno svolto un ruolo di promozione delle attività previste sul territorio coinvolgendo tutte le sedi di Automedica della provincia interessate alla teletrasmissione dell'ECG. In tale contesto oltre alla formazione specifica riguardante la diagnosi e la terapia delle sindromi coronariche acute, si è anche provveduto ad effettuare una campagna di educazione su tutto il territorio provinciale riguardante la prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica.

Nel 2008 si è registrato, inoltre, un incremento significativo dell'Angioplastica primaria come trattamento della Sindrome Coronarica Acuta per i pazienti della provincia di Parma, trend analogo a quello di altre province della Regione.

Contestualmente al decollo della rete territoriale vi è stato un processo di miglioramento dei percorsi intraospedalieri e si è provveduto al potenziamento ed alla qualificazione del personale nei settori dell'UTIC e dell'Emodinamica dell'Ospedale di Parma, con risultati significativi per quanto riguarda i tempi di attivazione delle procedure interventistiche ed il successo di tali procedure.

La crescita della rete cardiologica è stata agevolata attraverso un pieno rapporto di collaborazione tra tutti i soggetti della rete mediante il continuo e sistematico confronto tra le realtà operative presenti nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nei Presidi Ospedalieri dell'AUSL e sul Territorio (118, Cardiologia territoriale).

In tale ambito si sono determinati protocolli riguardanti il trasporto dei pazienti critici ed i rapporti assistenziali e professionali tra le Cardiologie del territorio provinciale.

L'Atto di Indirizzo e coordinamento approvato dall'Ufficio di Presidenza della CTSS della provincia di Parma il 24 Novembre 2008, si veda a riguardo anche il paragrafo *Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria* nel presente capitolo, individua tra i risultati conseguiti nel processo di programmazione nel triennio 2006-2008 lo sviluppo delle Reti Integrate ospedaliere, con funzione di eccellenza per la Cardiochirurgia di Parma e la realizzazione di collaborazioni multidisciplinari e di protocolli clinico-organizzativi con risultati qualificanti nell'assistenza cardiologica.

Dimissioni difficili/protette

Il percorso delle Dimissioni Difficili/Protette è volto ad assicurare la 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, anche attraverso il coinvolgimento tempestivo dei diversi attori: la famiglia, il MMG, i servizi socio-sanitari del Comune e dell'AUSL e le Associazioni di volontariato.

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.

L'attività del Servizio Sociale Ospedaliero si è inserita nei percorsi per l'integrazione sociale e sanitaria, promuovendo una cultura organizzativa la cui mission è l'affermazione della centralità della persona e la promozione della salute, intesa come benessere biopsicosociale. Gli assistenti sociali oltre a garantire informazione e orientamento sull'utilizzo delle risorse extraospedaliere, attivano progetti di intervento a



favore della persona malata supportando le sue risorse personali, familiari e di comunità e attraverso la messa in rete di risorse pubbliche e di privato sociale. Il Servizio Sociale Ospedaliero collabora inoltre alla implementazione di progetti socio-sanitari a favore di particolari aree di utenza (percorso per pazienti colpiti da stroke, ortogeriatrics, anziani affetti da demenza, eccetera) garantendo l'integrazione tra competenze sociali e sanitarie e una lettura multidimensionale dei bisogni.

Rispetto alla valutazione degli esiti del percorso delle Dimissioni Difficili/Protette, è stata utilizzata una scheda di raccolta dati, prodotti dal Servizio Sociale Ospedaliero. Di seguito sono riportati i dati relativi al 2008.

Anno 2008	
Numero di segnalazioni concluse	1496
Rientrati a domicilio	568
Istituzionalizzati (RSA, case protette, case di riposo, etc.)	274
Trasferiti ad altri reparti dell'Azienda	411
Deceduti nell'attesa della dimissione	116
Trasferiti ad altri Ospedali	130

Le segnalazioni riguardano i pazienti residenti nei quattro Distretti dell'AUSL di Parma (Distretto di Parma 994; Distretto Sud Est 254; Distretto Fidenza 99; Distretto Valli Taro Ceno 104) ma anche provenienti da altre Province (99, oltre a 5 persone irregolari).

Il numero totale delle segnalazioni è in continuo aumento (548 nel 2002, 1375 nel 2006, 1496 nel 2008). Ciò si giustifica tenendo conto dei trend demografici, quali l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie cronico-degenerative). Il maggior numero di casi presi in carico come Dimissione Protetta può essere spiegato anche in relazione alla promozione della cultura dell'integrazione socio-sanitaria, al consolidamento del lavoro integrato Ospedale-Territorio e della lettura multidimensionale dei bisogni dell'utenza.

Grafico 7 Segnalazioni per reparto di degenza – valori assoluti, anno 2008
(altri Reparti: 65)

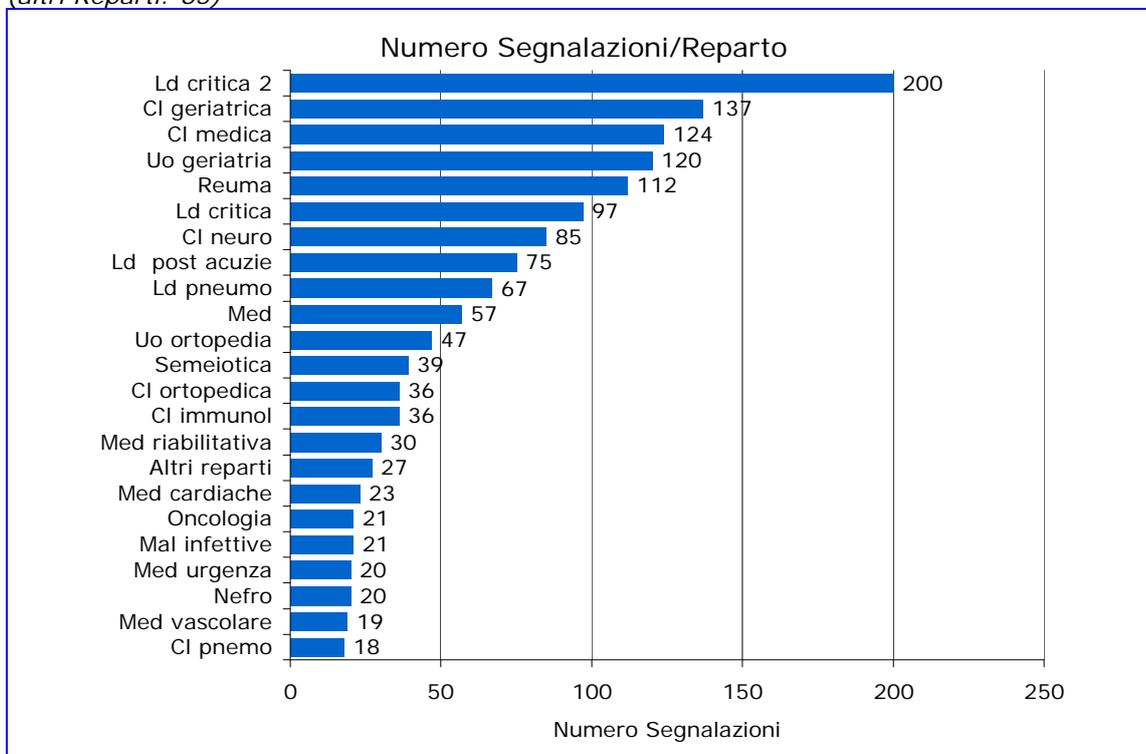
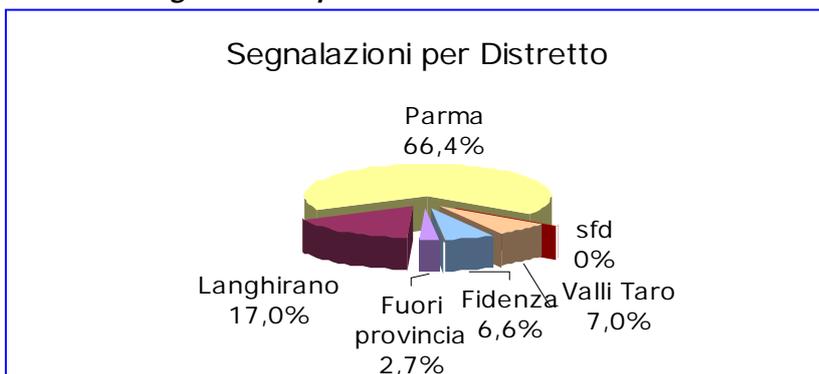




Grafico 8 Segnalazioni per Distretto di residenza – valori assoluti, anno 2008



L'intenso sforzo organizzativo ha permesso un progressivo incremento dei pazienti rientrati a domicilio rispetto a quelli inseriti in casa protetta (nel 2002 51% e 49% rispettivamente, nel 2006 60% e 40%, nel 2008 68% e 32%).

Restano evidenti alcune criticità rispetto alla tempestività della effettiva presa in carico dei bisogni di salute sul Territorio che incide negativamente sul dato dei giorni di ricovero improprio, attribuibile ad una molteplicità di fattori (organizzativi, peggioramento clinico, resistenze familiari, eccetera). La problematica più evidente riguarda i pazienti per i quali è necessario il trasferimento in struttura protetta.

Tabella 16 Dimissioni protette per Distretto di residenza – valori assoluti, anno 2008

Distretto di residenza	Valore assoluto
Fidenza	99
Fuori provincia	40
Sud Est	254
Parma	994
Senza fissa dimora	5
Valli Taro e Ceno	104
Totale	1496

Tabella 17 Esito delle segnalazioni di Dimissione Protetta per Distretto di residenza – valori assoluti, anno 2008

RESIDENZA	Fidenza	Fuori provincia	Sud Est	Parma	Taro e Ceno	Totale
Deceduto	6	3	12	91	4	116
Altro ospedale	14	8	29	60	19	130
Casa protetta	12	3	78	161	18	272
Domicilio	40	18	79	393	35	565
Totale	72	32	198	705	76	1088

Tabella 18 N. giorni ritardo (rispetto all'ipotesi di dimissibilità clinica), anno 2008

MEDIA N. giorni ritardo	12,7
MEDIA N. giorni ritardo per casa protetta	15

Tabella 19 Ritardo medio per Distretto di residenza, anno 2008

Ritardo medio per Distretto	
Fidenza	12,0
Fuori provincia	40,0
Sud Est	10,0
Parma	17,2
Taro e Ceno	22,8



Nel 2008 è stata avviata l'attività di analisi e studio dell'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 dei percorsi integrati Ospedale-Territorio e monitorare la realizzazione degli obiettivi definiti nei Piani di Zona.

Il percorso valutativo ha individuato in sintesi i seguenti 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, 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: disabili adulti, persone con disagio psichico, stranieri non residenti o irregolari;
- omogeneizzazione degli strumenti operativi attraverso il confronto su metodologie/strumenti attualmente utilizzati dall'Ospedale e dal Territorio per valutare i bisogni socio-assistenziali 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.

Nel corso del 2008 si è concluso in particolare il percorso di formazione/informazione dedicato ai MMG coinvolti nel Protocollo per le Dimissioni Protette.

Relativamente all'area di integrazione dei servizi sanitari e sociali, l'Azienda Ospedaliera ha collaborato alla definizione dei Piani di Zona (Tavolo Anziani, Disabili, Povertà e Inclusione Sociale), in particolare alla formulazione dei progetti per:

- la continuità assistenziale Ospedale Territorio per pazienti anziani,
- potenziamento della rete sociosanitaria a tutela dell'anziano fragile,
- interventi a sostegno di coloro che soffrono di demenza,
- sviluppo del Servizio Assistenza Anziani,
- qualificazione dei servizi residenziali,
- definizione dei percorsi per la continuità assistenziale dei pazienti che non rientrano nella attuale definizione del Protocollo per le Dimissioni Difficili (disabili, adulti privi di rete familiare), ma che evidenziano necessità di presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari conseguenti all'evento di malattia.

Ha inoltre preso parte ai programmi per la prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili degli effetti climatici e al gruppo di lavoro "La rete" coordinato dal Comune di Parma ed impegnato nella programmazione per l'attuazione locale del FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).

[L'anziano e i programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza](#)

Nel corso del 2008 sono continuate le programmate attività relative ai programmi di prevenzione e di supporto per l'anziano fragile con il continuo confronto con l'Azienda USL attraverso le commissioni interaziendali.

Sempre in corso d'anno, sono state implementate le azioni all'interno della rete servizi per anziani non autosufficienti ed è continuata la collaborazione con l'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) territoriale in convenzione con l'AUSL.

È peraltro proseguita l'attività di valutazione multidimensionale in ambito ambulatoriale per la valutazione della non autosufficienza.

Sono state implementate e consolidate le azioni attinenti alla qualificazione della qualità della vita e dell'assistenza orientate al benessere delle persone anziane e dei loro caregiver.

Particolare attenzione, infine, è stata posta al tema della gestione del paziente demente con BPSD, anche attraverso la valorizzazione dell'ambiente di cura (stanza dedicata e attrezzata per la stimolazione multisensoriale) e il supporto al caregiver.



L'ortogeriatría

Dal 2007 è attivo un percorso che coinvolge la U.O. di Geriatria e le UU.OO. di Ortopedia dell'AOU per la gestione dell'anziano con frattura di femore. Fin dall'ingresso in Ospedale del paziente un'équipe integrata (ortopedico, fisiatra, geriatra, assistente sociale) garantisce la valutazione multidimensionale dei bisogni (medico-sanitari, riabilitativi, socio-assistenziali) per la definizione di progetti personalizzati. L'obiettivo è quello di superare la parcellizzazione degli interventi nella fase di cure ospedaliere e garantire la dimissione dall'Ospedale attraverso la costruzione di percorsi integrati con la rete dei servizi sanitari e sociali che garantiscano la continuità nell'assistenza e nelle cure. Tale modalità ha inoltre permesso di ridurre i tempi di degenza e il tasso di complicazioni.

Nel corso dell'anno è continuata l'analisi dei motivi di ritardo nelle dimissioni per cause "interne" all'Azienda con lo sviluppo di un progetto di ricerca che intende chiarire e gestire il fenomeno.

Tale iniziativa è volta a comprendere le cause delle giornate di ricovero ospedaliere non necessarie e attuare interventi per responsabilizzare e sensibilizzare i clinici al fine di abbattere l'entità del fenomeno (cfr. a questo riguardo la sezione Interventi sull'accessibilità nel paragrafo *Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale* del presente capitolo).

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 nel 2008, in accordo con le direttive regionali contenute nel "Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ICTUS – Programma Stroke Care (D.G.R. 1720/2007)", sono diversificati e articolati.

Per quanto concerne il documento PDT – ictus cerebrale ischemico è in corso di preparazione l'ottava versione del PDT che conterrà il Percorso Integrato Interaziendale tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL di Parma. Inoltre, il programma informatizzato per la raccolta dati, già operativo dal 2003, è stato ulteriormente ampliato con l'introduzione di ulteriori dati e migliorato nel software al fine di poter realizzare un data base (stroke registry) provinciale. È stato inoltre predisposto, nell'ambito del costituendo Percorso Integrato Interaziendale, l'accesso anche da parte dei Presidi ospedalieri dell'Azienda USL coinvolti nella rete stroke.

L'attività svolta nell'anno 2008 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. Da questi dati emerge ancora una volta un complessivo miglioramento dei risultati raggiunti nel 2008 rispetto agli anni precedenti.

Tabella 20 Attività Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Ictus

INDICATORE	2005	2006	2007	2008
	(95%IC)	(95%IC)	(95%IC)	(95%IC)
Esecuzione TAC	95% (91-98)	97% (95-99)	97% (95-99)	100% (100-100)
Ricovero presso reparti dedicati	80% (76-85)	80% (76-85)	79% (74-84)	84% (78-89)
Visita fisiatrica tempestiva < 48 h	90% (83-97)	84% (75-93)	89% (82-95)	90% (81-98)
Destinazione alla dimissione	89% (79-99)	90% (80-99)	95% (89-100)	92% (76-100)
Visite di follow-up a 1 mese	52% (44-59)	30% (26-36)	75% (68-81)	84% (77-91)

Nel corso del 2008 l'attività ambulatoriale per le malattie cerebrovascolari è stata erogata presso le tre Unità Operative di riferimento del PDT ictus. Attualmente sono attivi 3 ambulatori, rispettivamente presso l'U.O. di Neurologia, l'U.O. Clinica Geriatrica e l'U.O. di Medicina Interna 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); e inquadramento diagnostico e attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria per tutti i pazienti non arruolati nel PDT afferenti agli ambulatori del territorio.



Nell'ambito dei programmi di formazione continua, previsti tra i requisiti essenziali dell'organizzazione assistenziale (D.G.R. n. 1720/2007), si è tenuto il corso di aggiornamento "Il ruolo dell'infermiere nello stroke care" in cui sono stati affrontati temi specifici quali: "La sorveglianza clinica", "Gli aspetti nutrizionali", "La mobilitazione", "Le complicanze respiratorie e il problema della comunicazione", "Le problematiche sociali e la figura del Case Manager". Il corso si è svolto in 5 settimane con 2 edizioni settimanali ed ha visto la partecipazione di oltre 90 Infermieri Professionali. Sempre nell'ambito dei programmi di formazione continua ed in previsione dell'attivazione del protocollo della trombolisi, si è tenuto un corso in 2 edizioni: "La terapia trombolitica e.v. nell'ictus cerebrale ischemico: condivisione del progetto aziendale e del protocollo operativo" rivolto a medici ed infermieri coinvolti nella procedura della trombolisi.

Peraltro, come previsto dal Programma Stroke Care della regione (D.G.R. n. 1720/2007), è stata individuata, nell'ambito delle professionalità infermieristiche, la figura del Case Manager Ospedaliero che svolge un ruolo centrale nella fase del 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 predimissione e dimissione) e ruolo all'interno del set.

È stato avviato il processo di integrazione tra le due Aziende che riguarda la fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera. Fase pre-ospedaliera: in collaborazione con l'Azienda USL, sono in via di definizione programmi di educazione della popolazione e di formazione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziale finalizzati al riconoscimento precoce dei sintomi ed all'importanza di un tempestivo allertamento della Centrale Operativa 118 per il trasporto rapido verso i Presidi ospedalieri, organizzati secondo il modello stroke care. Gli aspetti operativi del 118 sono già stati definiti nei dettagli nel Protocollo Trombolisi. Fase ospedaliera acuta: attualmente, all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e nei Presidi ospedalieri dell'Azienda USL, la gestione del paziente con ictus è 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 all'uniformazione delle procedure di gestione della fase acuta. Fase ospedaliera riabilitativa: ciascun paziente, a partire dalla fase acuta, è soggetto alla valutazione dei bisogni assistenziali e alla 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.

Il 1° ottobre 2008 è stato attivato il Protocollo Trombolisi. Il Protocollo vede coinvolte le seguenti Unità Operative: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Diagnostica Ematochimica, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico. L'eleggibilità anamnestico-clinica, radiologica e laboratoristica del paziente è verificata in Pronto Soccorso, mentre la fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) è effettuata presso la degenza monitorata dell'area neurochirurgica che soddisfa i requisiti richiesti dal D.M. 24 luglio 2003. Nei primi 3 mesi di attivazione del Protocollo sono stati eseguiti 3 trattamenti trombolitici.

Come ultima notazione, si segnala che nel settembre 2008 è stata fondata la sede provinciale di A.L.I.CE – Parma - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale. ALICE è un'Associazione di Volontariato di cui fanno parte medici, pazienti, familiari, infermieri, fisioterapisti, volontari il cui scopo principale è quello di far conoscere le problematiche dell'ictus, soprattutto inerenti alla prevenzione ed al pronto riconoscimento dei sintomi e di fornire un aiuto ai pazienti ed ai familiari. ALICE è nata con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed ha la propria sede nei locali interni all'area ospedaliera.

Emergenza territoriale

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nell'ambito della attività del Sistema della Emergenza Urgenza 118, nel corso dell'anno 2008, numerose sono state le attività che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale in collaborazione con le Associazioni di Volontariato hanno svolto.

Attivazione della rete radio multiservizi R3 in tecnologia TETRA: la nuova rete "R3", ad oggi, non è ancora operativa per quanto riguarda il settore del "soccorso sanitario" e necessita di sviluppi ad hoc per renderla in grado di supportare le procedure e le applicazioni informatiche per la gestione integrata dei mezzi di soccorso nelle Centrali regionali. Continua la sperimentazione.



Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto non urgente svolto a mezzo autoambulanza: è stato licenziato il documento elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale. Il percorso di Accreditamento si realizzerà nel corso del triennio 2009/2011 e sarà preceduto da una verifica da parte delle Aziende Sanitarie degli standard previsti dalla D.G.R. 1349/2003 entro il 30 giugno 2009.

Percorso di integrazione delle Centrali Operative presso il Centro Unico delle Emergenze: il trasferimento della Centrale 118 presso il Centro Unico delle Emergenze si presenta di rilevante complessità e implica la definizione di accordi con l'Amministrazione Comunale e compatibilità/competenze in ordine all'acquisizione delle tecnologie.

Sviluppo della convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS: la formalizzazione dell'accordo tra regione e SAER/CNSAS avverrà all'inizio 2009.

Percorso STEMI: il percorso interaziendale dell'infarto miocardico acuto ST-Sopra è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dall'inizio 2008 con 9 Postazioni 118 dotate di apparati di trasmissioni ECG. Previsto per i primi mesi 2009 la consegna degli ultimi tre apparati per la trasmissione dell'ECG alle postazioni 118 che ne erano sprovviste.

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

Percorso Clinical Competence per Infermieri 118: è stato completato il 2° ed iniziato il 3° Corso di Sviluppo delle Clinical Competence per Infermieri 118 che si concluderà nel primo trimestre 2009.

Organico infermieristico: l'implementazione del personale infermieristico di C.O. 118 e sui mezzi di soccorso di Parma città è completata.

Progetto "A casa Sicuri": al termine del primo trimestre 2007 si è interrotto il percorso iniziato nel 2006 con il Comune di Parma per arrivare ad una convenzione per la realizzazione di un nuovo sistema di telesoccorso denominato "A casa sicuri".

Rinnovo accordi convenzionali con le Associazioni di Volontariato: nei primi mesi dell'anno 2008 si è proceduto a rinnovare gli accordi convenzionali in essere con le Associazioni di Volontariato sia per quanto attiene i trasporti ordinari (limitatamente a quelli di competenza AUSL) che i trasporti in emergenza con particolare riferimento agli aspetti economici.

Formazione dei volontari del sistema 118: è stato costituito un centro di formazione del volontariato che, sulla base di un accordo con le Aziende Sanitarie è in grado di garantire la continuità del progetto formativo BLS-D.

Miglioramento del servizio di Soccorso e Trasporto in Emergenza dell'area montana: è stato predisposto un progetto di estensione del servizio di soccorso e trasporto in emergenza 24 ore / die per tutto l'anno presso il Punto di Primo Intervento Ospedaliero dell'Ospedale di Borgo Val di Taro.

Predisposizione di un progetto di integrazione tra l'attività di soccorso e trasporto in emergenza e attività di Pronto Soccorso presso l'Ospedale di Fidenza: è stato predisposto un progetto di integrazione della attività di emergenza territoriale e della attività di pronto soccorso presso l'Ospedale di Fidenza. Il progetto sarà attivo a far tempo da luglio 2009.

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

L'attività aziendale in materia di acquisto di beni e servizi è stata orientata, in relazione alle indicazioni regionali, all'obiettivo del contenimento dei costi, correlata peraltro alla necessità di garantire un adeguato supporto alle politiche di innovazione tecnologica proprie di un ospedale di eccellenza quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tali obiettivi sono stati perseguiti innanzitutto attraverso la continuazione del percorso intrapreso in Area Vasta dove si è condivisa e attuata una programmazione tesa ad aumentare le iniziative di gara comuni in settori di alta specializzazione dei dispositivi medici.



A ciò si è aggiunta la piena e costante adesione alle iniziative poste in essere da Intercent-ER e Consip, centrali d'acquisto regionale e nazionale, oltre a progetti aziendali che tendono a recuperare gli eventuali margini di efficienza nella gestione dei contratti di fornitura in essere.

L'Azienda ha infatti progressivamente aderito a tutte le convenzioni attive Intercent-ER, sia in campo sanitario (ad esempio guanti, articoli da laboratorio, ausili per incontinenza) che non sanitario (ad esempio noleggio fotocopiatrici, carta e cancelleria, prodotti non alimentari) per le quali non vi fossero ostacoli di natura tecnica, così come si è lavorato per aderire, non appena rese operative, alle convenzioni relative al materiale di medicazione classica e di medicazione avanzata (gare complesse per la numerosità dei lotti e la specificità dei prodotti che richiedono attente valutazioni da parte del servizio farmaceutico).

Si sottolinea inoltre che l'adesione alla convenzione per il noleggio di presidi antidecubito ha comportato un forte impatto organizzativo in relazione all'ingresso di nuovi presidi e ditte fornitrici e ha richiesto un adeguato periodo di prova e di approfondimenti da parte degli utilizzatori, del Servizio Assistenziale e del Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento e che è oggetto di costante monitoraggio nell'ambito del progetto aziendale connesso.

È stato così possibile centrare l'obiettivo regionale (fissato per l'aggregato AVEN) che prevedeva l'incremento dall'11% al 20% nell'anno 2008 del volume di acquisti tramite Intercent-ER, che è anche frutto della verifica in AVEN delle necessità aziendali finalizzata a condividere con Intercent-ER la programmazione 2008-2009 con la proposizione di gare di particolare complessità e rilevanza economica (complessivamente oltre 140 milioni di euro).

Al riguardo nel corso del 2008 si è conclusa la fase preparatoria delle gare Intercent-ER per l'acquisto di endoprotesi coronariche e di farmaci, fase che ha visto coinvolti gruppi di lavoro multiprofessionali ai quali hanno fornito un contributo preponderante i nostri professionisti. Si è inoltre proceduto alla pubblicazione dei bandi e, per quanto riguarda la prima gara citata, la commissione giudicatrice ha rassegnato le risultanze della valutazione tecnica.

Non si deve poi trascurare il supporto tecnico che l'Azienda ha costantemente fornito ad Intercent-ER, in rappresentanza di AVEN, nei gruppi di lavoro per la predisposizione di capitolati e quali componenti di commissioni per l'aggiudicazione di gare (medicazione classica e avanzata, ambulanze, arredi sanitari, strisce reattive per diabetologia, mezzi di contrasto, verifica sicurezza elettrica e funzionalità attrezzature, provette sottovuoto ed articoli da laboratorio).

Per quanto riguarda altre aree su cui la Regione intendeva indirizzare l'attività di standardizzazione a livello regionale si precisa che è stata attivata la convenzione Intercent-ER per la "telefonia mobile", mentre nel corso del 2008 il competente Servizio Attività Tecniche ha lavorato per riuscire ad attivare nei primi mesi del 2009 le convenzioni per la fornitura di energia elettrica e per la "telefonia fissa", di particolare complessità in quanto risultava necessario definire le condizioni specifiche di servizio.

Per quanto concerne la specifica attività in Area Vasta, la nostra Azienda è stata impegnata in una procedura di particolare complessità e di notevole impatto economico quale quella per dispositivi medici per videolaparoscopia, ma è anche stata individuata come capofila per altre procedure avviate entro il 2008 (dispositivi medici per uso oculistico, elettrodi per ECG, service di IVUS).

Questa procedura rappresenta un nuovo ambito di aggregazione del fabbisogno in sede di Area Vasta, in quanto si sperimenta l'unione di acquisto rispetto alla tipologia contrattuale dei service di interventistica (unica altra ipotesi la gara NAT con capofila Azienda Ospedaliera di Modena aggiudicata nell'aprile 2008). Trattasi di un ambito di rilevante interesse al quale, nella programmazione AVEN, si è ritenuto di attribuire maggiore importanza rispetto al passato e, in relazione alla specifica esperienza maturata, Parma è stata individuata come capofila per altre due procedure: service per immunocoloratore e service per i sistemi di aferesi, per i quali nel corso del 2008 sono attivati gli studi di fattibilità.

Per quanto riguarda le iniziative aziendali, nel corso del 2008, è stata ulteriormente sviluppata la collaborazione con la ditta aggiudicataria del contratto dei fili di sutura per il progetto di gestione informatizzata di ordini e scorte. La prima fase aveva interessato i comparti operatori delle U.O. del Dipartimento Chirurgico, poi estesa alla U.O. Cardiochirurgia e Day Surgery. Tale sistema, che interessa il conto deposito concordato per la fornitura, ha già dato ottimi risultati nella razionalizzazione di ordini e scorte, garantendo sia la qualità delle prestazioni e la costante disponibilità del materiale utilizzato negli interventi chirurgici attraverso il riordino automatico, sia la riduzione della spesa relativa contenendo le scorte. Il processo di formazione che ha coinvolto gli addetti ai lavori, pur faticoso nella prima fase, è stato determinante nel perseguimento degli obiettivi dati in quanto ha sviluppato la consapevole partecipazione degli stessi.

Deve sottolinearsi che la positiva esperienza ha convinto a considerare la possibilità di ampliare tale modalità sia ad altre unità operative che ad altri prodotti. Ciò si auspica potrà essere realizzato nel corso



del 2009 in relazione all'aggiudicazione delle gare dei dispositivi medici per videolaparoscopia, suture, suturatrici meccaniche e reti erniarie.

L'esperienza è stata presentata in AVEN per estendere eventualmente il sistema anche alle altre Aziende dell'Area Vasta.

Non può trascurarsi, inoltre, il forte impegno che ha coinvolto l'Azienda nelle procedure di acquisizione di importanti innovazioni tecnologiche: RMN 3T, inaugurata ad aprile 2009, acquisita con donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e che sarà oggetto di una stretta collaborazione con il dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Parma diretto dal prof. Rizzolatti, e il nuovo acceleratore lineare, la cui attivazione è prevista per il secondo semestre 2009. Trattasi, infatti, di procedure di particolare complessità per la rilevanza economica, per l'innovatività delle tecnologie, per l'impatto anche strutturale delle installazioni. Per questi motivi sono state coinvolte tutte le professionalità dei Servizi afferenti il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie, il Servizio di Fisica Sanitaria, il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale oltre che, ovviamente, i clinici utilizzatori.

Relazione Area Vasta Emilia Nord

Nel corso dell'anno 2008 l'impegno dell'Area Vasta Emilia Nord è stato indirizzato:

- o da un lato a dare continuità alle attività e progetti su cui si è costituita inizialmente l'Associazione stessa (Acquisti centralizzati e Logistica Integrata);
- o dall'altro ad estendere e favorire processi di integrazione in ulteriori ambiti di intervento, in linea con espliciti indirizzi regionali in materia, finalizzati a contribuire alla omogenizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

Il Piano delle azioni, adottato in data 2 aprile 2008 dall'Assemblea dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie associate, rappresenta il riferimento per l'analisi e la verifica della realizzazione degli obiettivi e dei risultati raggiunti.

Acquisti centralizzati e monitoraggio

In tema di acquisti centralizzati gli obiettivi per l'anno 2008 comprendevano principalmente:

1. Potenziamento dell'interazione con Intercent-ER: incremento dall'11% al 20% degli acquisti da effettuare tramite Intercent-ER (obiettivo regionale).

Per la realizzazione di tale obiettivo AVEN ha collaborato attivamente con l'Agenzia Intercent-ER alla definizione della programmazione delle gare regionali di beni sanitari per il biennio 2008-2009 ed ha fornito il supporto tecnico-professionale per l'espletamento delle stesse (partecipazione di professionisti con specifiche competenze alla stesura dei capitolati e alle Commissioni di gara, raccolta e definizione dei fabbisogni da parte dei Servizi di competenza).

Le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno raggiunto un volume di acquisti tramite convenzioni Intercent-ER (calcolato come valore annuo degli importi delle convenzioni attive e bandite nel 2008) che ammonta a € 303.400.000, pari al 36% della spesa per beni e servizi.

Sempre con riferimento alle procedure di acquisto svolte dalla Agenzia Regionale Intercent-ER, nel corso dell'anno 2008 è stato approfondito il confronto per la definizione di un modello organizzativo maggiormente strutturato tra Aziende sanitarie, Area Vasta e Centrale d'Acquisto regionale per il governo delle attività connesse alla gestione delle convenzioni regionali in Area Vasta in termini di monitoraggio dell'effettiva adesione e di risoluzione delle problematiche post-gara.

2. Incremento delle procedure di acquisto centralizzate a livello di Area Vasta rispetto a quelle aziendali.

Nella programmazione delle attività di acquisto di Area Vasta 2008-2009 si è puntato ad ampliare il numero di procedure da espletare a livello centralizzato, estendendole anche al settore servizi, attrezzature e service e al contenimento dei tempi richiesti per portarle a termine; infatti il ritardo sui tempi previsti per l'attivazione dei contratti incide negativamente sul processo di progressivo allineamento delle scadenze contrattuali.

Nell'ottica di perseguire una maggiore efficienza organizzativa sono state realizzate le seguenti azioni:

- o suddivisione delle gare in tipologie omogenee, puntando alla specializzazione di singole Aziende per specifici settori;
- o affidamento ad un'Azienda referente della responsabilità per la conduzione, strategia, esiti di gara, informazione e gestione post-gara e nomina di un gruppo di referenti (tecnici e amministrativi) per ogni gara.

3. Implementazione di strumenti e modalità di monitoraggio

In merito alle attività connesse all'implementazione degli strumenti di monitoraggio, l'impegno principale nel 2008 è risultato quello relativo alla predisposizione dei prerequisiti per l'adozione di



codifiche (e/o anagrafiche) comuni (o comunque di sistemi di transcodifica) relativamente ai beni sanitari, in vista della prossima attivazione del magazzino unico di Area Vasta. In particolare per quanto riguarda i dispositivi medici tutte le Aziende AVEN hanno lavorato per l'inserimento e/o il completamento della classificazione CND dei Dispositivi Medici, secondo le indicazioni del gruppo regionale.

Relativamente alle modalità di monitoraggio, per tutte le gare di nuova attivazione si è provveduto, in sede di definizione dello "studio di fattibilità" preliminare allo svolgimento della procedura, alla raccolta dei prezzi, vigenti nelle diverse Aziende, dei prodotti oggetto di gara. Tale impostazione ha consentito una più congrua definizione delle basi d'appalto ed una valutazione più precisa dei risultati economici conseguiti.

Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato

La costruzione e gestione di un magazzino centralizzato per la logistica dei beni sanitari, rappresenta il principale e forse anche il più impegnativo progetto condiviso dalle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord. Conclusa la fase progettuale e di acquisto del terreno si è passati nel 2008 alla fase più propriamente operativa.

È stato costituito un team multiprofessionale per il progetto Magazzino Unico dei Beni Sanitari che nel 2008 ha affrontato le seguenti tematiche:

- implementazione delle procedure informatizzate per la gestione del magazzino;
- impostazione e definizione del capitolato tecnico per l'allestimento interno del magazzino e per l'affidamento dei servizi, personale e trasporti, connessi alla realizzazione del progetto di logistica integrata;
- organizzazione del sistema di distribuzione.

Completato l'iter per il rilascio della concessione edilizia da parte del Comune di Reggio Emilia, si è proceduto alla pubblicazione della gara per la costruzione dell'edificio ed al controllo amministrativo delle offerte presentate e per la valutazione tecnica ed economica. L'aggiudicazione definitiva è prevista entro il I semestre 2009.

Un altro settore di attività connesso alla realizzazione del Progetto di Logistica integrata è quello relativo alla "Reingegnerizzazione dei processi", ovvero alla necessità di approfondire la portata e l'impatto sulle organizzazioni delle Aziende associate che il cambiamento organizzativo connesso alla realizzazione del Magazzino unico comporta.

Attività per l'integrazione in ambito clinico-assistenziale

Nel corso del secondo semestre 2008 sono stati attivati una serie di gruppi di lavoro su specifici settori d'intervento, ognuno coordinato da un Direttore Sanitario delle Aziende AVEN:

- Gruppo per la valutazione dell'inserimento di Tecnologie Innovative
Il gruppo, composto da medici di organizzazione, referenti dell'area ricerca innovazione e ingegneri clinici, ha affrontato temi quali la condivisione a livello di Area Vasta del progetto IORT-radioterapia intraoperatoria, che vede l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia nel ruolo di sperimentatore della nuova procedura, l'interazione con il gruppo regionale ORI (Osservatorio Regionale per l'Innovazione), l'opportunità di formulare pareri e valutazioni in merito all'introduzione o dismissione di nuove tecnologie anche di basso profilo economico, ma di impatto sull'organizzazione dei servizi.
- Gruppo area Ricerca-Innovazione
Il gruppo, composto dai referenti aziendali dell'area ricerca innovazione e dal CeVEAS, si è dato come obiettivo quello di favorire la collaborazione e l'integrazione tra le Aziende dell'Area Vasta Emilia-Nord nella elaborazione di Progetti di Ricerca Regione-Università per gli anni 2008-2009 relativi all'area ricerca per il governo clinico. Ha inoltre effettuato l'analisi e il confronto dei progetti di modernizzazione proposti dalle Aziende Sanitarie AVEN per il 2008, allo scopo di individuare tematiche di comune interesse da presentare come Area Vasta (ad esempio il progetto delle "emoteche intelligenti" presentato dalle Aziende di Modena).
È stato inoltre affrontato il tema degli adempimenti aziendali riferiti all'anagrafe della ricerca promossa dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dei criteri uniformi di presentazione dei progetti ai Comitati Etici. È stata confermata l'opportunità di condividere lo stesso programma informatico per la gestione dei dati delle sperimentazioni cliniche.
- Gruppo Accordi di Area Vasta con le strutture private accreditate
Il gruppo ha elaborato una proposta di accordo di Area Vasta, che prevedeva un tetto di spesa per ogni Azienda USL; tale proposta è stata sottoposta ai rappresentanti delle strutture private accreditate, come previsto dall'accordo Regione AIOP 2007/2009. Il gruppo ha proposto attività di



formazione rivolta ai professionisti aziendali che eseguono i controlli delle cartelle cliniche, finalizzata ad una maggiore uniformità di tale attività.

- Gruppo Audit clinico per l'attività di cardiologia e cardiocirurgia
È stato costituito il team di valutatori, composto dai professionisti cardiologi, cardiocirurghi e medici di organizzazione indicati dalle strutture pubbliche e private presenti in Area Vasta ed è stato condotto l'audit, sulla base delle indicazioni dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. È stata predisposta una scheda omogenea per la valutazione qualitativa della cartella clinica e della congruità SDO/cartella.
- Gruppo Assistenza in Emergenza-Urgenza
Il gruppo ha lavorato alla modalità di rilevazione delle attività e all'analisi dei modelli organizzativi adottati nel settore Emergenza-Urgenza nelle singole realtà aziendali e/o provinciali.
- Gruppo Programma Percorso Nascita
Il gruppo si è costituito con l'obiettivo di favorire l'implementazione del Programma regionale in materia (D.G.R. 533/08), anche tramite il confronto dei piani provinciali, l'analisi delle criticità e la verifica delle possibili interazioni; si è avvalso del supporto metodologico del CeVEAS per la predisposizione di strumenti, al fine di consentire il confronto tra le diverse realtà provinciali.
- Gruppo Programma Odontoiatria
Nell'ambito della nuova delibera di giunta approvata il 4 giugno 2008 il gruppo ha elaborato un documento condiviso che costituirà la premessa del Programma Odontoiatria che ogni Azienda presenterà in Regione. Il documento individua una serie di criticità nell'applicazione della Delibera Regionale in ambito odontoiatrico ed espone una serie di proposte operative.

Attività per l'integrazione in ambito amministrativo-gestionale

I gruppi di lavoro nell'ambito di integrazione amministrativo gestionale riguardano:

- normativa appalti,
- assicurazioni,
- risorse umane,
- bilancio,
- economato,
- assistenza farmaceutica,
- ingegneria clinica,
- sistemi informativi.

Alcuni gruppi hanno proseguito nel 2008 i percorsi di integrazione iniziati negli scorsi anni, altri invece (gruppo assicurazioni, gruppo responsabili risorse umane) sono stati attivati nel 2008.

Si segnala in particolare l'attività di costante confronto ed aggiornamento svolta dal gruppo normativa appalti che si è concentrata sugli aspetti relativi agli adempimenti in carico alle stazioni appaltanti in materia di sicurezza del lavoro (DUVRI, individuazione dei costi relativi alla sicurezza in sede di definizione delle basi d'appalto), con specifica attenzione ai problemi connessi alla gestione delle gare di Area Vasta. Il gruppo ha approfondito gli aspetti connessi ai debiti informativi che la normativa impone, con il duplice obiettivo di uniformare e standardizzare i comportamenti delle singole Aziende e di individuare compiti e responsabilità in relazione alle gare ed ai contratti di Area Vasta.

Progetti regionali compresi nella committenza CUP 2000, che individuano le Aree Vaste come referenti

Sempre nel 2008 le attività coordinate dall'Area Vasta hanno riguardato anche la gestione di progetti regionali in particolar modo relativi al settore dell'Information Technology, quali:

- progetto Integratore CUP di Area Vasta
Il progetto ha coinvolto a livello di Area Vasta i referenti aziendali gruppo offerta e i responsabili dei CED che si sono confrontati con i responsabili del progetto di CUP 2000. È stata effettuata un'analisi organizzativa per valutare le caratteristiche del sistema di offerta e la gestione della prenotazione CUP per alcune prestazioni di diagnostica strumentale: PET, RMN, TAC e Mammografie.
- progetto SOLE
Nel 2008 è proseguito lo sviluppo del progetto nelle singole Aziende; a livello di Area Vasta sono stati organizzati incontri finalizzati all'adozione di definizioni uniformi del catalogo delle prestazioni e all'adozione di indirizzi comuni per le modalità di raccolta del consenso informato.

Attività di tipo scientifico

AVEN si avvale della collaborazione del CeVEAS, che rappresenta la struttura a presidio degli aspetti scientifici e metodologici a supporto del processo di selezione, valutazione e monitoraggio dei consumi



dei prodotti sanitari. Il CeVEAS, dal 2008 diventa funzionalmente una struttura di AVEN, pur restando in capo all'Azienda USL di Modena dal punto di vista amministrativo.

Per l'anno 2008 le attività che hanno visto la collaborazione del CeVEAS sono state le seguenti:

- Attività connesse alle gare AVEN in programmazione relativamente:
 - al coordinamento di tutti i gruppi attivati negli ultimi anni per la conduzione delle varie fasi della gara farmaci. Il CeVEAS ha fornito supporto nella predisposizione del capitolato di gara, sia per quanto concerne la selezione dei farmaci da inserire, sia per l'impostazione della struttura del capitolato stesso;
 - alla predisposizione del data-base per la formulazione del capitolato di gara e per la successiva gestione nel post-gara;
 - al monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci;
 - al coordinamento gruppo di progetto per selezione Stent (in collaborazione con Intercent-ER).
- altre attività inerenti il settore farmaco:
 - coordinamento delle Commissioni Provinciali Farmaco (CPF) per la condivisione di un regolamento per il funzionamento, oltre che di procedure e modulistica per la gestione degli off-label e delle richieste di farmaci Fuori-Prontuario;
 - attivazione di gruppi di lavoro AVEN a supporto dell'attività della Commissione Regionale Farmaco.
- attività di informazione indipendente rivolta ai MMG e ai Farmacisti:
progetto Farmacista Facilitatore e produzione di pacchetti informativi sui seguenti temi: 1) studi di non-inferiorità, 2) farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, 3) farmaci per il dolore oncologico (aggiornamento), 4) farmaci per la prevenzione secondaria cardiovascolare.

Attività di formazione-aggiornamento

Il gruppo dei responsabili della formazione delle Aziende AVEN ha affrontato nel 2008 le seguenti tematiche:

- programmazione della formazione su temi di interesse comune per le professionalità più coinvolte nelle attività AVEN;
- iniziative di formazione trasversali;
- adozione di indirizzi comuni in tema di formazione sul campo, regolamenti per la formazione, rapporti con proposte formative universitarie.

Nel 2008 è iniziata inoltre la collaborazione con il Centro di ricerche per il cambiamento nella Pubblica Amministrazione presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Facoltà di Economia sede di Piacenza, sul progetto di formazione avente come argomento "La valutazione degli strumenti manageriali per l'analisi e la riprogettazione organizzativa e per l'implementazione del sistema di misurazione delle performance dell'AVEN, al fine di sviluppare un sistema di governo economico del suo sviluppo".

Sistema informativo

Implementazione progetti regionali ICT

Nel 2008 sono state delineate le proposte di collaborazione sui Progetti ICT Regionali e che vedono impegnati in Azienda congiuntamente il Servizio Informativo Aziendale ed il Servizio di Ingegneria Clinica per gli aspetti più strettamente correlati alla Informatica Medica Applicata ed all'impiego delle nuove tecnologie ICT innovative.

I Progetti ICT di interesse regionale/provinciale, sui quali sono state individuate ed avviate le prime implementazioni operative, sono :

1. PROGETTO SOLE (Sanità on-line) - per il quale sono stati fissati i primi obiettivi :
 - Attivazione analisi interoperabilità tra le aziende (AOU-AUSL);
 - Miglioramento dei flussi e progressiva attivazione dei servizi SOLE relativi a:
 - Radiologia
 - Lettera di dimissione
 - Referti di Laboratorio
 - Accettazione/Dimissione Ricoveri
 - Referti di Radiologia
 - Pronto Soccorso
 - Referti di Specialistica
 - Prenotazioni/Accettazioni
2. PACS federato - per il quale sono stati fissati i seguenti primi obiettivi:



- Deployment di uno studio pilota sulle Aziende sanitarie di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL);
- Raccordo ed attivazione delle attività previste nel progetto Lepida Sanità;
- Predisposizione delle condizioni infrastrutturali di rete e sistemistiche per la portabilità dei servizi SIAT nell'ambito del progetto PACS Federato.

3. Adozione Carta Operatore

Il progetto "Carta Operatore" si propone di avviare un processo di controllo e sicurezza della comunicazione tra i professionisti sanitari dentro e fuori dalle Aziende sanitarie, attraverso la distribuzione delle carte nazionali dei servizi, processo che mira a superare la trasmissione del documento cartaceo soprattutto per quel che riguarda le comunicazioni di tipo clinico strutturate e destrutturate.

Informatizzazione Anatomia Patologica

Nel 2008 è stato avviato il piano di sostituzione del software applicativo di Anatomia Patologica. Il progetto di rinnovo tecnologico presenta numerose innovazioni informatiche particolarmente progettate per il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi fra cui:

- Completa tracciabilità di tutti gli interventi effettuati sul caso clinico, dall'apertura alla firma del patologo;
- Possibilità di archiviare immagini (sezioni, autopsie feti, vetrini, asportazioni chirurgiche eccetera);
- Editor di testo completo di correttore ortografico;
- Differenziazione, all'atto dell'accettazione del caso, tra pazienti interni ed esterni;
- Funzioni di ricerca avanzate per individuazione singolo caso;
- Confluenze anagrafiche più snelle e veloci.

L'implementazione della seconda tranches di progetto prevede:

- Integrazione con anagrafica centrale;
- Integrazione con CUP;
- Firma digitale.

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa rientra tra i principali obiettivi aziendali di un'organizzazione grande, complessa e in continua evoluzione come il Servizio Sanitario Nazionale, in cui ricerca e formazione costituiscono fattori essenziali per assicurare nel tempo il necessario livello di qualità e la costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nel contesto clinico-assistenziale. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è la sede naturale per lo sviluppo di tali fattori e costituisce, sotto tale profilo, un punto di riferimento e di diffusione per l'intero sistema regionale. La funzione di ricerca 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 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.

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



istituito un Osservatorio Regionale dell'Innovazione (ORI). 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, incluse le analisi di economia 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 fin dal 2007 concorrono, con le proprie Direzioni e 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 assicurino la definizione corrente di appropriatezza e la fattibilità e sostenibilità economica e il livello di efficienza giudicato accettabile.

Le Aziende inoltre devono sostenere attivamente le iniziative di monitoraggio dell'uso di tecnologie diagnostiche e 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.

Per ulteriori approfondimenti sull'argomento si rimanda al capitolo 6, sezione Utilizzo appropriato delle innovazioni del paragrafo *Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione*.

Trapianto di rene ABO incompatibile da donatore vivente

Nella seconda metà del 2008 è stato eseguito presso l'Azienda il primo trapianto di rene ABO incompatibile da donatore vivente mai eseguito in Italia.

Si tratta di un intervento eseguito sino ad oggi prevalentemente in paesi quali il Giappone, gli Stati Uniti e la Svezia e che fornisce una nuova opportunità per il trapianto di rene da donatore vivente. Ciò risulta particolarmente rilevante a causa della ridotta disponibilità di donatori cadavere. I tempi di attesa per il trapianto da cadavere, infatti, si sono in Italia progressivamente allungati sino a superare i tre anni di media. In Italia i trapianti di rene da vivente sono meno del 5% del totale: l'utilizzo di donatori ABO incompatibili potrebbe aumentare di almeno il 20-30% le opportunità di identificare un potenziale donatore vivente.

L'incompatibilità di gruppo sanguigno ABO è stata a lungo considerata una controindicazione assoluta al trapianto di rene. Il trapianto di rene in un soggetto ABO incompatibile comporta infatti l'immediata aggressione da parte degli anticorpi del ricevente nei confronti dell'organo trapiantato, con conseguente rigetto e perdita irreversibile della funzionalità dell'organo. Maggiore è il titolo degli anticorpi presenti nel gruppo sanguigno del ricevente, più precoce e grave è il rigetto.

I primi trapianti di rene ABO incompatibile effettuati nel mondo, con successi peraltro rari, risalgono agli anni '80, ma solo negli ultimi anni, grazie ai progressi nelle strategie terapeutiche, si sono potuti raggiungere risultati paragonabili a quelli dei normali trapianti da donatore vivente ABO-compatibili.

L'individuazione del gruppo sanguigno di un soggetto si basa su due tipi di molecole: il tipo A (distinto ulteriormente nei sottotipi A1 e A2) e il tipo B. Ciascuno di noi può possedere o entrambe le molecole (gruppo AB), o una sola delle due (gruppo A o gruppo B), o nessuna di esse (gruppo O). I soggetti di ciascun gruppo producono naturalmente anticorpi rivolti contro i gruppi sanguigni che non possiedono. Per esempio, i soggetti di gruppo O producono anticorpi sia contro il gruppo A sia contro il gruppo B; un soggetto di gruppo A produce anticorpi contro il gruppo B (e viceversa un soggetto di gruppo B produce anticorpi contro il gruppo A); un soggetto di gruppo AB non produce invece anticorpi.

Nel caso considerato il donatore era di gruppo sanguigno A1 e il ricevente di gruppo sanguigno O.



Per effettuare un trapianto di rene ABO incompatibile è necessario effettuare sul ricevente un trattamento desensibilizzante, che ha inizio circa un mese prima del trapianto. Il trattamento desensibilizzante prevede la rimozione di anticorpi dal sangue tramite una procedura detta aferesi e l'inibizione della produzione di anticorpi contro il gruppo sanguigno estraneo. È stato adottato un protocollo che ricalca quello utilizzato in Svezia, e che fa ricorso ad una particolare tecnica di aferesi che prevede la rimozione selettiva degli anticorpi contro il gruppo sanguigno estraneo e la somministrazione di farmaci immunosoppressori che inibiscono la produzione degli anticorpi.

Dal punto di vista chirurgico, l'intervento risulta identico ai normali trapianti di rene e il decorso del paziente trapiantato è sovrapponibile a quello di un normale trapianto ABO-compatibile.

La riuscita del trapianto ABO incompatibile rappresenta il frutto di una stretta collaborazione interdisciplinare fra il Centro Trapianti dell'U.O. di Nefrologia, l'U.O. Clinica Chirurgica e dei Trapianti d'Organo, l'U.O. Chirurgia d'Urgenza e la Genetica Medica e, per quanto riguarda il trattamento desensibilizzante, dell'U.O. Immunoematologia e Trasfusionale.

[Cardiochirurgia all'avanguardia con nuova tecnica operatoria: valvole aortiche transcateretere](#)

La stenosi calcifica è una patologia degenerativa della valvola aortica che colpisce principalmente la settima e ottava decade di età e che comporta la progressiva calcificazione delle cuspidi valvolari limitandone sempre più l'escursione sino a costituire un vero e proprio ostacolo all'efflusso ematico dal cuore all'aorta. Col crescente invecchiamento della popolazione l'incidenza della stenosi aortica è in costante aumento. I pazienti afflitti da questa patologia, una volta diventati sintomatici, vanno incontro a un rapido decadimento della qualità di vita, sino ad arrivare, dopo continui ricoveri, a esito certo in un lasso di tempo che va dai 2 ai 5 anni dall'esordio dei primi sintomi.

Il trattamento di prima scelta per questi pazienti è costituito dall'intervento di sostituzione valvolare aortica attraverso una sternotomia mediana e in circolazione extracorporea i cui risultati anche a lungo termine sono stati validati universalmente. Con l'intervento chirurgico, qualità di vita e prognosi dei malati migliora drasticamente. Sfortunatamente una parte non trascurabile dei pazienti affetti da stenosi aortica non può accedere a questo tipo di intervento la cui invasività risulta loro intollerabile a causa della coesistenza di altre patologie tipiche dell'invecchiamento quali l'insufficienza renale, la patologia cerebrovascolare ischemica cronica, la patologia polmonare cronica ostruttiva, eccetera.

Per questa consistente fetta di pazienti, altrimenti destinata a esito certo in pochi mesi, è stata messa a punto, all'inizio degli anni 2000, una tecnica mininvasiva che consiste nell'impianto di una valvola aortica biologica all'interno della valvola nativa attraverso una piccola incisione praticata o all'inguine o nella parete anteriore dell'emitorace sinistro a volte anche a paziente sveglio. Questo consente di evitare l'intervento tradizionale che comporta la sternotomia mediana, l'utilizzo della circolazione extracorporea e l'arresto del cuore.

Questo tipo di valvola costituita da materiale biologico è ancorata a uno stent di supporto e viene montata chiusa su appositi cateteri attorno a un pallone espandibile in grado di avanzare all'interno del sistema arterioso umano sotto guida radiologica. Esistono due tipi di intervento a seconda della via di accesso utilizzata per l'impianto di questa protesi: l'approccio transfemorale e l'approccio transapicale.

Nel primo caso viene praticata una piccola incisione di circa 6-8 cm. all'inguine dove viene isolata l'arteria femorale che viene utilizzata come accesso per l'inserimento del catetere che monta la valvola. Sotto guida radiologica il catetere viene fatto avanzare attraverso l'aorta addominale e l'aorta toracica sino all'aorta ascendente e alla radice aortica dove viene rilasciata gonfiando il pallone su cui è montata. Il paziente viene accuratamente monitorato e l'intervento può essere praticato anche in anestesia locale a paziente sveglio.

In caso il malato abbia delle ostruzioni a livello delle arterie periferiche o queste non siano di dimensioni adeguate ad introdurre il catetere, viene scelto l'approccio transapicale in cui, mediante una piccola incisione di circa 10 cm. nella parete anteriore dell'emitorace sinistro, la valvola viene fatta avanzare sempre sotto guida radioscopica, attraverso una puntura diretta dell'apice del cuore, mentre la procedura viene monitorata anche attraverso una ecografia trans-esofagea.

Grazie alla mininvasività di questa tecnologia il malato nella maggior parte dei casi può essere trasferito immediatamente in un reparto di degenza ordinaria cardiologica o cardiochirurgica e dimesso in tempi più brevi rispetto a quelli dell'intervento tradizionale.

Ad oggi i centri abilitati in Italia sono dieci, fra i quali il centro di cardiochirurgia dell'Azienda. Questo perché, nonostante le valvole siano provviste di marchio CEE e di conseguenza siano in libero commercio in Europa, per essere impiantate necessitano di una tecnica completamente innovativa che prevede, per i professionisti dei centri abilitati, un apposito training.



La Regione Emilia-Romagna, che ha sempre posto una particolare attenzione alle innovazioni tecnico-scientifiche in campo medico, anche in questo caso ha dimostrato il suo particolare interesse sollecitando l'inserimento di questa tecnica nell'ambito di un progetto di ricerca che prevede un database finalizzato al monitoraggio della casistica trattata, al fine di valutarne i risultati a medio e lungo termine.

Importante è sottolineare che tale progetto viene sviluppato in stretta collaborazione con la Cardiologia Interventistica dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, nell'ambito dell'Area Vasta Emilia Occidentale, all'interno della quale la Cardiocirurgia di Parma svolge una funzione di Centro hub, ossia di punto di riferimento per le strutture sanitarie e i cittadini delle province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia.

L'intervento viene portato a termine da una équipe multidisciplinare composta da diversi specialisti: cardiologi, cardiocirurghi ed anestesisti il cui delicato lavoro comincia dall'importantissimo processo di selezione dei malati candidati alla procedura. Questa infatti è destinata a pazienti affetti da stenosi aortica severa ma considerati a rischio troppo elevato per un intervento tradizionale. Il rischio operatorio viene definito attraverso sistemi di codifica validati a livello mondiale e la procedura viene riservata a pazienti che totalizzano uno score di rischio superiore a un cut-off stabilito a livello internazionale. L'équipe quindi sottopone il paziente a un serie di accertamenti diagnostici e infine si riunisce al fine di valutare l'eventuale idoneità del paziente alla procedura e scegliere la via di accesso più adeguata.

Questa tecnica, messa a punto all'inizio degli anni 2000, è stata applicata in circa mille pazienti in tutto il mondo tra il 2000 e il 2008. I risultati a breve termine sembrano promettenti ma quelli a medio e lungo termine sono tutti ancora da definire e per tale motivo l'intervento chirurgico tradizionale rimane il trattamento di prima scelta per i malati affetti da stenosi aortica severa.

[Linee guida per la gestione in Pronto Soccorso del trauma cranico lieve dell'adulto](#)

I professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (Neurochirurgia, Pronto Soccorso e Neuroradiologia) hanno partecipato al Gruppo di Lavoro Multidisciplinare sul Trauma Cranico Lieve dell'Adulto promosso dal Servizio Integrato di Assistenza al Trauma – Emilia Occidentale (S.I.A.T.), per il quale l'Azienda riveste la funzione di polo hub.

Il Gruppo di Lavoro (formato dall'Azienda USL di Parma, dall'Azienda USL di Piacenza, dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, dall'Azienda USL di Reggio Emilia, oltre alla nostra Azienda) ha formulato linee guida per l'Area Vasta S.I.A.T. Emilia Occidentale per la "Gestione in Pronto Soccorso del trauma cranico lieve dell'adulto" destinate ai professionisti sanitari (medici d'urgenza, radiologi, neurochirurghi, infermieri di triage e più in generale di pronto soccorso, infermieri di reparto addetti all'osservazione) che, a vario titolo ed in varie fasi, giungono a contatto con il paziente adulto affetto da trauma cranico lieve.

Le linee guida sono finalizzate a fornire raccomandazioni aggiornate, condivise e supportate da prove di efficacia riguardo sia alla gestione diagnostica e clinica del paziente, sia all'indicazione al ricovero ospedaliero, alle responsabilità e modalità dell'osservazione intraospedaliera e alle modalità di dimissione. Obiettivo principale della valutazione nel Pronto Soccorso (DEU) è rappresentato dall'identificazione di lesioni intracraniche clinicamente significative (LICS), ovvero lesioni che comportino un'immediata minaccia alla sopravvivenza se non immediatamente sottoposte a trattamento chirurgico, oppure che, pur non implicando un rischio per la sopravvivenza del paziente, siano in grado di influenzarne gli esiti funzionali.

Le linee guida partono dalla definizione della patologia traumatica considerata, cercando di pervenire ad una definizione univoca che si basi sulla distinzione tripartita di trauma cranico lieve-moderato-grave a superamento di definizioni meno puntuali come "minimo", "minore" eccetera. Viene inoltre definita la tipologia di pazienti interessati e viene descritto tutto l'iter diagnostico e terapeutico e la relativa tempistica, considerando anche le problematiche di stratificazione del rischio di lesioni intracraniche clinicamente significative (LICS) partendo da fattori di rischio desumibili dall'anamnesi e dall'esame obiettivo del paziente e individuando gli studi di immagine di riferimento. Vengono declinate inoltre le indicazioni e la durata dell'osservazione intraospedaliera (per osservazione breve si intende un'osservazione di durata non inferiore alle 6 e non superiore alle 24 ore).

Infine, vengono indicati i criteri per la dimissione sia nel caso il paziente sia stato sottoposto ad un periodo di osservazione, che qualora venga dimesso dopo la valutazione in Pronto Soccorso (DEU); in quest'ultima evenienza vengono fornite indicazioni anche per la gestione di pazienti privi di assistenza a domicilio. Vengono, da ultimo, prese in considerazione le problematiche connesse con l'eventuale nuova presentazione al Pronto Soccorso (DEU) nei giorni successivi alla dimissione dopo un trauma cranico lieve.

Oltre alla identificazione del percorso per la gestione del trauma cranico lieve nel paziente adulto e dei parametri da sottoporre a monitoraggio durante l'osservazione intraospedaliera, le linee guida sono



integrate da uno strumento di supporto per il personale sanitario per la registrazione dei parametri sottoposti a monitoraggio, da un prospetto informativo rivolto ai pazienti e ai loro familiari per l'osservazione domiciliare del paziente dimesso da Pronto Soccorso e dalla individuazione degli indicatori per l'audit clinico.

[L'introduzione della videocapsula e altre novità nell'offerta di attività endoscopica dell'apparato digerente](#)

La videocapsula (nota come wireless endoscopy) è una metodica di recente introduzione e rappresenta uno dei più recenti sviluppi tecnologici in endoscopia; disponibile in Azienda Ospedaliero-Universitaria dal 2007 in area adulti e dal 2005 in area pediatrica, frutto di due donazioni. Si tratta di un esame complementare sia alla gastroscopia che alla colonscopia, che quindi non sostituisce, permettendo di studiare il tratto intestinale del tenue, cioè quello compreso tra stomaco e colon. Infatti, la gastroscopia permette di esaminare esofago, stomaco e duodeno; la ERCP tramite l'introduzione di un catetere, permette di visualizzare le vie biliari e pancreatiche ed effettuare le manovre operative necessarie; la colonscopia esplora il retto, il sigma, il colon e l'ultimo tratto dell'intestino tenue. Le indicazioni per tali esami sono diverse ed è importante che vengano prescritti in casi selezionati e solo quando veramente necessari. Un'endoscopia può essere diagnostica, per individuare la causa di particolari sintomi che hanno indotto all'esecuzione dell'esame, o operativa-terapeutica. L'endoscopia operativa prevede che nel corso dell'esame si intervenga per esempio per l'estrazione dei calcoli dalle vie biliari, per l'applicazione di endoprotesi alle vie biliari (ERCP), per l'asportazione di polipi al colon, per l'applicazione di Peg (sondini per la nutrizione artificiale), per la sclerosi o legatura delle varici esofagee nei pazienti cirrotici, per il blocco di emorragie digestive. In alcuni casi, un'endoscopia diagnostica può trasformarsi in endoscopia operativa, cosa che non vale per la videocapsula, tecnica esclusivamente diagnostica.

In precedenza lo studio del tenue poteva essere effettuato solo con tecniche radiologiche indirette (le principali metodiche tradizionali per la diagnosi delle patologie del piccolo intestino includono il clisma del tenue, l'ecografia addominale e la tomografia computerizzata dell'addome), o con metodiche invasive (laparotomia). L'introduzione della videocapsula ha reso così possibile incrementare le possibilità diagnostiche per patologie del tenue, come anche aumentare le conoscenze patologiche in tale ambito. In particolare si è resa possibile la diagnosi di molte cause di sanguinamento di origine imprecisata del tratto gastrointestinale, orientando la scelta terapeutica, medica o chirurgica, ed evitando o riducendo le recidive, i ricoveri ripetuti, gli esami diagnostici inutili. In conclusione migliorando la qualità della vita dei pazienti e riducendo i costi sanitari.

La tecnica è di facile approccio: si tratta di una grossa capsula (11 mm x 26 mm) da far inghiottire al paziente. Il dispositivo, che si sposta in maniera naturale grazie alla peristalsi intestinale, è in grado di trasmettere per otto ore fino a novantamila immagini dell'intestino tenue del soggetto; i segnali video sono raccolti da sensori disposti sull'addome e trasmessi ad un registratore che le archivia. Al termine dell'esame i dati vengono trasferiti ad un computer e gestiti da un apposito software; ne risulta un filmato che viene analizzato da gastroenterologi esperti della metodica. La videocapsula, monouso, viene eliminata spontaneamente. Questa metodica non è idonea per esplorare lo stomaco e colon poiché il loro calibro è troppo grande per garantire una sufficiente illuminazione e visione ottimale di tutti i distretti. Sono in corso miglioramenti tecnici e studi per poter effettuare l'analisi del colon mediante una videocapsula idonea.

I vantaggi teorici della metodica sono molti. Infatti, il sistema permette di esplorare tratti gastroenterici sino ad ora poco accessibili; l'esame è ben tollerato ed accettato dal paziente perché poco invasivo. I costi, benché relativamente elevati, sono accettabili se confrontati con quelli di esami endoscopici e/o radiologici magari ripetuti e multipli.

Le indicazioni sono e devono essere selettive secondo linee guida definite dalle società scientifiche nazionali e internazionali.

Si è dimostrato che, nei sanguinamenti gastrointestinali di origine sconosciuta, la videocapsula appare nettamente superiore alle indagini radiologiche ed alla enteroscopia. In particolare, con la videocapsula si ottengono risultati rilevanti per manifestazioni infiammatorie o vascolari. Nei sanguinamenti massivi è invece più difficile ottenere dei risultati essendo la visione impedita dalla presenza di sangue in grande quantità. In questo caso è indicata una angiografia ed eventualmente solo in un secondo momento l'uso di videocapsula (linee guida della Società Europea di Endoscopia).

Le indicazioni maggiori all'esecuzione dell'esame sono i sanguinamenti intestinali di origine occulta (positività persistente della ricerca del sangue occulto fecale con anemia, gastroscopia e colonscopia negative) e i sanguinamenti intestinali di origine oscura (sanguinamenti anche con esordio acuto, anche recidivanti, gastroscopia e colonscopia negative). Sono considerate indicazioni minori il controllo post-



trapianto intestinale; la sospetta patologia non stenotomica del piccolo intestino (morbo di Crohn, celiachia); la sospetta poliposi del piccolo intestino.

Al contrario degli adulti nella popolazione pediatrica sono meno frequenti i sanguinamenti gastrointestinali di origine occulta od oscura, mentre predominano le diagnosi di morbo di Crohn.

Tabella 21 Attività di videocapsula - S.S. Gastroenterologia Pediatrica, anno 2008

Esami eseguiti		47	
Indicazioni all'esame	sanguinamento occulto	19	41 %
	morbo di Crohn	11	23 %
	sosp. neoplasie	3	6 %
	follow-up poliposi	14	30 %
Diagnosi di lesione in		34 pazienti	72 %
Lesioni	ulcere/angiodisplasie	12	35 %
	morbo di Crohn	9	27 %
	polipi	12	35 %
	neoplasie	1	3 %

Tabella 22 Attività di videocapsula - U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, anno 2008

Esami eseguiti		20	
Indicazione all'esame	sanguinamento occulto	15	75 %
	sanguinamento oscuro	5	25 %
Diagnosi di lesione in		15 pazienti	75 %
Lesioni	angiodisplasie	8	53 %
	ulcere del tenue	5	33 %
	tumori del tenue	2	14 %

In Azienda è inoltre possibile effettuare numerosi test innovativi e altamente specifici per le patologie gastriche, come per esempio il gastropanel, che permette di studiare attraverso un semplice prelievo di sangue i soggetti che presentano una sintomatologia alta-addominale. L'esame non sostituisce la gastroscopia ma può orientare sulla sua indicazione. Si tratta di un test che consente, attraverso un semplice esame del sangue, di misurare i livelli ematici di enzimi e ormoni (pepsinogeni e gastrina) correlati a patologie gastriche e degli anticorpi per il batterio *Helicobacter Pylori*. È quindi possibile ottenere informazioni sulla funzionalità dello stomaco, determinare se il paziente è affetto da gastrite causata da *Helicobacter Pylori*, se la gastrite è atrofica (comporta cioè una lesione pre-cancerosa dello stomaco). Per l'applicazione di questo test è stata attivata nel 2008 una collaborazione con alcuni centri ospedalieri di Russia e Ucraina.

In area pediatrica, la struttura semplice di Gastroenterologia pediatrica dell'Azienda è centro di riferimento nella diagnostica ed endoscopia chirurgica, anche per quanto attiene l'attività di ricerca, e presenta una grande esperienza nel campo delle malattie infiammatorie croniche e delle poliposi pediatriche, malattie rare e geneticamente determinate molto difficili da affrontare.

Dal gennaio 2008, l'offerta diagnostica dell'apparato digerente è stata ampliata con l'utilizzo della tecnica di eco-endoscopia presso la S.S. di Gastroenterologia del Dipartimento Materno-Infantile. La sua utilizzazione in Azienda è sempre più frequente rendendo possibili strette collaborazioni specie con i chirurghi addominali e gli oncologi. L'ecoendoscopia è una tecnica, utilizzata da tempo, che permette lo studio abbinato ecografico ed endoscopico del tratto gastrointestinale e degli organi adiacenti. Infatti l'ecoendoscopia ha applicato sulla punta dello strumento endoscopico una sonda ecografia che permette nello specifico lo studio della parete del tratto gastrointestinale che comunemente viene vista come una struttura pluristratificata e inoltre permette lo studio degli organi limitrofi come il pancreas e le vie biliari. Nella pratica clinica sta assumendo importanza specie nella stadiazione neoplastica gastrointestinale, del pancreas, delle vie biliari, ma anche delle neoplasie polmonari in quanto permette la valutazione dei linfonodi mediastinici. La corretta stadiazione del paziente permette poi di indirizzare il paziente stesso verso il più appropriato trattamento. Ad esempio nel cancro del retto, la stadiazione può indirizzare il paziente verso un trattamento neoadiuvante radio-chemioterapico pre-operatorio che migliora nettamente la prognosi a distanza di tale patologia tanto temibile quanto ormai frequente. Inoltre l'ecoendoscopia può essere utilizzata anche per patologie benigne come nel sospetto di litiasi delle vie biliari, nelle fistole rettali, e in tutte quelle formazioni sottomucose dubbie per esempio a carico dello stomaco (GIST) non diagnosticabili con biopsie standard.



Innovazione tecnologica

Diagnostica ed interventistica in cardiologia

L'attività di ammodernamento e qualificazione della tecnologia del Centro del Cuore iniziata nel 2004 prosegue con il fine 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.

Dal 2004 ad inizio 2008 è stato attivato un polo interventistico completo di laboratori di emodinamica ed elettrofisiologia dotato di tecnologie di ultima generazione, tre ambulatori di ecocardiografia dotati di ecocardiografi di ultima generazione che garantiscono l'esecuzione di ogni tipologia di indagine ecocardiografica di eccellenza, TAC multislice a 64 strati che permette indagini cardiache di elevato livello, tomografo a risonanza magnetica da 1,5 T, tutto completo con sistemi hardware e software utili ad una avanzata diagnostica cardio-cerebro-vascolare.

Nel 2008 si è proceduto allo sviluppo del sistema informativo gestionale specificatamente dedicato all'attività cardiologica diagnostica ed interventistica. Il sistema gestionale (CVIIS – CardioVascular Information and Image Systems) completamente e funzionalmente integrato con il PACS/RIS.

Nel corso del 2008 si è proceduto all'acquisizione di una risonanza magnetica 3T che permetterà di incrementare ulteriormente la qualità e l'applicabilità delle tecnologie in ambito diagnostico cardiologico.

PACS/RIS e GLOBAL PACS

L'Information Technology (IT) rappresenta una risorsa fondamentale al servizio della sanità come strumento di diagnosi e di cura ma costituisce un importante supporto anche come strumento di gestione. In campo radiologico, lo sviluppo dell'IT ha portato alla realizzazione di sistemi di archiviazione e comunicazione dedicati più performanti e sicuri che permettono di ottimizzare il percorso diagnostico. A seguito dell'avvio dell'importante fase di digitalizzazione delle diagnostiche radiologiche, si è proceduto all'acquisizione del sistema PACS/RIS integrato, che ha permesso il collegamento e la distribuzione di immagini e referti verso tutti i reparti interni all'Azienda e diretta, per il futuro, verso l'utenza territoriale (medici di famiglia e pediatri, eccetera). L'introduzione del sistema PACS/RIS ha portato ad una accelerazione del processo di informatizzazione complessiva dei reparti, attuata attraverso l'acquisizione di sistemi di visualizzazione di immagini digitali dedicati ad ambienti sterili, quali sale operatorie e ambulatori chirurgici. Un'ulteriore fase prevede la digitalizzazione dei flussi informativi e anagrafici da e verso i diversi comparti operatori. In quest'ottica di evoluzione si sta sviluppando un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un "Global PACS (G-PACS)", capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia. Il sistema informativo per la cardiologia, già citato nel precedente paragrafo, nel 2008 è stato configurato ed adattato alla realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e si è avviata l'installazione che si completerà in forma definitiva nel 2009. Nel 2008 è stata inoltre avviata l'acquisizione di un sistema gestionale per l'endoscopia, attualmente in fase di valutazione.

Nel corso del 2008 è stato avviato lo studio per la realizzazione del sistema gestionale della gastroenterologia che si andrà ad integrare con il sistema PACS/RIS aziendale nell'ottica della realizzazione del GLOBAL PACS. Nel corso dello stesso anno è stato inoltre preparato il capitolato di gara sulla base di questo progetto ed avviate le procedure di acquisizione che si andranno a completare nel 2009.

A seguito di un accordo di collaborazione con il Centro Diagnostico Europeo si è configurato un collegamento per permettere alle diagnostiche PET/CT e RM 1,5 T di poter dialogare con il PACS/RIS aziendale ad una capacità di comunicazione pari a quella della rete aziendale (100 Mbit/s).

Al fine di supportare l'estensione delle attività che basano il proprio archivio di immagini e dati sul PACS aziendale ed in logica Global PACS, nel 2008, si è avviata anche la procedura per estendere lo spazio di memorizzazione; l'attività si concluderà nei primi mesi del 2009.

Risonanza Neurocardiologica 3T

Come già citato precedentemente nel 2008 si è proceduto all'aggiudicazione della risonanza 3T (inaugurata ad inizio 2009) che permetterà di incrementare notevolmente la qualità in tutti i settori della diagnostica clinica: ambito neuroradiologico, ambito pediatrico, ambito cardiologico e vascolare e più in generale in ambito radiologico. In base ad un accordo con l'Università degli Studi di Parma tale apparecchiatura sarà inoltre utilizzata anche per attività di ricerca avanzata in ambito neurologico. A tal fine l'apparecchiatura è stata completata con dei sistemi avanzati e di ultima generazione per lo studio delle funzioni metaboliche a livello cerebrale (functional MRI) utilizzati per stimolazioni visive, uditive,



somato-sensoriali e stimolazione magnetica transcranica, attività quest'ultima realizzata in pochissimi centri a livello mondiale.

Nello stesso anno si è avviata la procedura per acquisire una TAC multislice di ultima generazione che affiancata alla 64 strati già installata permetterà di incrementare la qualità e ampliare la tipologia di studi clinici della tomografia computerizzata, una TAC multislice per il Nuovo Pronto Soccorso dotata di software necessari all'indagine in pazienti traumatizzati (politraumatizzati e traumi cerebrali in particolare), una SPECT/CT che permetterà di ammodernare la dotazione tecnologica della U.O. Medicina Nucleare.

Diagnostica di Laboratorio Analisi

Proseguendo nell'attività avviata negli anni precedenti volta al rinnovamento tecnologico dei principali settori di laboratorio, sono stati introdotti innovativi sistemi all'avanguardia non solo nell'ambito della diagnostica sierologica tradizionale, ma anche per le metodiche di biologia molecolare dedicate alla virologia e al centro trasfusionale in quest'ultimo caso, peraltro, nel più ampio contesto di Area Vasta nel quale l'Azienda è stata polo di riferimento. L'evoluzione dei sistemi informatici integrati alle strumentazioni di ultima generazione 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

Ad integrazione della già eccellente offerta clinica conseguente alla recente attivazione del Nuovo Centro Senologico aziendale, nel 2008, è stato progettato il Nuovo Centro Senologico Unificato che concentrerà in un unico polo geografico situato presso l'Azienda Ospedaliera, anche tutte le attività di Screening Senologico condotte dall'Azienda USL attualmente collocate altrove. L'integrazione funzionale ed organizzativa delle due strutture consentirà la realizzazione di un primo polo informatico di tele mammografia. I lavori si concluderanno entro il 2009.

Progetto UMaCA

In linea con la promozione dell'eccellenza tecnologica, dell'appropriatezza clinica e organizzativa, dell'efficienza, dell'efficacia, della sicurezza e dell'innovazione mirata a migliorare le condizioni di effettiva appropriatezza di uso dei materiali sanitari e delle tecnologie, nonché sviluppare sistemi gestionali più adatti all'abbattimento del rischio e protezione dei soggetti, si inserisce il Progetto UMaCA (Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) realizzato nel Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco dell'Azienda.

Tale progetto ha avuto l'impulso decisivo nel terzo trimestre del 2007 ed ha concluso la sua realizzazione nel 2008 con l'avvio dell'attività.

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 (*D.L.vo 626/94 e Provvedimento 5 agosto 1999, G.U. 236 del 7 ottobre 1999*);
- di adesione alle Norme di Buona Preparazione dei Medicinali secondo la Farmacopea Ufficiale Italiana XI Ed.;
- di gestione e abbattimento del rischio clinico.

Come noto la chemioterapia antiblastica è caratterizzata da una elevata variabilità di farmaci e di regimi terapeutici che richiedono una stretta personalizzazione del dosaggio della terapia sia nel caso della chemioterapia "classica", basata su principi attivi dotati di basso indice terapeutico, sia nel caso delle molecole innovative di elevato impatto economico.

Ogni singolo allestimento si configura dunque come una preparazione galenica magistrale, riconducendo l'intera attività centralizzata nell'ambito della galenica clinica.

Il controllo della terapia oncologica infusione, dalla prescrizione alla somministrazione, è garantito dalla adozione di un software che è stato adeguato agli orientamenti prescrittivi selezionati e approvati in ambito aziendale. Il sistema fa riferimento ad una banca dati farmacologica e ad una banca dati dei protocolli chemioterapici personalizzate e condivise da medici e farmacisti ospedalieri. Il sistema informativo garantisce inoltre la totale rintracciabilità del processo produttivo e la standardizzazione delle procedure validate.

Il laboratorio oncologico centralizzato, posto sotto la responsabilità tecnica del Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, si avvale delle competenze di farmacisti ospedalieri e di infermieri preparatori altamente qualificati, selezionati e formati all'attività di allestimento.



La realizzazione di un'Unità di manipolazione dei farmaci citotossici risponde inoltre all'obbligo normativo di ridurre il rischio di esposizione degli operatori e contaminazione dell'ambiente da agenti chimici pericolosi.

Le misure strutturali, impiantistiche e procedurali adottate nel laboratorio UMaCA, nonché i controlli ambientali di convalida dell'intero processo, garantiscono l'adesione alla normativa secondo il principio "ALARA" che è volto al mantenimento del più basso livello di rischio possibile.

In relazione ai molteplici aspetti correlati ai farmaci chemioterapici, il laboratorio si propone come un'attività "ad alta specializzazione" "multidisciplinare" avvalendosi della stretta e continua collaborazione con i servizi tecnici specialistici (SPPA, Presidio di Igiene e Medicina Preventiva, Ingegneria Clinica, Servizio Tecnico, SIA).

Agli aspetti sopra riportati si aggiungono considerazioni di carattere economico che risultano dalla centralizzazione dell'attività: ottimizzazione nell'uso e nelle scorte dei farmaci, non più distribuiti nelle unità operative, e maggior disponibilità di tempo per gli infermieri di reparto da dedicare all'assistenza del paziente.

Il progetto di centralizzazione, sviluppato su 4 laboratori (3 aree per citotossici e 1 area per farmaci sterili non citotossici) prevede il progressivo arruolamento delle 13 unità operative operanti in ambito oncologico per un carico di lavoro, a regime completo, indicativamente di 12.000 terapie oncologiche/anno e circa 10.000 terapie con anticorpi monoclonali e farmaci ancillari/anno.

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

Comitato di Indirizzo

Nel corso dell'anno 2008, il Comitato di Indirizzo si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile. Come previsto dalla normativa regionale e dall'Atto aziendale, il Comitato di Indirizzo esercita funzioni propositive, consultive e di verifica. Propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Nel corso dell'anno 2008 ha espresso parere preventivo ed obbligatorio su:

- 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.

Sono stati illustrati ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: il Piano Programmatico ed il Programma degli Investimenti del triennio 2008–2010, il Preventivo Economico Pluriennale 2008-2010 e il Preventivo Economico dell'Esercizio 2008. Il Comitato, dalla disamina della relazione a commento delle previsioni di costo, ha sottolineato le difficoltà che dovranno essere affrontate nell'esercizio dall'Azienda per raggiungere gli obiettivi di produzione indicati, il mantenimento delle attività e delle strutture ed anche all'integrazione delle attività di assistenza alla didattica ed alla ricerca.

In relazione a quanto più sopra dettagliatamente riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Per quanto concerne la Programmazione Economica del triennio 2008–2010 il Comitato ha rilevato che le indicazioni programmatiche e di tendenza sono state profondamente mutate dalle Leggi Finanziarie e ha sottolineato le difficoltà che dovranno essere affrontate nell'esercizio dall'Azienda con previsioni di costo pressoché equivalenti alle risultanze dell'esercizio precedente, per raggiungere gli obiettivi di produzione indicati, il mantenimento delle attività e delle strutture ed anche all'integrazione delle attività di assistenza alla didattica ed alla ricerca.

In relazione a quanto più sopra dettagliatamente riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento, parere positivo alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con le già citate deliberazioni n. 78 e 79 del 30.4.2008.

- I risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione e sul Bilancio di esercizio.

Dal Bilancio di esercizio emergono le informazioni relative all'andamento della gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda. Il Comitato di Indirizzo ritiene che le risultanze inserite nel documento sono coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario e del Sistema sanitario provinciale ed agli obiettivi aziendali relativi alla



realizzazione del Nuovo Ospedale, al mantenimento delle attività, delle strutture e della integrazione delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

Dal Bilancio di Missione 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.

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 ha sottolineato, inoltre, che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

- Accordo di fornitura tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Aziende USL di riferimento.
L'Accordo di fornitura disciplina la fornitura di prestazioni e servizi sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'AUSL di Parma, o comunque in carico assistenziale alla stessa e con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare da tale documento emerge il complesso delle prestazioni che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria effettua verso l'esterno, nonché dei corrispettivi a compenso delle attività rese.
Il Comitato si è espresso considerando che si tratta di un Accordo di fornitura complessivamente ben strutturato e di qualità superiore a quello precedente e che si pone tra gli obiettivi più importanti il recupero della mobilità sanitaria passiva. Altro punto che il Comitato ritiene qualificante è quello in cui viene ribadito il concetto di continuità assistenziale tra Ospedale e MMG che presuppone una forte integrazione tra Ospedale e Territorio. Il Comitato ha espresso parere positivo sul documento di accordo, sottolineandone la qualità complessiva e la quantità di dati forniti a supporto delle decisioni da adottare. Tale ricchezza di dati rende il documento un notevole avanzamento rispetto a quello precedente ed una sicura base per lo sviluppo di quelli futuri.
- 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 valutati dal Collegio di Direzione.
- Altra funzione di competenza del Comitato di Indirizzo è quella di garantire l'integrazione ed il miglior utilizzo delle risorse a disposizione dell'Azienda. Il Comitato ha dato indicazioni programmatiche ed espresso valutazioni rispetto alle attività che la stessa Azienda svolge.
- Istituzione, modifica o disattivazione di Unità Operative Complesse essenziali per lo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca.

Nel corso dell'anno 2008 il Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha preso in esame la proposta della Direzione Generale dell'Azienda di istituire tre nuove unità operative complesse esprimendo parere favorevole.

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. Per quanto attiene i temi della partecipazione dei professionisti e dell'organizzazione e sviluppo delle attività e dei servizi si rinvia al capitolo 4 del presente volume, vengono, invece, di seguito riassunte le iniziative del Collegio di Direzione in materia di rischio clinico, di ricerca e innovazione e di integrazione con l'Università, che meglio rappresentano il ruolo del Collegio nell'"intreccio" delle funzioni di didattica, ricerca e assistenza che caratterizza la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria.

La Regione Emilia-Romagna ha da anni attivato percorsi sulla qualità delle cure e di riduzione del rischio, nel contesto dell'approccio denominato governo clinico attraverso il processo di accreditamento delle strutture sanitarie e con un progetto specifico ufficialmente partito nel 1999, anno in cui il Piano Sanitario Regionale ha messo la gestione del rischio fra le attività che davano sostanza al governo clinico.

Sono state predisposte linee di indirizzo per tutte le organizzazioni sanitarie per sviluppare un piano che applichi comportamenti e regole di provata sicurezza, laddove questa è dimostrata, che effettui analisi preventive dei rischi, anche utilizzando sistemi di segnalazione spontanea di situazioni pericolose o incidenti e si attivi per "sterilizzare" le situazioni individuate come pericolose. Gli approcci nuovi si



aggiungono a quelli già praticati integrando gli aspetti di protezione del paziente con quelli legati alla sicurezza dei lavoratori e al benessere nei luoghi di lavoro.

Obiettivo del nuovo Piano Sanitario Regionale 2006-2009 per tutte le Aziende sanitarie, coerentemente a quanto rappresentato nelle linee di indirizzo sul tema della gestione del rischio, è pervenire allo sviluppo della funzione aziendale di gestione del rischio, estendendola a tutto il sistema delle cure e approfondendone progressivamente i contenuti.

Il Collegio di Direzione rappresenta uno degli organismi che costituiscono la struttura organizzativa a supporto del Rischio Clinico.

In particolare, svolge le seguenti funzioni:

- riveste il ruolo di Governo della gestione del rischio;
- traduce in obiettivi aziendali la pianificazione regionale;
- definisce, su proposta del Direttore Sanitario, le linee strategiche da seguire;
- esercita la funzione di controllo sulle attività del Gruppo Gestione del Rischio (CGR);
- minimizza le conseguenze finanziarie e d'immagine rispetto agli eventi avversi.

Nel corso dell'anno 2008 il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul Progetto di Piano-Programma di Gestione del Rischio Clinico.

L'obiettivo principale del Progetto è quello di identificare i frequenti rischi clinico-organizzativi e di attuare un programma di miglioramento, con lo scopo di ridurre i comportamenti rischiosi.

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, nel corso dell'anno 2008, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2008 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2008.

Sono stati, inoltre, presentati al Collegio gli obiettivi specifici dei Direttori di Dipartimento, degli stessi Dipartimenti con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative afferenti e gli obiettivi specifici di Unità Operativa.

Relativamente all'attività di ricerca e innovazione il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali. Durante l'anno 2008, sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti l'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.

Per la suddetta Area di ricerca, il Collegio di Direzione ha selezionato i progetti ritenuti rispondenti ai requisiti previsti dal bando di 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.

Le principali caratteristiche analizzate sono state:

1. innovatività,
2. multidisciplinarietà/integrazione Ospedale-Università,
3. multicentricità,
4. trasferibilità nella clinica,
5. qualificazione e dimostrata competenza,
6. analisi rigorosa delle conoscenze già disponibili sull'argomento oggetto della proposta,
7. identificazione delle criticità e delle eventuali barriere al cambiamento,
8. definizione delle azioni/strumenti per il miglioramento delle criticità e il superamento delle barriere,
9. descrizione dei principali indicatori attraverso i quali il progetto documenterà i cambiamenti ottenuti, sia in termini di risultati che di processo,
10. 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.

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

Inoltre, al fine di fornire indicazioni ai professionisti nella fase di ideazione, presentazione e realizzazione di un progetto di ricerca e sul corretto utilizzo delle fonti di finanziamento, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul vademecum per la gestione dei progetti di ricerca.

Con riferimento all'Osservatorio Regionale per l'Innovazione, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata formulata una proposta operativa che prevede l'istituzione di un gruppo tecnico con il



compito di valutare le proposte di acquisizione di tecnologie innovative o emergenti ed esprimere un parere tecnico.

Il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla proposta operativa per la organizzazione in ambito locale dell'ORI.

In tema di integrazione con l'Università degli Studi di Parma è stato approvato l'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia (vedi infra).

In base al suddetto Accordo, è stato trasmesso, dal Direttore di ciascuna scuola della rete formativa, l'elenco nominativo dei Medici in formazione, gli obiettivi formativi ed i volumi di attività.

In seguito i Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata, in sede di Giunta, insieme ai Direttori di Unità Operativa e ai Direttori dei Dipartimenti Universitari, hanno espresso parere sulla coerenza tra il numero delle attività professionalizzanti ed il numero dei medici in formazione specialistica presenti nelle Unità Operative. Il parere espresso dalla Giunta sulla rete formativa è stato successivamente esplicitato da ciascun Direttore di Dipartimento in sede di Collegio di Direzione.

In sede di Collegio di Direzione, saranno, inoltre, presentati i programmi di formazione di ciascuna Scuola. Il Collegio valuterà la fattibilità complessiva del percorso e successivamente esprimerà un parere in merito al Direttore Generale.

Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica

Il percorso di collaborazione ed integrazione avviato dal Servizio Sanitario Regionale con il sistema delle Università ha individuato il fulcro delle sinergie nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, in cui si realizzano le forme più avanzate di integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca svolte dalle componenti ospedaliere e universitarie.

Il Protocollo d'intesa regionale del febbraio 2005 ha orientato i due sistemi alla piena complementarietà tra la programmazione e la gestione delle attività di rispettiva competenza individuando nell'integrazione lo strumento idoneo per realizzare il concorso delle rispettive autonomie e sostenendo tra gli altri aspetti il notevole rilievo delle Facoltà di Medicina, sia negli aspetti formativi, sia nella ricerca scientifica.

A livello locale, l'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca si è realizzata attraverso l'adozione degli Atti Aziendali unitamente alla stipula degli Accordi Attuativi con l'Università che, nel recepire il principio fondante del concorso alla programmazione delle attività didattiche e formative, ha creato le condizioni per lo sviluppo della formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia. Ciò è avvenuto anche alla luce dei significativi cambiamenti intervenuti sul piano normativo-istituzionale e sul piano organizzativo, sfociati nella trasformazione cruciale della condizione di *studente* in condizione di *medico in formazione specialistica* e nell'introduzione, a livello regionale, di criteri volti a garantire, da parte delle Scuole di Specializzazione, la piena corrispondenza tra ordinamento didattico e formazione professionale, la graduale assunzione di compiti assistenziali da parte dei medici in formazione specialistica e l'introduzione di adeguati strumenti per la verifica degli standard formativi.

A fronte del contesto sopra delineato, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Ateneo di Parma, in data 7 novembre 2008, hanno approvato l'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia, che regola i seguenti aspetti:

- individuazione ed utilizzo delle strutture della formazione specialistica,
- partecipazione del personale del S.S.R. alla formazione specialistica,
- organizzazione dell'attività formativa,
- partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali e graduazione delle responsabilità assistenziali,
- condizioni per la frequenza nelle strutture.

In attuazione di tale documento negoziale, i primi adempimenti effettuati hanno condotto ad acquisire le informazioni circa la composizione della rete formativa ed i piani formativi. Su questi, il Collegio di Direzione svolge un ruolo attivo fondamentale nell'ottica di garantire le sinergie tra la programmazione didattica e le attività formative aziendali; esso esprime parere in merito alla coerenza tra il numero delle attività professionalizzanti ed il numero dei medici in formazione assegnati alle unità operative dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Nel contesto dell'Accordo Attuativo Locale, emerge, inoltre, un significativo potenziamento del ruolo dei professionisti del S.S.R. nel processo formativo con l'obiettivo di realizzare il completo utilizzo di tutta la rete ospedaliera. In particolare, sono state fissate le modalità ed i termini della partecipazione all'attività didattica prefigurando la definizione di un sistema volto a compensare il particolare apporto dei



professionisti nell'ambito dei percorsi formativi universitari sulla base di politiche incentivanti che saranno definite dalla Regione attraverso il confronto con le Organizzazioni Sindacali regionali di categoria.

Punto focale dell'Accordo Attuativo Locale, al fine di verificarne il grado di applicazione, è quello della partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali.

La regolamentazione dell'impegno assistenziale e la qualificazione delle attività svolte dagli specializzandi durante la formazione in relazione al progressivo grado di autonomia operativa e decisionale rendono necessaria una stretta collaborazione tra la Direzione della Scuola, la Direzione delle strutture in cui si svolge la formazione, i tutor individuali e la Direzione Sanitaria cui compete, al termine della formazione, di vistare il libretto-diario.

In tabella è riportato il numero complessivo dei medici in formazione specialistica con i quali sono stati stipulati contratti di formazione relativi all'a. a. 2007-2008.

Tabella 23 Medici in formazione specialistica con contratto di formazione, anno 2007-2008

Scuola di specializzazione	Numero studenti per anno						Totale studenti
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	1	1	1	1			4
ANATOMIA PATOLOGICA	2	2	2	1	1		8
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	10	11	12	14			47
BIOCHIMICA CLINICA	1			1	1		3
CARDIOCHIRURGIA	1	1	2	1	2		7
CARDIOLOGIA	6	8	8	6			28
CHIRURGIA GENERALE	6	6	6	5	4	5	32
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2	1	4	3	1		11
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	1	2	2	1	2		8
CHIRURGIA TORACICA	1	1	1	1	1		5
CHIRURGIA VASCOLARE	1		1	1	1		4
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	2	3	2	2			9
EMATOLOGIA	3	1	1	1			6
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	1	2		1	2		6
GASTROENTEROLOGIA	4	2	2	2			10
GERIATRIA	4	3	3	3			13
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	3	4	5	5		21
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	2	2	1	2			7
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2	2	3	2			9
MALATTIE INFETTIVE	1	1	1	1			4
MEDICINA DEL LAVORO	5	5	5	5			20
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3	3	3	3			12
MEDICINA INTERNA	5	7	7	7	10		36
MEDICINA LEGALE	2	1	2	2			7
NEFROLOGIA	2	3	3	2	2		12
NEUROLOGIA	4	4	4	3	3		18
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2	3	3	2	3		13
OFTALMOLOGIA	2	2	2	3			9
ONCOLOGIA	4	3	6	6			19
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	3	3	5			13
OTORINOLARINGOIATRIA	2	2	3	3			10
PEDIATRIA	8	8	10	10	9		45
PSICHIATRIA	5	5	5	4			19
RADIODIAGNOSTICA	9	9	11	12			41
RADIOTERAPIA	1			1			2
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	1	1	1	1			4
UROLOGIA		1	1	2	2		6
Totale complessivo	112	112	125	125	49	5	528



Percorsi di integrazione fra didattica e ricerca

La tutorship quale strumento di integrazione tra le funzioni di didattica e di assistenza

La funzione tutoriale riveste un'importanza rilevante per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in quanto si stima¹ che circa 1.000 dei suoi professionisti abbiano svolto o svolgano attività di tutorship, nelle diverse tipologie di funzione (tutor didattico, tutor clinico, tutor individuale o di gruppo, tutor d'aula, tutor di formazione sul campo) e ai diversi livelli formativi (ECM, formazione di base e post base universitaria medica e delle professioni sanitarie).

L'attività tutoriale, svolta sia da professionisti sanitari che universitari convenzionati, diviene così una funzione diffusa e capillare nell'Azienda e, facilitando l'apprendimento in clinica degli studenti e dei professionisti in formazione, favorisce l'integrazione tra il sapere accademico e la pratica clinica, sviluppando quella circolarità dell'educazione che connette teoria e pratica e permette un apprendimento significativo dall'esperienza.

Il ruolo di tutor, essenzialmente caratterizzato dalla relazione interpersonale con lo studente in apprendimento, acquisisce connotazioni più sistemiche, in quanto diviene luogo riconosciuto di forte connessione tra funzione didattica (tradizionalmente svolta dall'Università) e funzione assistenziale (pensata soprattutto a gestione prevalentemente sanitaria).

Il tirocinio diviene dunque un momento di apprendimento privilegiato e al contempo complesso e difficile, poiché si tratta di imparare a realizzare delle 'pratiche', delle 'azioni utili', ossia delle procedure che sono capaci di produrre risultati vantaggiosi e soddisfacenti con uno sforzo limitato. Il tirocinio è una forma di apprendimento difficile, perché richiede di superare un paradosso: come si può incominciare a fare qualcosa quando non si sa esattamente cosa e come fare?

Per costruire un percorso formativo efficace occorre progettarlo in modo che lo studente si metta alla prova, per riflettere sulle sue motivazioni e disponibilità ad adattarsi attraverso azioni dirette, minime e graduate, ma significative. La funzione tutoriale rappresenta, quindi, lo strumento determinante per sviluppare il progetto formativo del tirocinio e il ruolo del tutor (ovvero di un professionista esperto che accetta di assolvere la funzione di modello per coloro che sono in apprendimento) comincia a delinearci in modo evidente.

Nel 2008 si sono concluse la prima e la seconda edizione del corso Tutor delle professioni sanitarie, un progetto di formazione che ha visto coinvolti il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma (con funzioni di docenza e consulenza), l'Azienda (che ha favorito la partecipazione dei propri professionisti in qualità di frequentatori e di componenti dello staff di conduzione del corso) e la Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo, in particolare i corsi di laurea delle professioni sanitarie, che fattivamente ha richiesto l'attivazione della funzione tutoriale per gli studenti in formazione.

Il progetto formativo ha perseguito essenzialmente due obiettivi.

Il primo, relativo alla formazione dei partecipanti (50 professionisti per edizione, individuati tra infermieri, fisioterapisti, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia e tecnici di laboratorio), in ordine a due obiettivi specifici:

- a. sviluppare, nei professionisti, la capacità di identificare un profilo professionale – quello di tutor – diverso da quello di provenienza – operatore sanitario.
- b. abilitare i corsisti all'analisi delle pratiche professionali mediante apposite procedure d'indagine ('Mappa', 'Topica' e 'Routine').

La Routine rappresenta l'unità di analisi dell'azione professionale, dei comportamenti, ma anche dei significati e delle ragioni che la legittimano e la giustificano sotto il profilo metodologico, scientifico e pratico. Le routine hanno come fonte non solo i protocolli e i profili professionali, ma anche le pratiche, ovvero le conoscenze e le competenze dei professionisti costruite – per sapienza ed esperienza – nel corso della loro biografia professionale, soprattutto in base a casi ed eventi critici. Un esempio di routine può essere rappresentato dal reperimento e gestione di un accesso venoso periferico, o l'accoglienza di un paziente in reparto.

La mappa è la rappresentazione generale e panoramica di tutte le routine nei loro rapporti di ordine e grado e successione.

La topica è la selezione delle routine che si distinguono dalle altre in ragione della loro rilevanza (rispetto agli obiettivi sanitari) e pregnanza didattica (ai fini della formazione del tirocinante). Ad esempio, il progetto di tirocinio in Cardiocirurgia - Terapia Intensiva.

¹ Fonte: AA.VV., I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna - rapporto preliminare Collana Dossier 174:58-59, Bologna, 2009



c. sviluppare la capacità di elaborare un progetto di tirocinio pertinente al reparto di provenienza del professionista.

Il secondo obiettivo ha mirato a formare un gruppo di 8 professionisti sanitari provenienti dalle stesse matrici professionali su definite, esperti, interessati a qualificarsi come formatori di tutors, da investire come risorse per lo sviluppo di ulteriori interventi formativi in ambito tutorale. Il progetto prevedeva che questi professionisti si formassero agendo come staff del docente, consulente scientifico e conduttore del percorso formativo.

Allo scopo di realizzare questo duplice obiettivo è stato predisposto un calendario parallelo, che comprendeva incontri di staff precedenti e conseguenti agli incontri con i partecipanti al corso. In particolare, lo staff è stato attivato per la funzione di *rèlais*: anticipare le operazioni formative in laboratorio (eseguendo le stesse operazioni dei partecipanti), progettare la conduzione degli incontri con i corsisti, monitorare le azioni seguite mediante scambi interni allo staff e attraverso la tenuta di un diario della formazione. Il modello di formazione ritenuto più idoneo, tenuto conto che si rivolgeva ad operatori già in servizio e dei quali un buon numero aveva già maturato esperienza da tutor, è stato quello denominato in letteratura 'riflessivo' (cfr. Schoen 1993, Damiano 2006²). Si tratta di un approccio che privilegia l'esplicitazione dell'esperienza e lo scambio orizzontale: pertanto ogni incontro prevedeva lavori di gruppo (omogeneo per professione oppure misto) e di intergruppo, con lezioni stimolo o di sistemazione in plenaria. Se nella prima edizione la conduzione delle giornate era totalmente a carico del docente universitario, dalla seconda edizione ogni componente dello Staff, con la supervisione del docente, si è fatto carico della conduzione di un argomento specifico, acquisendo gradualmente autonomia nella progettazione e conduzione della giornata.

I risultati di processo, raccolti attraverso i fogli di valutazione somministrati durante il corso hanno mostrato un buon grado di apprezzamento delle attività svolte.

Tra i risultati di prodotto, vanno menzionati:

- l'identificazione del ruolo di tutor, in quanto profilo emergente di professioni squisitamente formative. Tutti i progetti di tirocinio, elaborati per la conclusione del corso, hanno evidenziato la capacità del professionista di distanziare il ruolo di operatore sanitario da quello di tutor. Risultato importante se si considera che per professionisti esperti e veterani, che eventualmente avessero anche svolto il ruolo di 'tutor di fatto', si tratterebbe di effettuare una discriminazione di livelli particolarmente impegnativa da percepire.
- la padronanza concettuale e procedurale degli strumenti di analisi delle pratiche professionali, quali mappe e routines.
- la capacità di rappresentare l'interazione con il tirocinante nel contesto pratico del reparto.

Formare i professionisti sanitari alla ricerca in area psicosociale

Il Piano Sanitario e Sociale dell'Emilia-Romagna 2008-2010 sottolinea che il Servizio Sanitario Regionale ha maturato la consapevolezza che la ricerca rappresenta un elemento essenziale al proprio sviluppo strategico. Si è reso pertanto necessario, per le Aziende sanitarie, sviluppare la capacità di gestire la funzione di ricerca e al contempo di favorire la competenza relativa al fare ricerca nei propri professionisti.

Il Programma di Ricerca Regione/Università 2007-2009, prevedendo l'Area 3 per il sostegno e il finanziamento della formazione alla ricerca, ha dato un importante impulso a rendere competenza diffusa nelle Aziende sanitarie la capacità di ricerca.

Se, tuttavia, la ricerca biomedica e farmacologica è discretamente sviluppata nelle nostre realtà, esistono aree di ricerca meno note ed evolute e vi sono soprattutto professioni sanitarie (quelle non mediche) che, per la loro storia recente di formazione accademica, non sono ancora in grado di essere autonome nella ricerca.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma, ha elaborato il progetto di Formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie, un corso teorico pratico, avente la finalità di sviluppare nei partecipanti capacità di effettuare ricerca. Il corso si è sviluppato nel 2008 e si concluderà nel 2009 con la discussione dei risultati ottenuti dai progetti di ricerca attivati durante il percorso formativo.

Il corso, rivolto a 30 professionisti sanitari provenienti in particolar modo dall'Area Vasta Emilia Nord (USL di Parma, USL e AO di Reggio Emilia, USL e AOU di Modena), ma anche di alcune altre Aziende della Regione (AOU di Ferrara, AUSL e AOU di Bologna), ha inteso affrontare le diverse tappe del percorso metodologico del fare ricerca, dalla capacità di individuare il problema di ricerca, all'abilità di

² E. Damiano, *La nuova alleanza. Temi, problemi e prospettive della nuova ricerca didattica*, La Scuola, Brescia 2006; D.A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari 1993



articolare un progetto di ricerca, fino alla realizzazione della ricerca attraverso la raccolta dei dati, alla loro elaborazione e alla presentazione dei risultati. Il tipo di ricerca di cui si è inteso implementare le competenze metodologiche ha avuto come oggetto di riferimento privilegiato l'ambito delle relazioni interpersonali e sociali che caratterizzano le professioni sanitarie e che riguardano i rapporti con l'utenza (pazienti, familiari, associazioni, eccetera) e le relazioni con le organizzazioni in cui si prestano le attività (rapporti con colleghi, climi organizzativi, stress da lavoro, eccetera).

Il corso ha previsto 100 ore formative di aula/laboratorio e 200 ore di formazione sul campo.

Il modello formativo del corso di formazione alla ricerca prevede:

- o lezioni frontali corredate da presentazioni di esempi di ricerche condotte in ambito sanitario ed organizzativo sulle diverse tematiche affrontate (sopra descritte) e da riflessioni critiche sulle metodologie utilizzate;
- o attività laboratoriali seguite da tutor di ricerca e condotte nei laboratori di osservazione e di elaborazione dei dati del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma e nelle strutture ospedaliere delle unità di ricerca afferenti;
- o lavori in piccoli gruppi (4-6 partecipanti massimo) seguiti dal responsabile scientifico del progetto formativo (affiancato dai tutor di ricerca) finalizzati alla progettazione di un percorso di ricerca da realizzarsi sul campo (nel contesto lavorativo);
- o esercitazioni sul campo (nel contesto lavorativo) in gruppi di ricerca con la supervisione dei tutor di ricerca e con la collaborazione dei responsabili delle unità di ricerca afferenti al progetto;
- o frequenza in clinica e nei luoghi di lavoro dei professionisti con l'obiettivo di implementare la ricerca seguiti dai tutor di ricerca che effettueranno incontri di briefing e debriefing per orientare le fasi della realizzazione delle indagini secondo una adeguata metodologia;
- o workshop conclusivo di presentazione dei risultati delle ricerche condotte dai corsisti.

Al fine di rendere il percorso formativo più rispondente alle esigenze delle Aziende, si è costituito un Comitato tecnico scientifico, costituito dai Direttori dei Servizi Assistenziali e dai Responsabili della Formazione delle Aziende facenti parte delle unità di ricerca afferenti al progetto, con funzioni di definizione dei fabbisogni di professionisti da formare per le Aziende interessate, di individuazione delle linee di indirizzo per la ricerca (con riferimento alle esigenze locali e alla creazione dei network di ricerca) e di valutazione di processo e dei risultati.

In ogni Azienda afferente al progetto è stato individuato, su richiesta del Comitato tecnico scientifico, inoltre un referente aziendale per la ricerca, con funzioni soprattutto di facilitare da un punto di vista organizzativo i corsisti nell'implementazione della ricerca.

Di particolare interesse e utilità è stata pure la figura del tutor di ricerca, ricercatore universitario del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma, che ha affiancato il docente e responsabile scientifico nel sostenere e nello sviluppare una funzione tutoriale con i corsisti, nelle fasi applicative più cruciali, quali ad esempio l'identificazione del problema di ricerca, la definizione del progetto e la sua implementazione.

Per l'individuazione si è convenuto, a fronte anche di alcune indicazioni molto peculiari, di utilizzare il Piano Sanitario e Sociale 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna quale cornice di sfondo per le linee di ricerca da attivare.

Si sono così individuate 4 macro aree di riferimento:

1. costruire reti di fronteggiamento,
2. promuovere forme di partecipazione attiva dei cittadini,
3. potenziare e qualificare il sistema di assistenza sanitaria,
4. valorizzare i professionisti in sanità.

I gruppi di ricerca che si sono costituiti spontaneamente durante il corso hanno avuto valenza interprofessionale e interaziendale.

[Rilevazione del contributo dell'Università](#)

L'art. 9 delle L. R. 29/2004 disciplina le relazioni tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università; al comma 8 è precisato che "al sostegno economico finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal S.S.R. (...)", il Protocollo d'Intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende."

Nell'"Accordo Attuativo Locale" in applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, all'art. 13 (Rilevazione del contributo dell'Università), è previsto che: "l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero-



Universitaria mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e ogni altra risorsa utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria dell'Azienda ed evidenziati sia nei bilanci preventivi che consuntivi".

Allo stato attuale, l'intrecciarsi delle attività di didattica e di ricerca e le attività assistenziali non consente di valorizzare con un congruo margine di certezza né l'apporto dell'Università all'attività assistenziale né la partecipazione del S.S.R. all'attività di didattica e di ricerca. In attesa di disporre di una metodologia condivisa che consenta di evidenziare l'apporto in termini economici, tale da consentire una rielaborazione parallela dei preventivi e dei consuntivi aziendali su basi omogenee di rilevazione (ancorché opportunamente adattati alle singole realtà regionali e tali da produrre un quadro di riferimento per l'intero Sistema Sanitario Regionale), si è ritenuto opportuno inserire all'interno del Bilancio di Missione alcune schede con informazioni economico-finanziarie.

Tuttavia, parametri e metodologie di attribuzione potrebbero essere meglio sviluppati, approfonditi e valorizzati, come è avvenuto per l'impianto del Bilancio di Missione, da un apposito gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale. L'obiettivo auspicato potrebbe essere la definizione di metodologie che consentano di rilevare non solo gli apporti in termini economico-finanziari (che per essere inseriti nei documenti di Bilancio, anche come poste figurative, richiederebbero modifiche al piano regionale dei conti, la loro riclassificazione nei modelli di rendicontazione periodica ai Ministeri, eccetera), ma anche metodologie di analisi più complesse che prendano in considerazione ad esempio:

- per l'attività assistenziale prodotta nelle unità operative a direzione universitaria - complessità, indice di attrazione, tempi indotti sulla durata delle degenze, sulla durata degli interventi chirurgici e non, maggiori indagini richieste e consumi, eccetera;
- per la didattica e la ricerca – la modalità per stabilire parametri di attività (ad esempio, misure per "unità di prodotto didattico" e "unità di prodotto di ricerca" assicurato) e i relativi costi sopportati dall'Azienda ad integrazione di quelli sostenuti dall'Università in funzione dell'attività assistenziale inscindibilmente svolta ed i maggiori oneri rispetto alla remunerazione tariffaria standard di riferimento.

Le risorse messe a disposizione dall'Università per l'attività assistenziale

La rilevazione che segue non pretende certamente di essere esaustiva sia in considerazione di quanto sopra esposto, che per il fatto che si tratta di una valutazione basata su stime che possono servire come primo spunto per una riflessione, analisi e rilevazione più puntuale in presenza di parametri e metodologie condivise.

Scheda 1 - Beni durevoli

FABBRICATI UNIVERSITARI: aree destinate all'assistenza				
CLINICA MEDICA GENERALE (parte)	superficie lorda complessiva	mq.	4.502	
NEFROLOGIA (parte)	"	"	"	725
ANATOMIA PATOLOGICA	"	"	"	100
TOTALE				mq. 10.327

Nota: se possiamo ipotizzare che il valore unitario per mq. sia 1.000 €, il valore complessivo stimato assommerebbe ad € 10.327.000

Il costo della quota di ammortamento pari al 3%, che graverebbe a carico dei costi di esercizio assommerebbe ad € 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 stata effettuata una stima, soprattutto per le apparecchiature complementari ad altre o per quelle che risultano donate. La valorizzazione di cui si dispone ha quindi ampi margini di aleatorietà, tuttavia, può ugualmente rappresentare l'apporto in tecnologie dell'Università degli Studi.

Il valore che emerge dalla procedura citata somma ad € 3,233 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 € 404.125.



Il personale dipendente dall'Università

Nel corso dell'esercizio 2008, l'organico medio, calcolato con il criterio UOMO/ANNO (riferito cioè alle "giornate pagate", a prescindere dalla retribuzione corrisposta; mentre il personale a tempo parziale è conteggiato in relazione alla percentuale di presenza nell'anno ed il personale assente per aspettativa o per congedo è considerato solo per le giornate retribuite), ha subito la seguente evoluzione:

Scheda 2 - Personale dipendente dall'Università

Personale universitario	Esercizio 2008	Esercizio 2007	Variazione
Personale medico e veterinario	179,15	184,21	-5,06
Personale sanitario non medico - dirigenza	20	20,49	-0,49
Personale sanitario non medico - comparto	44,26	45,46	-1,2
Personale professionale - dirigenza	0	0	0
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	0	0,49	-0,49
Personale tecnico - comparto	3,75	3,76	-0,01
Personale amministrativo - dirigenza	0	0	0
Personale amministrativo - comparto	39,21	43,04	-3,83
Totale personale universitario	286,37	297,45	-11,08

Nota: Il sistema di calcolo, rispetto a quello usato lo scorso anno (sommatoria dei mesi di attività retribuiti/12) è stato cambiato. I dati riportati relativi all'anno 2007, si discostano pertanto da quelli riportati nel Bilancio di missione 2007. Dati desunti dalla Nota Integrativa al Bilancio di Esercizio 2008 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Il costo degli emolumenti, comprensivi degli oneri riflessi sostenuto dall'Università degli Studi di Parma nell'esercizio 2008 ammonta a:

- per Ricercatori/Docenti convenzionati € 14,260 mil.
- per Personale tecnico-amministrativo in convenzione € 4,104 mil.

Scheda 3 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione (con contratto di formazione specialistica-anno accademico 2007-2008)

Totale iscritti	528
di cui:	
1° anno di corso	112
2° anno di corso	112
3° anno di corso	125
4° anno di corso	125
5° anno di corso	49
6° anno di corso	5
Costo sostenuto dall'Università €11.603,50 per iscritto pari a complessivi € 6.126.648	

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 2008 sono state contabilizzate le quote di contributi regionali assegnati all'Azienda per:

- a. esclusività di rapporto del personale universitario per € 2.375.550
- b. integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica per € 11.567.045
- c. corsi universitari delle professioni sanitarie per € 1.566.908
- d. integrazione per programmi di ricerca per € 105.000

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 disporre l'utilizzo nell'esercizio 2008. In quest'ultimo esercizio sono stati utilizzati € 978.282, mentre la differenza pari a € 540.476 è stata riscontrata all'anno 2009.



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 il 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 treatment of heart failure" finanziato per per complessivi € 600.000,00. Il programma è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, che trasferirà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per tranches secondo le modalità di liquidazione dei finanziamenti riportate nella citata deliberazione della Giunta Regionale n. 2242/2007 e che per il 207 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 una '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;
- . "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano - II^a edizione" Finanziamento complessivo assegnato per il 2008 per il programma che ha la durata di un anno € 105.000,00.

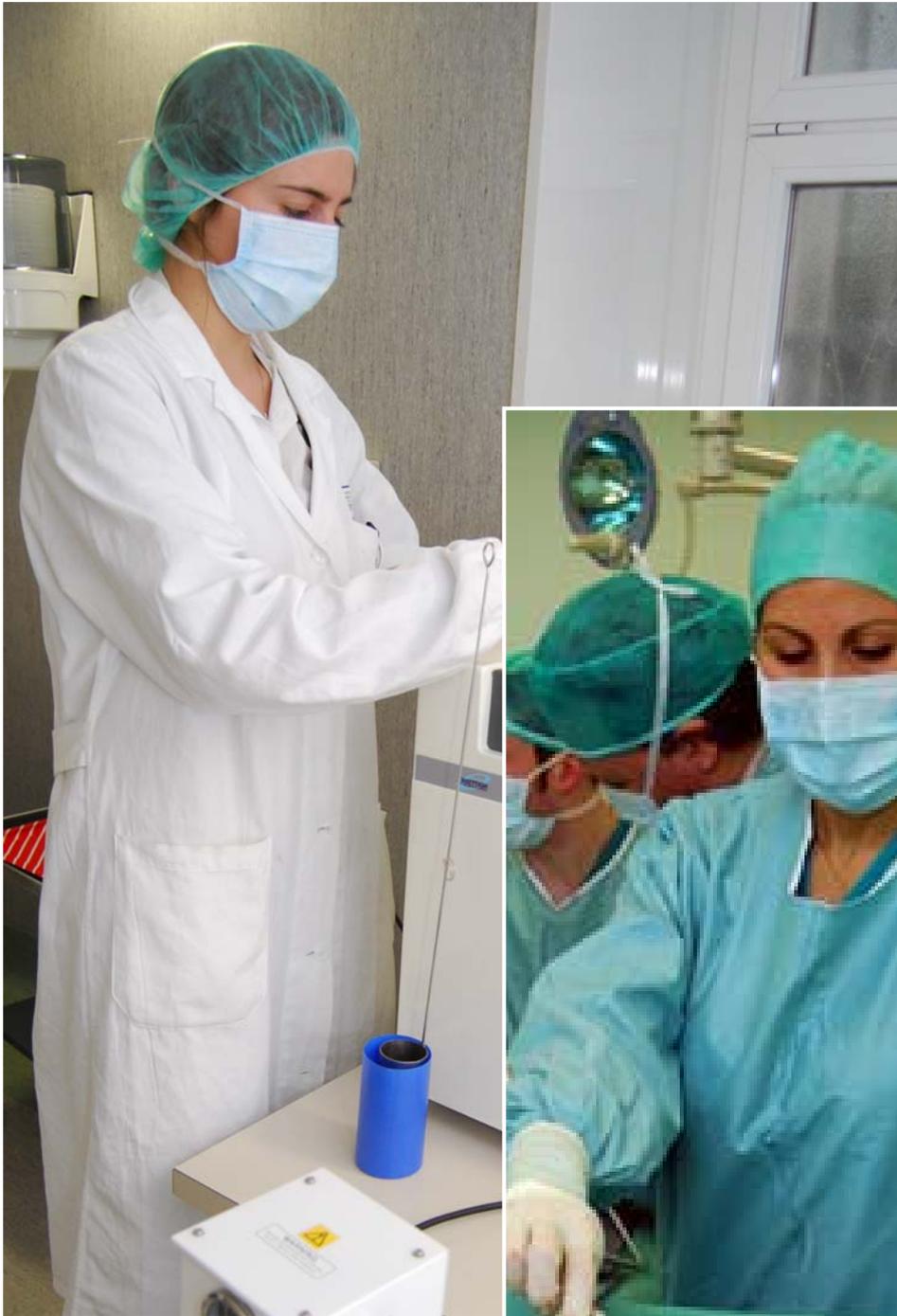
4

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

Il quarto capitolo è volto a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali 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
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- 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
- Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori







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

Questo quarto capitolo è volto ad illustrare le politiche gestionali che pongono in primo piano i professionisti e gli operatori, quali risorse fondamentali per un'organizzazione che assicura servizi sanitari ai cittadini. La valorizzazione delle competenze professionali può esplicarsi sotto varie forme, a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna azienda privilegia, anche in relazione agli specifici obiettivi assegnati.

Quest'anno introduciamo per la prima volta in questo capitolo alcuni indicatori e alcune riflessioni nella prospettiva del bilancio di genere. Il bilancio di genere rappresenta uno strumento complesso, articolato e innovativo di rendicontazione utile per migliorare le condizioni di parità tra uomini e donne e per introdurre la prospettiva di genere in maniera trasversale a livello di politiche gestionali. Le considerazioni che presentiamo in queste pagine non sono che preliminari e ispirate a questo principio per ri-affermare il valore delle politiche di genere e della loro necessaria applicazione in tutti i settori della pubblica amministrazione, e la necessità di recuperare la prospettiva della parità di genere nei processi decisionali.

4.1 La "carta di identità" del personale

Il fattore produttivo "risorse umane" risulta essere, sia per importanza strategica sia per valore complessivo, il principale elemento dell'organizzazione aziendale.

Il personale presente all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al 31.12.2008 consta di 4.177 unità.

Di queste, l'84% risulta essere dipendente a tempo indeterminato, il 5% è dipendente a tempo determinato ed il 4% è titolare di incarico libero professionale e di collaborazione.

Il personale universitario che svolge attività assistenziale incide per il 7%.

Dai dati sopra indicati si desume una forte prevalenza del personale dipendente del S.S.N. rispetto a quello universitario, che risulta essere concentrato principalmente nelle professioni sanitarie.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2006-2008

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato*	31.12.2006	2297	7	839	203	3346
	31.12.2007	2450	8	822	194	3475
	31.12.2008	2407	6	907	186	3506
Tempo determinato	31.12.2006	123	1	128	1	253
	31.12.2007	122	1	185	1	309
	31.12.2008	121	1	92	1	215
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2006	109	4	1	8	122
	31.12.2007	125	4	4	6	139
	31.12.2008	142	4	6	9	161

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

Tabella 2 Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario per ruolo, anni 2006-2008

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2006	262	0	6	48	316
	31.12.2007	257	0	4	41	302
	31.12.2008	251	0	4	40	295



I grafici 1 e 2 mostrano la distribuzione per genere e per età tra le categorie del personale dipendente dal S.S.R. e dall'Università. Come già evidenziato nelle rilevazioni degli anni precedenti, nel 2008 è confermata la netta prevalenza di personale di sesso femminile (il 72% del totale) su quello maschile relativamente al personale del S.S.R.

Inversa tendenza si registra invece nel personale universitario, dove la percentuale di maschi è pari al 58% sul totale.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti S.S.R a tempo indeterminato per età e genere, anni 2006-2008

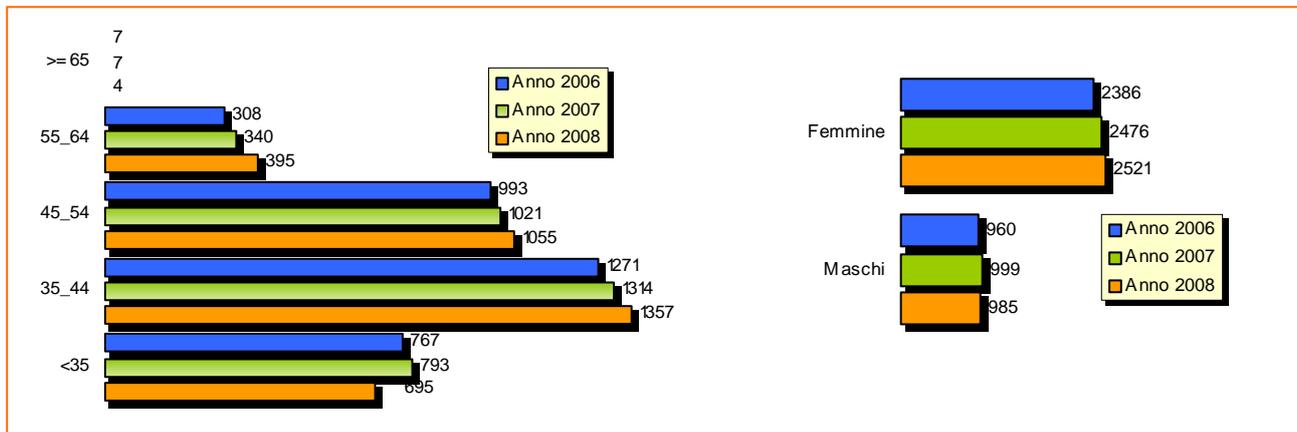


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e genere, anni 2006-2008

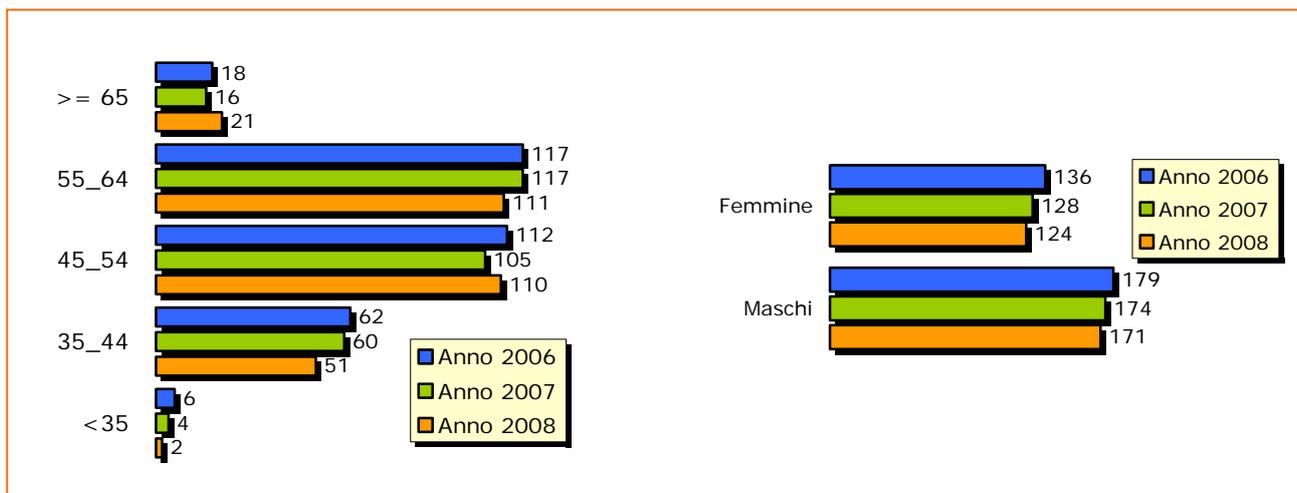
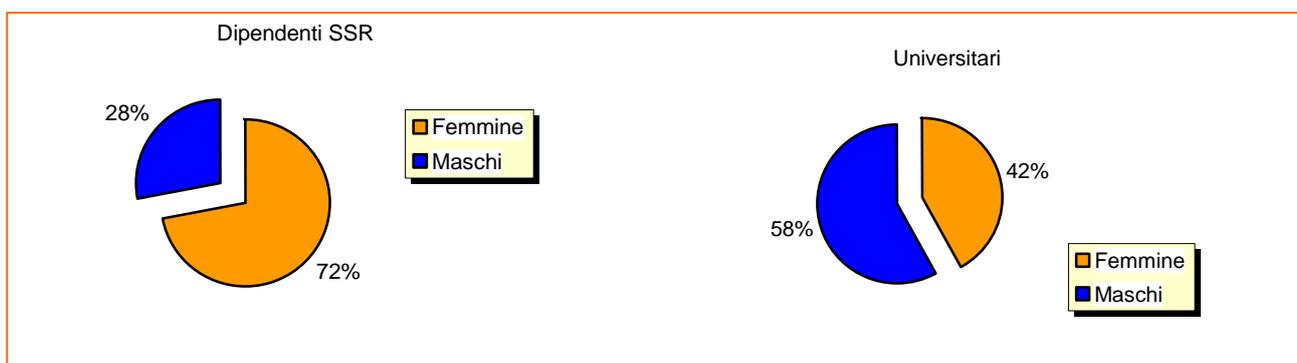


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari, anno 2008





Per quanto riguarda l'età, il personale dell'Azienda si colloca prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 44.

Il personale appartenente alle fasce di età comprese tra i 55 e gli "over 65" è rimasto pressoché costante, ma nell'arco del triennio si evidenzia un decremento in considerazione del fatto che queste fasce comprendono l'età pensionabile.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2006-2008

al 31.12.2006 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
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	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time 50	part time 50	part time oltre 50	part time oltre 50			
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
al 31.12.2008 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	249	162	0	0	0	7	249	169	418
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	41	0	0	0	3	19	44	63
Personale infermieristico	297	999	2	16	8	287	307	1302	1609
Personale della riabilitazione	5	39	2	2	1	7	8	48	56
Personale tecnico della prevenzione	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Personale tecnico sanitario	102	154	1	1	0	18	103	173	276
Altro personale ruolo tecnico	147	211	2	0	4	21	153	232	385
Personale OTA, OSS, ausiliario	117	353	2	4	4	42	123	399	522
Personale amministrativo	23	113	0	1	0	39	23	153	176
Totale	959	2073	9	24	17	424	985	2521	3506



Come si può evincere dalla tabella 3, il ricorso al part time riguarda il 16% dei dipendenti, l'opzione per un orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area comparto.

L'analisi della tabella mette in evidenza che fra i dirigenti medici è cresciuta la componente femminile sia in valore assoluto che come incidenza percentuale, mentre si è corrispondentemente ridotta la componente maschile, pur restando prevalente.

Grafico 4 Distribuzione personale dipendente a tempo indeterminato per ruolo, anni 2006-2008

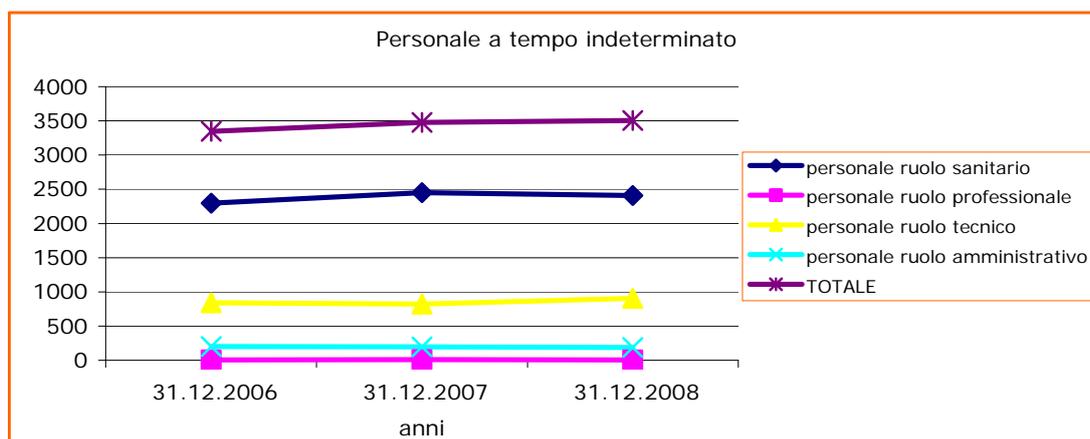
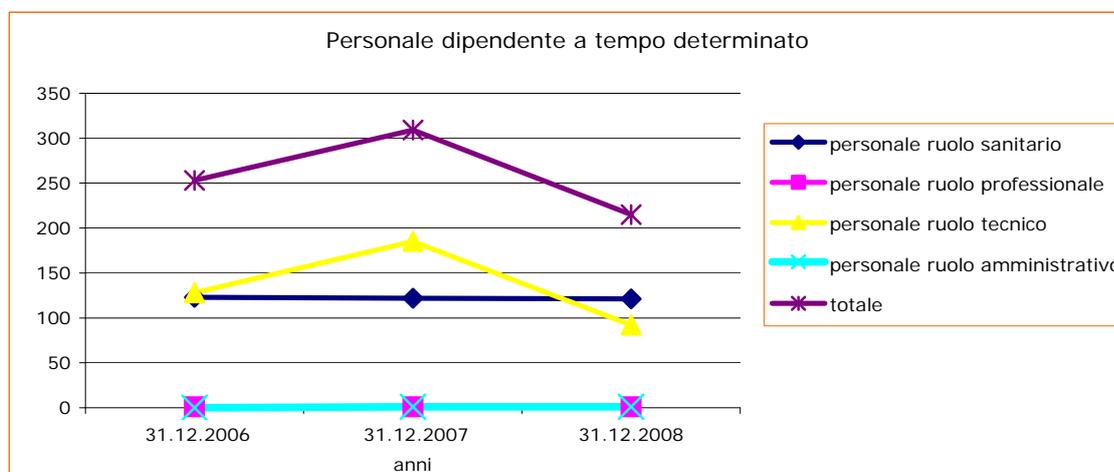


Grafico 5 Distribuzione personale dipendente a tempo determinato per ruolo, anni 2006-2008



Medici in formazione specialistica

Nell'ambito della definizione del profilo del personale che a vario titolo presta la propria attività in Azienda, si ritiene opportuno analizzare una importante risorsa per le aziende sanitarie, quella dei medici in formazione specialistica (specializzandi).

I dati presentati in queste pagine si riferiscono ai medici frequentanti Scuole di Specializzazione dell'Ateneo di Parma e presenti nel sistema informativo aziendale per la rilevazione delle presenze al 31.12.2008. Non rientrano in questa rilevazione eventuali medici dipendenti dell'Azienda frequentanti una Scuola di Specializzazione.

Sotto il profilo del genere, i medici in formazione specialistica sono distribuiti come evidenziato nelle tabelle 4 e 5.



Tabella 4 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere

Genere	N. unità
Maschi	161
Femmine	239

È interessante inoltre osservare la distribuzione per genere nelle diverse scuole di specializzazione, illustrata nella tabella 5.

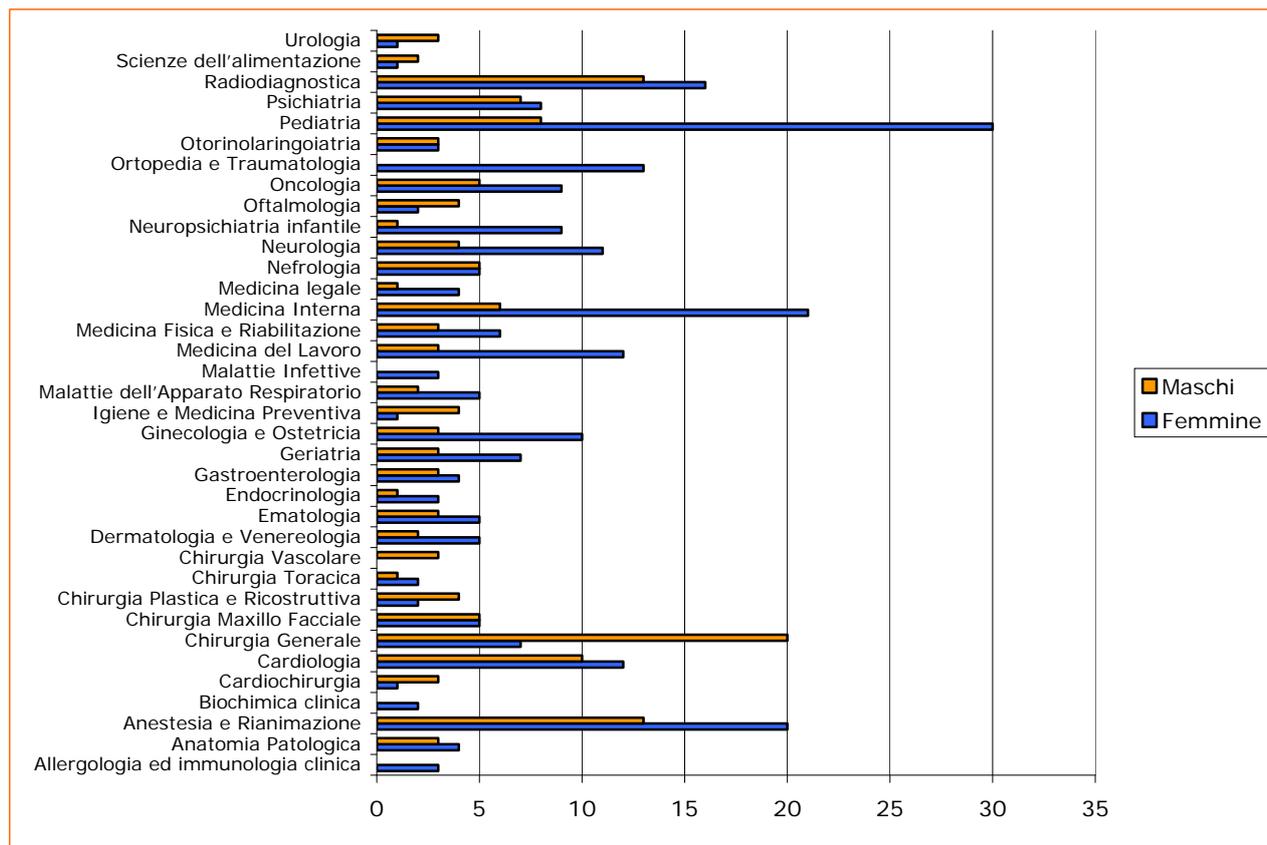
Tabella 5 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione

Scuola di specializzazione	Femmine	Maschi
Allergologia ed immunologia clinica	3	0
Anatomia Patologica	4	3
Anestesia e Rianimazione	20	13
Biochimica clinica	2	0
Cardiologia	12	10
Chirurgia Generale	7	20
Chirurgia Maxillo Facciale	5	5
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	2	4
Chirurgia Toracica	2	1
Chirurgia Vascolare	0	3
Dermatologia e Venereologia	5	2
Ematologia	5	3
Endocrinologia	3	1
Gastroenterologia	4	3
Geriatria	7	3
Ginecologia e Ostetricia	10	3
Igiene e Medicina Preventiva	1	4
Malattie dell'Apparato Respiratorio	5	2
Malattie Infettive	3	0
Medicina del Lavoro	12	3
Medicina Fisica e Riabilitazione	6	3
Medicina Interna	21	6
Medicina legale	4	1
Nefrologia	5	5
Neurologia	11	4
Neuropsichiatria infantile	9	1
Oftalmologia	2	4
Oncologia	9	5
Ortopedia e Traumatologia	13	0
Otorinolaringoiatria	3	3
Pediatria	30	8
Psichiatria	8	7
Radiodiagnostica	16	13
Scienze dell'alimentazione	1	2
Urologia	1	3

Si può notare che, sebbene la componente femminile sia nel complesso prevalente fra gli iscritti alle Scuole di Specializzazione, si ha una maggiore presenza femminile in discipline che storicamente sembrano attrarre la donna "per vocazione": ginecologia e ostetricia, pediatria, medicina interna, medicina del lavoro, mentre risulta prevalente la componente maschile in discipline di area chirurgica.



Grafico 6 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione



Mobilità del personale

Nella tabella 6 viene sinteticamente analizzato l'andamento della mobilità del personale dipendente nel corso del triennio 2006-2008, che registra un incremento di personale pari a 290 unità.

A questo riguardo occorre tuttavia evidenziare che l'incremento relativo all'anno 2008 si limita a 31 unità rispetto all'anno precedente.

Il raggiungimento dell'obiettivo regionale di carattere economico-finanziario ha infatti comportato l'esigenza di procedere ad una rigorosa gestione del turn over del personale. Le assunzioni operate in corso d'anno, secondo gli obiettivi ed i limiti fissati dalle competenti strutture regionali, sono state prevalentemente orientate agli ambiti organizzativi e alle figure professionali direttamente interessate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Ciò con particolare riferimento al personale infermieristico, alle altre figure professionali sanitarie del comparto e al personale dirigenziale medico e sanitario.

Tabella 6 Mobilità del personale, anni 2006-2008

Mobilità in uscita	2006	2007	2008	2006-2008
Limite età	11	11	9	31
Dimissioni	64	49	91	204
Passaggio altra amm.ne	45	65	72	182
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	65	70	46	181
Mobilità in entrata	2006	2007	2008	2006-2008
Provenienti altre amm.ni	18	23	19	60
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	282	285	220	787
Altre cause	15	16	10	41
Differenza	+130	+129	+31	+290



Tabella 7 Cessati per categorie, anni 2006-2008

Categorie	Pass. altra amm.n e	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2008				
Dirigenti medici	7	18	4	4
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	2	3	0	1
Personale infermieristico	51	39	1	27
Personale della riabilitazione	1	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	9	0	3
Altro personale ruolo tecnico	1	7	2	3
Personale OTA, OSS, ausiliari	9	9	0	7
Personale amministrativo	0	5	2	1

Tabella 8 Assunti per categorie, 2006-2008

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2008			
Dirigenti medici	6	23	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	6	1
Personale infermieristico	5	49	3
Personale della riabilitazione	1	3	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	23	1
Altro personale ruolo tecnico	2	4	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	112	2
Personale amministrativo	1	0	0

Per quanto concerne i processi di stabilizzazione, la legge finanziaria 2008 si colloca in una posizione di continuità, rispetto alle disposizioni previste dalla finanziaria 2007, relativamente ai percorsi di stabilizzazione del personale precario. Infatti, non solo ha ribadito l'impostazione del processo già avviato nell'anno 2007, che ha visto delinearsi un percorso di graduale stabilizzazione delle forme di impiego



flessibile, ma ha altresì allargato la "platea" degli interessati, introducendo una nuova data (28.09.2007) quale punto di riferimento per il calcolo della maturazione dei requisiti prescritti per la stabilizzazione.

Pertanto, nel corso dell'anno 2008, è stato dato ulteriore impulso alle politiche in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nelle Aziende e Enti del S.S.R., mediante l'adozione e la revisione dei piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (personale del comparto: protocollo regionale del 4 maggio 2007, trasmesso alle Aziende con nota PG 168512 del 25 giugno 2007; personale delle aree della dirigenza: protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell'8 agosto 2007).

In applicazione degli ulteriori protocolli regionali integrativi, diretti a facilitare la piena realizzazione delle politiche di stabilizzazione del precariato (personale dell'area comparto: protocollo integrativo regionale del 18.03.2008, personale delle aree della dirigenza: protocolli regionali del 19.06.2008), l'Azienda ha proficuamente consolidato il percorso per la stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative.

Per quanto riguarda l'area del comparto è stato, infatti, sottoscritto il protocollo integrativo aziendale in data 28.04.2008, che ha rivisto ed esteso fino all'anno 2010 il piano triennale di stabilizzazione per tale area. In attuazione a tale protocollo aziendale e seguendo le modalità procedurali in esso previste, si è provveduto all'indizione di ulteriore apposito avviso per la stabilizzazione del personale dell'area comparto che maturi i requisiti prescritti negli anni 2008-2009-2010. Nel corso dell'anno 2007 si era infatti già provveduto all'indizione di specifico avviso per la stabilizzazione con riferimento al triennio 2007-2009.

Per quanto riguarda invece l'area della dirigenza medica, l'apposito protocollo aziendale è stato siglato in data 04.06.2008: il piano triennale allegato quale parte integrante a detto protocollo prevede la progressiva assunzione a tempo indeterminato nel triennio 2008-2010 di n. 30 unità (di cui n. 9 nel 2008, n. 17 nel 2009 e n. 4 nel 2010), riferite a posizioni di lavoro stabili ed istituzionali ricoperte tramite forme di lavoro atipico.

Relativamente all'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa il protocollo aziendale è stato sottoscritto in data 17.12.2008 e contempla la progressiva assunzione a tempo indeterminato nel medesimo triennio di n. 11 unità, delle quali n. 10 risultano riferite a posizioni di lavoro ricoperte tramite forme di lavoro atipico e n. 1 ricoperta con un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato.

Le assunzioni a tempo indeterminato in esito al processo di stabilizzazione del personale dell'area comparto, di cui agli appositi avvisi indetti in applicazione dei protocolli aziendali, sono state per l'anno 2008 pari a n. 40.

Per quanto riguarda le aree dirigenziali, si è provveduto e si provvederà nel corso del 2009 all'indizione delle procedure concorsuali per quei profili coinvolti dal processo di stabilizzazione, con la valorizzazione delle esperienze lavorative prestate presso l'Azienda.

Per l'anno 2008, con riferimento all'area medica, non è stato completato l'iter assunzionale per i profili previsti nel piano triennale di stabilizzazione per tale esercizio. Si è comunque proceduto all'assunzione a tempo indeterminato di n. 7 unità tramite utilizzo di graduatorie formulate in esito a procedure concorsuali che, seppur bandite senza la previsione della valorizzazione delle esperienze lavorative, hanno comportato la dismissione di altrettanti contratti libero professionali attivati sulle stesse posizioni (medesima disciplina e unità operativa). Allo stesso modo si è proceduto all'assunzione di n. 4 unità dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

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.

Il ruolo attribuito al Collegio dall'Atto aziendale è propositivo nei confronti della Direzione Generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.



Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole unità operative. Nel corso dell'anno 2008, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Nel corso dell'anno 2008, sono state affrontate varie problematiche.

- è stato presentato e approvato il nuovo assetto organizzativo della sicurezza integrato con il sistema di gestione aziendale ed al tempo stesso conforme a quanto previsto dalla legislazione in materia di sicurezza ed igiene; sono state individuate le figure di Dirigenti a cui spetta parte attiva nella gestione della sicurezza. Gli stessi hanno indicato i "Preposti", previsti dalla legge, che avranno il compito di sovrintendere agli aspetti esecutivi dell'attività lavorativa e vigilare sull'osservanza delle direttive prevenzionali impartite. Dovrà esserci un'attività di coordinamento dei preposti che dovranno verificare le situazioni direttamente nell'ambiente di lavoro.
- Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti ai Dipartimenti, 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 di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento.
- Il Collegio di Direzione è stato coinvolto, al fine di individuare un nuovo dislocamento delle aule a livello dei Dipartimenti aziendali, con l'obiettivo di creare una gestione centralizzata delle aule attraverso un programma specifico che permetta di ottimizzare il loro utilizzo.
- Sono state affrontate le problematiche relative alle attività di laboratorio, in particolare, richieste di prescrizioni di indagini laboratoristiche e di diagnostica per immagini.
- È stato sottoposto all'attenzione del Collegio di Direzione il Protocollo d'Intesa con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma per la realizzazione di un programma interaziendale "Relazioni e programmi integrati Ospedale-Territorio".
- È stato attivato un percorso condiviso interdipartimentale per la gestione delle fratture vertebrali che permette di tracciare un percorso per la gestione di pazienti ai quali, al Pronto Soccorso, sia stata formulata una diagnosi di frattura/e vertebrale/i.
- Sono state esaminate le linee guida relative all'appropriatezza delle richieste di ecografia addominale in urgenza. Le suddette linee guida, hanno lo scopo di ottimizzare l'iter diagnostico dei pazienti con dolore addominale che si presentano al Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
- Sono stati sottoposti all'attenzione del Collegio di Direzione il regolamento di funzionamento del Collegio delle Professioni Sanitarie e il regolamento per le elezioni del Collegio delle Professioni Sanitarie.

Importante è stato l'impegno del Collegio di Direzione in materia di governo clinico, di gestione del rischio e di ricerca, temi che vengono trattati nel capitolo 3 al paragrafo dedicato al Collegio di Direzione nella sezione *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*.

Comitati Pari Opportunità

La stretta collaborazione, ormai consolidata, tra il Comitato Pari Opportunità della Dirigenza ed il Comitato Pari Opportunità del Comparto, ha visto il concretizzarsi di un'importante iniziativa intitolata "*Una festa non solo per il cuore della donna*", organizzata in occasione dell'8 marzo 2008, nell'ambito della prevenzione della cardiopatia ischemica e rivolta a tutti i dipendenti dell'Azienda, invitando per l'occasione, anche gli uomini per un controllo cardiologico.

La struttura ambulatoriale cardiologica ha messo a disposizione 5 studi, per l'effettuazione di visite cardiologiche, ECG, misurazione della pressione arteriosa, spirometria e saturimetria per un totale di 50 pazienti. L'attività è stata garantita da medici cardiologi, pneumologi, specializzandi e personale infermieristico.

Considerato il successo e l'apprezzamento che ha avuto questa iniziativa, i Comitati si sono proposti di ripetere nel tempo, questo tipo di evento.

L'attività dei Comitati Pari Opportunità si è ulteriormente sviluppata con la stesura del *Piano triennale delle azioni positive* ed in adempimento alla normativa vigente, è stato redatto un *Rapporto sulla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma* e trasmesso all'Ufficio delle Consigliere di Parità della Regione Emilia-Romagna.



Nell'ambito delle *Azioni positive*, è stato approvato con Atto deliberativo del Direttore Generale n. 128 del 14 luglio 2008, il *Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali*, che ne rappresenta uno dei punti fondamentali.

L'Azienda, richiamandosi ai principi contenuti nelle Raccomandazioni CEE sulla tutela della dignità delle donne e degli uomini negli ambienti di lavoro, ha adottato questo documento per promuovere corrette relazioni interpersonali, basate su regole di uguaglianza e di rispetto reciproco.

Il Codice si prefigge la prevenzione delle molestie a sfondo sessuale e, nel caso in cui esse si dovessero verificare, la garanzia di un adeguato percorso da seguire per affrontare il problema. La creazione di un ambiente di lavoro scevro da ricatti a connotazione sessuale e l'instaurarsi di un buon clima di lavoro tra uomini e donne, nel rispetto reciproco della persona, è lo scopo fondamentale.

Il Codice è consultabile sulla intranet aziendale.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

L'anno 2008 rappresenta un punto di riferimento essenziale per la realizzazione di una politica per la sicurezza: nell'ambito delle indicazioni contenute nel nuovo Testo Unico sulla sicurezza per ambienti di lavoro (D. Lgs. 81/08) è stata infatti promossa la riorganizzazione della struttura aziendale della sicurezza. Con apposito atto deliberativo sono state individuate dal Datore di Lavoro (Direttore Generale) le figure incaricate a ricoprire il ruolo di Dirigenti, così come definito all'art. 2 del citato T.U., "persona che in ragione delle competenze professionali e di poteri gerarchici e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, attua le direttive del datore di lavoro organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa". Ciascun Dirigente ha provveduto a individuare per ciascun ambito lavorativo, opportune figure di Preposto, come da definizione dello stesso citato art. 2.

È stato possibile in tal modo strutturare un sistema che, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, adotta un'effettiva vigilanza all'interno dei vari ambiti lavorativi, con particolare attenzione a: correttezza nell'utilizzo delle attrezzature elettromedicali, dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), delle sorgenti di rischio in genere, alle attrezzature di protezione compresa la relativa efficienza, adozione e predisposizione di opportune procedure di sicurezza stabilite e diffuse tra il personale.

Le responsabilità assumono una connotazione verticistica, nel rispetto delle gerarchie predefinite e preesistenti. In quest'ottica si stabilisce una stretta connessione tra gli attori principali che operano all'interno degli ambienti di lavoro: tra i lavoratori e i Preposti, a loro volta coordinati dal Dirigente di riferimento, ed il Servizio Prevenzione e Protezione. Quest'ultimo ha il compito di redigere la documentazione di cui all'art. 17 del D. Lgs. 81/08 e di tenerla aggiornata. Si tratta cioè di eseguire i cosiddetti Documenti di Valutazione dei Rischi per ogni singolo ambiente, che in base all'assetto e alla connessione sopra delineata, risulta molto più efficace e connessa alle esigenze dei lavoratori e al tipo di attività svolta.

Le sorgenti di rischio di volta in volta individuate consentono di stabilire quale intervento occorre porre in atto, attraverso una coerente programmazione di esecuzione, contestuale all'attribuzione di idonea priorità di attuazione. Detta programmazione è condivisa con il Servizio Attività Tecniche dell'Azienda ed ha lo scopo di operare una effettiva mitigazione del rischio calcolato. Va precisato che per definizione il rischio può essere abbassato, sia adottando specifici provvedimenti in termini impiantistici, strutturali o strumentali, sia utilizzando idonei dispositivi di protezione (individuali o collettivi), ma non può mai essere pari a zero se c'è un'attività lavorativa in atto.

In pratica si dà luogo alla fase di pianificazione come da modello OHSAS 18001, in applicazione di quanto contenuto all'art. 30 del citato decreto legislativo nel contesto del quale vengono suggeriti alcuni modelli organizzativi dei servizi, finalizzati all'acquisizione dei requisiti qualitativi ottimali di produttività e, nel caso in specie, al più efficace sistema di monitoraggio e successiva mitigazione delle esposizioni alle quali i lavoratori risultano potenzialmente soggetti.

È stata altresì promossa l'adozione di un manuale di gestione della sicurezza in qualità, nel quale sono stati inseriti i succitati documenti di politica e pianificazione programmatica su scala triennale per la sicurezza, comprensivi di programmazione interventi (sotto forma di cronoprogramma) ed attività di censimento dei rischi. Così, in adozione del modello della Ruota di Deming, potranno essere misurate le



situazioni di rischio riscontrate allo scopo di attestarne lo stato di evoluzione, migliorativa o peggiorativa rispetto ai precedenti monitoraggi condotti.

In ottemperanza ai criteri di coordinamento proposti all'art. 26 del Testo Unico della sicurezza, sono inoltre state avviate idonee procedure di gestione del Documento Unico di Valutazione Rischi Interferenziali (DUVRI), in relazione alle attività interne poste in essere a seguito di lavorazioni eseguite da ditte esterne incaricate; sono state così adottate specifiche procedure per ciascuna tipologia di lavorazione, servizio attività manutentiva, cantiere eccetera, disciplinata sulla base di criteri condivisi con tutti i servizi aziendali coinvolti.

In tale contesto, ad interventi correttivi adottati, sarà possibile sottoporre le formali istanze agli Enti competenti per il rilascio delle rispettive autorizzazioni all'esercizio, pareri o certificazioni.

Come naturale conseguenza delle azioni intraprese in materia di politiche per la sicurezza, non è stato trascurato l'aspetto della formazione per la sicurezza; infatti sono stati avviati specifici progetti formativi indirizzati alle figure di Dirigenti incaricati e Preposti individuati, con programmi specifici e mirati, volti tra l'altro ad accrescere la coscienza individuale della responsabilità sugli argomenti riguardanti la sicurezza degli ambienti di lavoro, in ordine ai quali ogni operatore, in linea con il proprio ruolo nell'organigramma aziendale, assume uno status importante e ben definito, del quale è risultato indispensabile che prendesse coscienza e cognizione, come stabilito quale concetto di fondo all'interno del nuovo Testo Unico.

Sorveglianza sanitaria

Il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato nel 2008 in linea con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Nell'ottica dell'aggiornamento dei protocolli esistenti, l'Azienda ha partecipato alla Commissione Regionale attivata all'interno del Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna istituita per rivedere i protocolli di sorveglianza sanitaria del personale del Servizio Sanitario Regionale. È programmata l'introduzione del nuovo protocollo all'inizio del 2009.

Iniziative di formazione con riferimento ai temi della sorveglianza sanitaria hanno riguardato da una parte i corsi programmati dall'Azienda per il personale neoassunto. Inoltre sono state realizzate iniziative formative sulle seguenti tematiche che sono state progettate 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 del personale di assistenza,
- rischio da chemioterapici-antiblastici,
- protocolli operativi da mettere durante il periodo influenzale,
- rischio radiologico e concetti di radioesposti.

È proseguita la collaborazione con il Laboratorio di Tossicologia Industriale di III livello regionale per il monitoraggio biologico a tutto il personale che opera a contatto con gas.

È stata implementata la collaborazione con il Laboratorio di Aerobiologia per il monitoraggio dall'inquinamento da lattice.

Per quanto concerne l'attività di ricerca, è proseguita la partecipazione allo studio multicentrico promosso dall'Istituto di Genetica Umana dell'Università degli Studi di Parma con i maggiori ospedali italiani per la messa a punto di un sistema di monitoraggio biologico del personale esposto a farmaci antiblastici.

Nel corso delle visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono stati informati sul significato degli accertamenti sanitari, sui rischi cui sono sottoposti, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

I dipendenti sono tutti informati dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati e viene consegnata loro copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche eseguite e delle visite specialistiche eventualmente effettuate.

Le cartelle sanitarie di ciascun dipendente sono conservate presso il Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria della Direzione Sanitaria nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Nel corso dell'anno 2008 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 551 maschi ed 823 femmine su un totale di 2251 dipendenti soggetti a sorveglianza sanitaria.

Gli esiti di tale attività vengono di seguito riportati.



Tabella 9 Attività di sorveglianza sanitaria: esiti su malattie professionali e idoneità per genere, anno 2008

DATI SU MALATTIE PROFESSIONALI E IDONEITA'	Maschi	Femmine
N. MP segnalate	0	3
Tipologia MP segnalate (codifica DM 14.01.08) ⁴	nessuna	nessuna
n. idonei	527	766
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) temporanee	1	3
n. idoneità parziali (cioè idoneità con prescrizioni/limitazioni) permanenti	23 (già riconosciute e riviste)	52 (già riconosciute e riviste)
n. inidoneità temporanee	//	3 (nuova)
n. inidoneità permanenti	//	1 (nuova)

In ordine decrescente le cause d'inidoneità parziali sono riconducibili alle seguenti tematiche: movimentazione manuale dei carichi,

- postura eretta prolungata,
- lavoro notturno,
- allergopatie,
- attività invasive svolte in prima persona.

Per quanto concerne l'esposizione ai rischi lavorativi dei dipendenti sottoposti a sorveglianza sanitaria, si riportano sinteticamente i dati di riferimento dell'anno in esame.

Tabella 10 Esposizione a rischi lavorativi dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria

	Numero lavoratori esposti	
	Maschi	Femmine
N. ESPOSTI A MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	7 (M.+F.)	
N. ESPOSTI A SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI	1529 (M.+F.)	
N. ESPOSTI AD AGENTI CHIMICI	202 (M.+F.)	
N. ESPOSTI AD AGENTI CANCEROGENI E MUTAGENI	15 F	
N. ESPOSTI AD AGENTI BIOLOGICI	1800 (M.+F.) (con Lab	
N. ESPOSTI VIDEOTERMINALI (VDT)	41	108
N. ESPOSTI VIBRAZIONI CORPO INTERO	//	//
N. ESPOSTI VIBRAZIONI MANO BRACCIO	//	//
N. ESPOSTI RUMORE	//	//
N. ESPOSTI CAMPI ELETTRICITÀ	29 (M.+F.)	
N. ESPOSTI RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI	27 (M.+F.)	
N. ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI	292	242
N. ESPOSTI MICROCLIMA SEVERO	//	//
N. ESPOSTI INFRASUONI	//	//
N. ESPOSTI ULTRASUONI	//	//
N. ESPOSTI ATMOSFERE IPERBARICHE	//	//
N. ESPOSTI STRESS LAVORO-CORRELATO	XX	XX
N. ADDETTI LAVORO NOTTURNO	1348 (Turnisti M.+F.) (di cui solo 17 con 80 o più notti)	
N. ESPOSTI AD ALTRI FATTORI EMERSI IN SEGUITO ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI (SPECIFICARE QUALI)		

Per quanto concerne il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico, si è provveduto ad impiegare, per il monitoraggio e l'analisi statistico-epidemiologica, il programma SIROH (impiegato nello Studio Italiano Rischio Occupazionale) nella versione messa a punto dall'Area Rischio Infettivo dell'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Politiche Sociali. L'andamento evidenziato risulta essere sostanzialmente in linea con lo scenario nazionale e quindi evidenzia la necessità di continuare le iniziative di formazione.

In merito al rischio infettivo va segnalato che nel corso del 2008 è proseguito il programma di controllo e sorveglianza della legionellosi in ospedale che si è avvalso del monitoraggio periodico del livello di contaminazione dell'impianti aziendali. In tale contesto è stata introdotta, sperimentalmente, la ricerca dell'antigene urinario nei dipendenti che operano nelle aree a maggior rischio.



È stato inoltre implementato il monitoraggio epidemiologico di tutti gli operatori dell'Azienda che hanno riportato qualsiasi forma di patologia polmonare al fine di individuare eventuali patologie riconducibili ad infezione da legionella.

È proseguito il monitoraggio ambientale microbiologico dei comparti operatori al fine di prevenire infezioni ospedaliere sia di pazienti che di operatori.

Nel corso del 2008, è proseguita la partecipazione ai gruppi di studio promossi dal Servizio Sanità Pubblica e del Programma Rischio Infettivo della Direzione generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione. Sulla base degli indirizzi emersi in tale contesto, si è provveduto ad implementare le procedure operative in merito alle nuove patologie infettive emergenti.

Il Servizio di Medicina Preventiva dell'Azienda, nel corso del 2008, ha provveduto ad una revisione, d'intesa con l'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia, del protocollo relativo alla Profilassi Post Esposizione degli Infortuni Biologici. Tale protocollo è attualmente in una fase di test.

Al termine del periodo di prova, previsto per il 2009, si provvederà alla sua estensiva applicazione.

È continuato anche nel corso del 2008, il monitoraggio del rischio dell'infezione tubercolare; al riguardo vale la pena ricordare che, nel periodo di riferimento, sono state effettuate oltre 800 Mantoux.

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in ambito ospedaliero. I diversi operatori, sulla base del rischio infettivo a cui sono risultati sottoposti, sono stati chiamati ad aderire alle diverse campagne vaccinali. Tale approccio è stato tenuto anche verso tutto il personale neoassunto.

In particolare sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

- Antiepatite B (366 dosi pari a 142 soggetti);
- Antidiftotetano (616 dosi);
- Antitetanica (75 dosi);
- Antinfluenzale (1035 dosi).

Per quanto concerne la prevenzione della rosolia, si è provveduto a vaccinare il personale che opera nel Dipartimento Materno-Infantile.

Nel corso del 2008, si è partecipato alla ridefinizione per alcune categorie della dotazione dei Dispositivi di Protezione Individuale. Con riferimento a tale implementazione, si provveduto a informare-formare i Dirigenti e Preposti sul corretto impiego degli stessi.

È attualmente in corso l'analisi e la valutazione del rischio stress-correlato.

Gestione degli infortuni

All'interno delle aziende sanitarie si sta sempre più diffondendo l'approccio sistemico alla gestione del rischio e la necessità di infondere la cultura della sicurezza e dell'imparare dall'errore.

In questo contesto, non si può prescindere dall'analisi dei vari fattori di rischio, tra i quali non si deve dimenticare il fenomeno infortunistico, sia in relazione alle assenze dal lavoro che ne derivano, sia in relazione all'esposizione a possibili sorgenti di rischio biologico, chimico e fisico.

È stato avviato l'utilizzo di un database per la registrazione degli infortuni, oltre ovviamente alla rilevazione nell'apposito registro infortuni, che rende possibile la raccolta e l'elaborazione attraverso strumenti di statistica descrittiva da parte della Direzione e delle strutture aziendali coinvolte nel processo di valutazione dei rischi, al fine di verificare il profilo di rischio degli operatori dell'Azienda ed effettuare comparazioni con gli andamenti degli anni precedenti.

Di seguito sono illustrate le dinamiche connesse agli eventi infortunistici che hanno interessato il personale nel corso dell'anno 2008.

Si è registrato un numero di infortuni complessivo pari a 492 per un totale di giornate lavorative perse di n. 11907, in leggera flessione rispetto ai dati dello scorso anno.

L'incidenza del fenomeno infortunistico, rispetto al numero complessivo di 3721 dipendenti con rapporto di lavoro subordinato, è pari al 13,22% (numero di infortuni denunciati all'INAIL / N° totale dipendenti * 100). Nell'ambito degli infortuni denunciati, l'incidenza degli infortuni a rischio biologico è pari al 29%.

Occorre precisare che dei 492 infortuni:

- n. 142 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 22 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- n. 22 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1880.



Inoltre 2202 giornate di assenza sono da riferire a infortuni occorsi nel 2007, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, incidendo sull'anno 2008 per un 18%.

Sotto un profilo di genere, il fenomeno infortunistico presenta la seguente distribuzione: maschi infortunati: 136 femmine infortunate: 356.

La distribuzione degli infortuni in relazione al genere risulta sovrapponibile al dato evidenziato nel paragrafo del presente capitolo dedicato alla "Carta d'Identità" del personale, infatti il 72% degli infortuni denunciati riguarda donne.

Analizzando nel dettaglio le modalità di accadimento, si evidenzia quanto segue:

Tabella 11 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2008

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	123	4493
Percutaneo	107	195
Scivolando	37	1227
Caduto	35	1625
Movimento non coordinato	33	1287
In Itinere	31	973
Contatto con	30	46
Urto contro	25	441
Colpito da	20	260
Schiacciato da	12	274
Mucocutaneo	11	11
Piede In Fallo	9	823
Aggredito	8	125
Si tagliava	7	34
Inc. alla guida	2	28
Avvelenamento	1	7
Si schiacciava	1	58
Totale	492	11907

La principale causa degli infortuni è costituita dalle lesioni da sforzo, sia in termini numerici che di giornate lavorative perse, rimanendo comunque considerevole il dato degli infortuni a rischio biologico, riconducibile a percutanei, mucocutanei e contatto.

Come si può osservare dalla tabella sottoriportata, le categorie maggiormente esposte al rischio di evento infortunistico rimangono gli infermieri, gli operatori socio sanitari, 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:

Tabella 12 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	224	4655
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	131	4033
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	28	729
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	9	195
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	7	94
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	6	65
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	6	96
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	6	88
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	5	78
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	5	70
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4	28
CAT. B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	4	297
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	4	62
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	3	35
CAT. B-SUP. OP. TECN. ADD. ASSISTENZA	2	63
CAT. D COLL. PROF. SANIT. FISIOTERAPISTA	2	96



Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	2	63
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOCHIRURGIA	2	31
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	2	75
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	2	76
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	59
CAT. B OP. TECN. ADD. ALLE ATT. ALBERGH.	2	10
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	2	2
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	1	26
CAT. D-SUPER COLL. AMM.VO PROF. ESPERTO	1	74
CAT. D COLLAB. PROF. SANIT. OSTETRICA	1	1
CAT. C-ASS. TECNICO AUTISTA	1	14
CAT. C PROGRAMMATORE PROGRAMMATORE	1	7
CAT. B-SUPER OP. TECN. SPEC. CUCINA	1	48
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	1	3
CAT. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	1	1
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	8
CAT. B OP. TECN. TERMO-IDRAULICO-MECCAN.	1	3
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	1	107
DIRIG. MED.-ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	1	1
MEDICO -CHIRURGIA TORACICA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-RADIODIAGNOSTICA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	1	12
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	1	2
DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	1	34
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	1	84
CAT.C-ASS. TECNICO DI FARMACIA	1	10
DIRIGENTE BIOLOGO-PATOLOGIA CLINICA	1	44
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	10
DIRETTORE-DIRIG.MED.-MED. FIS. E RIABIL.	1	10
DIRETTORE-DIRIG.MED.-MALAT.APPAR.RESPIR.	1	13
CAT.D-SUP.COLL.PROF.SAN. ESP.SETT.INF.CO	1	14
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	244
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	1	7
MEDICO FREQUENTATORE	1	32
CAT.C-ASS. TECNICO NECROFORO NECROSCOPO	1	3
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ATT. ALBERGHIERE	1	90
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GENERALE	1	1
Totale	492	11907



4.4 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura

Interventi di prevenzione e riduzione del burn out

Al giorno d'oggi la salute non è più intesa solo come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. La percezione diffusa che questo sia un diritto fondamentale di ogni essere umano ha profondamente modificato le aspettative dei cittadini-pazienti-utenti nei riguardi dell'organizzazione sanitaria. Al cittadino-paziente-utente non sono più sufficienti le competenze tecnico professionali degli operatori sanitari (che vengono date per scontate e di elevato standard qualitativo), ad esse si aggiungono sempre più pressanti le richieste di maggiore attenzione alla dimensione umana e relazionale del rapporto terapeutico.

L'operatore sanitario diventa così depositario di tutte le ansie, aspettative e bisogni psicologici. Se le problematiche psicologiche non vengono affrontate favoriranno lo sviluppo di un disagio nel rapporto operatore-paziente e nel rapporto all'interno del gruppo di operatori.

Diversi studi documentano gli alti livelli di stress lavorativo nei servizi ospedalieri e la condizione di disagio rilevata tra i lavoratori impegnati nelle professioni di aiuto, specialmente nell'area socio-sanitaria.

Nel corso del 2008 diverse iniziative sono state attivate dalla U.O. di Psichiatria, a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere, anche avvalendosi della collaborazione degli psicologi del Servizio di Psicologia Clinica Ospedaliera afferente alla U.O. di Psichiatria.

Si segnalano, in particolare, le iniziative focalizzate sulle problematiche relative allo stress degli operatori sanitari, rivolto agli operatori della U.O. di Psichiatria e all'intero personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

L'attività si è articolata in due corsi sul burn-out rivolti agli operatori dell'U.O di Psichiatria; in questi corsi sono state illustrate le dinamiche causali del burn-out dell'operatore sanitario e psichiatrico in particolare.

Questi corsi hanno avuto 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.

Per gli operatori dell'intera Azienda Ospedaliero-Universitaria è stato inoltre progettato un corso, che avrà pieno sviluppo nel 2009, rivolto a tutti gli operatori e che ha come obiettivo quello di affrontare lo stress nelle c.d. "helping profession" (professioni d'aiuto).

Le iniziative svolte nell'anno 2008 hanno pertanto sviluppato le seguenti attività:

A) Presso la U.O. di Psichiatria:

è stato portato a termine un corso sul burn-out rivolto agli operatori dell'U.O di Psichiatria già richiamato sopra; nell'ambito di questo corso sono state effettuate anche autovalutazioni del burn out (Maslach Burn-out Inventory) per consentire agli operatori stessi il riconoscimento di un eventuale rischio. Il corso ha avuto 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.

Quotidianamente si svolge *il briefing mattutino*, della durata di circa 30 minuti, nel corso del quale vengono affrontate, secondo priorità, le criticità che via via si presentano nella vita di reparto. Gli aspetti in discussione riguardano problematiche di ordine clinico, relazionale e organizzativo, con particolare attenzione all'analisi dei fenomeni controtransferali e delle dinamiche e dei conflitti eventualmente soggiacenti.

B) Presso le unità operative dell'Azienda:

si sono tenuti *"Incontri di discussione interdisciplinare di casi clinici in supervisione"* (con ECM) presso l'U.O. di Oncologia Medica con la collaborazione del servizio di Psicologia clinica. Gli incontri si sono avvalsi della supervisione costante del Direttore della U.O. di Psichiatria e hanno visto la partecipazione di varie figure professionali (psichiatri, oncologi, infermieri, psicologi, specialisti d'organo).

Periodicamente, a partire dal gennaio 2008, sono stati tenuti gli "Incontri di aggiornamento scientifico" riguardanti le tecniche di misurazione e riduzione dello stress, aperti a tutti gli operatori (medici, psichiatri, psicologi, infermieri, eccetera) interessati all'argomento. Essi vertevano su temi di Psicofisiologia Clinica, sulle nuove metodiche che si sono sviluppate in ambito cognitivista, in modo



particolare la MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), e sono stati rivolti particolarmente agli operatori delle UU.OO. di Ostetricia-Ginecologia, Cardiologia, Pneumologia (in relazione alla Sclerosi Laterale Amiotrofica), Oncologia.

“Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale”: la fase attuativa

Presso il Dipartimento Materno-Infantile è stata data attuazione al progetto già presentato alla fine dell'anno 2007 intitolato “Professioni di cura: sapere tecnico e sapere relazionale”, che prevede un corso di formazione sul campo (gruppi di miglioramento), condotto da una psicologa del Dipartimento e riservato al personale della U.O. di Neonatologia.

Hanno partecipato 28 operatori con qualifiche differenti: caposala, infermiere, medici, personale ausiliario, O.S.S..

Sono stati realizzati due corsi per due gruppi di operatori e ciascun gruppo ha lavorato per un totale di 6 incontri di 2 ore ciascuno, con una cadenza quindicinale nel periodo tra gennaio e aprile 2008. La metodologia seguita è stata ricondotta al gruppo di discussione eterocentrato: descrizione 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, focalizzate in particolare su aspetti della relazione genitore-bambino, operatore/bambino/genitore.

Ai partecipanti è stato richiesto un ben preciso impegno consistente nella continuità della frequenza e stabilità nella composizione del gruppo.

I punti centrali del lavoro che i due gruppi hanno realizzato possono essere riassunti quindi nella sperimentazione di aspetti pratici della comunicazione come strumento di lavoro, nel potenziamento della riflessione clinica e nella rielaborazione dell'esperienza pratica; contemporaneamente si può affermare che gli obiettivi formativi raggiunti al termine dell'evento siano:

- l'acquisizione di competenze nella relazione e nella comprensione dei bisogni psicologici delle famiglie;
- il miglioramento dell'interazione nel gruppo: approfondimento della conoscenza reciproca e confronto sulle motivazioni che determinano i comportamenti nell'ambito della pratica di lavoro;
- l'acquisizione e arricchimento del livello di competenza sia sul versante della comprensione della relazione con il paziente e la famiglia, sia sul versante dell'addestramento al lavoro di gruppo.

L'impegno dei partecipanti è stato costante e alto per tutta la durata del corso sia dal punto di vista formale (puntualità, numero di presenze), sia dal punto di vista sostanziale (attenzione, partecipazione attiva con importanti contributi).

I segni di riscontro del processo di miglioramento innescato dal percorso formativo sono:

- l'immediata programmazione di riunioni di lavoro a cadenza fissa per tutto il gruppo infermieristico;
- la programmazione e successiva realizzazione di un rapporto di collaborazione stabile della U.O. di Neonatologia con una psicologa del Dipartimento, disponibile per i genitori dei bambini ricoverati e per il personale del reparto.

La comunicazione con il paziente e la famiglia e il lavoro in team

La formazione in ambito relazionale ha seguito quattro percorsi di sviluppo. Da una parte, si è provveduto ad effettuare una convenzione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma per garantire ad almeno 8 professionisti sanitari la partecipazione al corso di perfezionamento in Psicologia Ospedaliera. Dall'altra si sono offerti, come formazione trasversale, tre tipologie di eventi: uno orientato a sostenere le dinamiche di gruppo, l'altro volto a proteggere i professionisti dalle relazioni difficili, senza che vengano attivati meccanismi di distacco dal paziente e l'ultimo teso a valorizzare il lavoro di équipe. Tali eventi sono:

1. Il corso “lavorare in team”. In ambito sanitario molti studi dimostrano che più del 70% degli errori non dipendono da competenze sanitarie inadeguate ma sono da attribuire al fattore umano. In condizioni di incertezza, di stress e di rischio, il professionista della salute non riesce a trasformare pienamente le competenze specialistiche in azioni cliniche concrete. Il corso si propone di far acquisire ai partecipanti la consapevolezza delle dinamiche agite nel gruppo e delle modalità per agire più efficacemente nel gruppo; inoltre, il miglioramento delle abilità comunicative e relazionali nel contesto lavorativo, nel rapporto tra colleghi e con le figure che operano in team favorisce lo sviluppo di sinergie tra i vari professionisti.
2. Il corso “la relazione bruciata”. La vicinanza quotidiana al dolore e alla sofferenza con la persona assistita finisce per lasciare traccia in chi si ‘prende cura’ e produce un senso di inadeguatezza che indebolisce la capacità di essere di aiuto e di sostegno, compromettendo la relazione come elemento



proprio della cura. Il corso è stato rivolto a professionisti che sono particolarmente esposti ad un forte coinvolgimento emotivo e ha avuto la finalità di ricercare e mantenere la giusta distanza per proteggersi da eccessivi coinvolgimenti emotivi, senza scivolare in comportamenti di routine che tolgono calore alla relazione, avviando così un processo di miglioramento nelle modalità relazionali per passare dalla cura al prendersi cura.

3. Il corso per lo sviluppo delle competenze relazionali nell'équipe di lavoro ha avuto luogo all'interno del Corso regionale sull'infezione da HIV per gli operatori di malattie infettive (legge 135/90). L'iniziativa è stata realizzata su 12 ore di formazione, dedicate all'obiettivo specifico di sviluppo di competenze relazionali, sia nei confronti del cittadino sia all'interno dell'équipe, come tratto di professionalità del personale sanitario. L'evento, sviluppatosi in 4 moduli da 3 ore, e riproposti 2 volte per raggiungere tutto il personale turnista, è stato animato e coordinato da professioniste counsellor dell'organizzazione "Chi soccorre i soccorritori". Gli operatori partecipanti erano 90, suddivisi in 2 sessioni e rappresentanti le diverse professionalità delle U.O. Malattie Infettive ed epatologia e U.O. Pediatria. Le metodologie utilizzate, fortemente interattive, sono state concepite allo scopo di coinvolgere i partecipanti: filmati e momenti di immedesimazione delle diverse professionalità in ruoli diversi con l'obiettivo di favorire la condivisione delle emozioni scaturite in gruppi di due o più persone (a seconda del tema di base) o attraverso modalità diverse. La ricaduta dell'intervento formativo è stata in parte rilevata grazie a un questionario diffuso a cura dei responsabili del corso ed in parte da colloqui informali con i partecipanti. Gli aspetti più rilevanti sono stati la sorpresa da parte degli operatori nello scoprire quali e quante possibilità offrono le diverse modalità di approccio al paziente per intervenire in modo appropriato nel processo di cura. L'evento formativo, che ha suscitato forte interesse, ha consentito di riconoscere che il valore della relazione non risiede solo nel rapporto con il paziente, ma anche nel rapporto tra gli operatori dell'équipe, all'interno di tale rapporto la relazione acquista importanza e produce ricadute notevoli, con benefici anche sul processo di cura.

4.5 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

La valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori risulta essere strumento fondamentale per le aziende sanitarie costantemente chiamate alla realizzazione di obiettivi orientati alla qualità delle cure erogate.

La condivisione dei principi e degli obiettivi aziendali da parte dei professionisti, permette di creare una cultura orientata alla partecipazione realizzando programmi di ricerca e innovazione dei processi assistenziali che si traducono 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.

La scelta della Direzione del Servizio Assistenziale è pertanto rivolta all'individuazione di tematiche assistenziali ed organizzative, in cui l'attività dei professionisti infermieristici e tecnici possa realizzare un pieno sviluppo delle competenze anche attraverso l'integrazione con le altre professioni sanitarie.

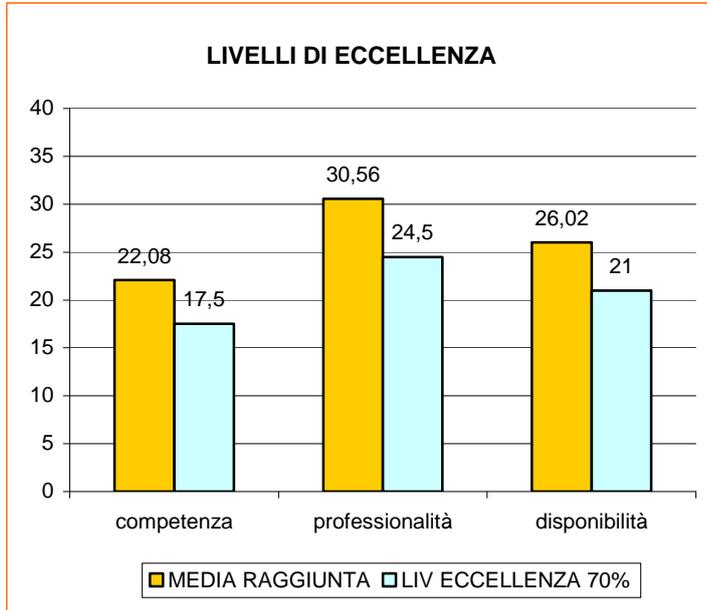
Assistenza al paziente con sindrome coronarica acuta con ST sopraelevato

Per il trattamento dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta è stato elaborato un progetto che si pone l'obiettivo di migliorare l'accesso alla rete cardiologica (anni 2006/2007). La progettazione del percorso ha portato ad un incremento delle sinergie, in parte già presenti, tra i soggetti della rete emergenza aziendale e del territorio, e i servizi di accettazione e ricovero delle due Aziende, Ospedaliero-Universitaria e USL. Ad un anno dall'implementazione del percorso è stato valutato il grado di raggiungimento di alcuni degli obiettivi definiti. In particolare in ambito infermieristico si è posto l'accento sulla presa in carico del paziente da parte del case manager e sui risultati raggiunti in termini di qualità percepita dall'utente. Il ruolo di Case Manager è stato affidato al personale infermieristico afferente all'UTIC (Unità Terapia Intensiva Coronarica) dopo adeguato periodo di formazione sul campo definendo le responsabilità e le competenze specifiche nella cura dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta. Il Case Manager è la figura di riferimento per l'utente e per i familiari, segue il paziente dall'accettazione ospedaliera alla dimissione definendo un piano assistenziale individualizzato e perseguendo obiettivi di efficacia e qualità delle cure. Un questionario (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales), rivolto ai pazienti trattati nei primi 4 mesi di applicazione del percorso, ha sondato il



gradimento delle cure erogate dal Case Manager in termini di competenza, professionalità e disponibilità. Sono stati indagati 62 pazienti, i punteggi ottenuti dai questionari sono stati confrontati con il punteggio considerato di "eccellenza" (70% del punteggio massimo ottenibile). I risultati ottenuti depongono per un alto indice di gradimento delle cure erogate.

Grafico 7 Gradimento delle cure erogate



Gestione del paziente con disfagia a genesi neurologica

Il progetto Disfagia nasce nel 2008 all'interno dell'équipe operante nell'U.O. di Medicina Riabilitativa con l'obiettivo di assicurare una presa in carico appropriata del paziente disfagico in riferimento alle Linee Guida Internazionali, promuovendo lo sviluppo di competenze specifiche dei professionisti dell'équipe di cura.

Attraverso il counseling logopedico al letto del paziente, il logopedista definisce il piano riabilitativo con il coinvolgimento dell'intera équipe, medici e personale infermieristico, identificando le competenze specifiche di ciascun professionista utili al processo riabilitativo del paziente. Un'importante azione intrapresa è relativa alla diffusione delle conoscenze clinico-assistenziali necessarie per la soluzione dei problemi del paziente disfagico, dalla valutazione alla definizione delle corrette modalità di gestione. Una prima formazione in tal senso è stata realizzata dalla logopedista e dal fisiatra nella primavera del 2008 nell'ambito dei corsi di formazione, indirizzati al personale assistenziale, sullo Stroke Care.

La condivisione del modello di cura ha portato all'elaborazione del percorso diagnostico-terapeutico interdipartimentale che si articola nelle seguenti 3 fasi:

- accertamento diagnostico, attraverso lo screening e la valutazione logopedica e strumentale (protocollo di screening e valutazione, video-fluorografia eccetera),
- training rieducativo secondo protocollo specifico,
- follow up.

La citata standardizzazione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con disfagia favorisce il raggiungimento di obiettivi qualitativi importanti quali la formulazione di una diagnosi precoce, un migliore recupero funzionale attraverso il ripristino, ove possibile, dell'alimentazione per via orale, la prevenzione delle complicanze quali la polmonite ab ingestis. Nei primi 12 mesi di attività il protocollo elaborato è stato utilizzato per la valutazione di 78 pazienti afferenti alle U.O. dei Dipartimenti Geriatrico-Riabilitativo, Neuroscienze e nell'U.O. di Rianimazione. Il protocollo è stato inoltre applicato per il trattamento terapeutico di 42 pazienti (counseling al paziente e al caregiver, training per il ripristino dell'alimentazione per os eccetera). La valutazione del percorso, effettuata a fine anno, ha rilevato un sensibile aumento delle richieste di consulenza provenienti dalle unità operative aziendali, incremento da attribuirsi all'attività di informazione e formazione realizzata.



Interventistica angiografica

Le procedure angiografiche rappresentano un settore in costante e veloce evoluzione. Permettendo interventi direttamente attraverso la rete vasale, tali procedure sostituiscono di fatto l'atto chirurgico risultando meno invasive e riducendo significativamente la necessità di ricovero e le disabilità conseguenti l'intervento chirurgico. Sono ormai consolidate da tempo le tecniche che, nel settore neurologico, permettono l'embolizzazione di aneurismi cerebrali, la ricostruzione di metameri spinali (vertebroplastica) e la riabilitazione di vasi occlusi. Il settore di angiografia body, accanto alle procedure diagnostiche dei vasi addominali e periferici, è sempre più dedicato a procedure interventistiche indirizzate al trattamento delle vasculopatie diabetiche degli arti inferiori, alla riabilitazione di vasi con posizionamento di stent o endoprotesi, all'embolizzazione dei vasi periferici, al trattamento di distretti vascolari non raggiungibili chirurgicamente, al trattamento chemioterapico delle neoplasie epatiche. L'utenza è rappresentata da pazienti provenienti dalle unità operative aziendali e da strutture di ricovero extraaziendali oltre che da pazienti ricoverati in regime diurno. L'eterogeneità dell'utenza descritta, unita alla evidente complessità del paziente, spesso portatore di patologie croniche o di pluripatologie, impone la necessità di valutare i bisogni di cura individuali al fine di fornire adeguate risposte assistenziali ai bisogni rilevati. Il ruolo ricoperto dagli operatori tecnici ed infermieristici è supportato da una costante attività di formazione indirizzata all'acquisizione di competenze specifiche in un settore sottoposto a costante evoluzione, sia tecnologica che delle procedure terapeutiche, e dedicato al trattamento di pazienti particolarmente complessi. Nell'ambito della formazione sul campo è stata affrontata la necessità di formulare delle procedure che, ricostruendo il percorso del paziente, garantiscano la continuità delle cure attraverso un adeguato passaggio delle informazioni clinico assistenziali dalla sala angiografica all'U.O. di ricovero sino alla dimissione del paziente. L'elaborazione di una scheda infermieristica ha permesso una risposta qualificata non solo per quanto riguarda il passaggio di informazioni assistenziali, ma anche in relazione alla implementazione delle procedure legate alla gestione del rischio clinico: raccolta dei dati anamnestici ed anagrafici del paziente e rintracciabilità dei presidi medico chirurgici utilizzati nelle procedure invasive. Dopo una iniziale sperimentazione, si è proceduto all'informatizzazione della scheda infermieristica. Il software dedicato facilita l'utilizzo della scheda infermieristica e permette ai professionisti di operare una valutazione sull'intero processo assistenziale raccogliendo informazioni utili al fine di una ulteriore implementazione del percorso.

Stroke care

Il Piano Attuativo Locale definisce come priorità la realizzazione di percorsi che favoriscano la continuità assistenziale nella ricerca di integrazione tra Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria. In relazione al percorso di cura del paziente affetto da Ictus Cerebrale Ischemico, il Percorso di Cura Integrato prevede l'effettuazione della fibrinolisi, ai pazienti eleggibili secondo i criteri SIST-MOST, nei due ospedali della provincia: Vaio e Parma consentendo l'organizzazione di una rete provinciale, "rete stroke", per garantire pari opportunità terapeutiche a tutti i pazienti colpiti da Ictus della provincia di Parma. La letteratura scientifica dimostra infatti come la terapia trombolitica, effettuata nelle prime tre ore dall'insorgenza dei sintomi, è in grado di ridurre la mortalità e la disabilità dei pazienti colpiti da ictus. L'autorizzazione regionale per l'applicazione del protocollo SIST-MOST ha permesso l'attivazione del percorso dal 1.10.2008 e quindi l'implementazione del PDT Aziendale Ictus Cerebrale Ischemico, che nella versione del giugno 2007 inseriva tra gli obiettivi quello della trombolisi. Il percorso prevede il coinvolgimento della rete di emergenza territoriale e delle UU.OO. aziendali di Pronto Soccorso, Diagnostica Ematochimica, Neurologia, Neuroradiologia e Neurochirurgia. La sinergia necessaria tra i professionisti afferenti alle diverse unità operative risulta indispensabile al fine del raggiungimento degli obiettivi di tempestività di intervento e di qualità assistenziale. L'elaborazione di un percorso condiviso, per l'applicazione del protocollo come da normativa (D.L. GU n. 190 18 agosto 2003), ha previsto per gli operatori infermieristici l'approfondimento degli aspetti specifici del trattamento nonché l'acquisizione delle competenze necessarie per l'assistenza al paziente dalla fase pre ospedaliera alla fase di trattamento in unità di cure intensive e di trasferimento in unità operative di degenza. È stata realizzata la formazione indirizzata alla totalità degli operatori delle unità operative coinvolte nel percorso conclusasi con una simulazione che ha visto la processazione di tutto il percorso per la presa in carico del paziente candidato alla fibrinolisi allo scopo di evidenziare gli aspetti critici.



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. Per il raggiungimento della migliore performance è necessario conoscere l'incidenza del fenomeno "lesioni cutanee" a livello aziendale, predisponendo un costante monitoraggio, attuando dei percorsi formativi specifici rivolti al personale coinvolto nel processo assistenziale, approntando ed adottando protocolli e linee guida inerenti la prevenzione e il trattamento delle Ldd. Per lo sviluppo delle competenze degli operatori infermieristici responsabili dell'Osservatorio Aziendale sono stati individuati percorsi formativi ad hoc per l'acquisizione di competenze cliniche e gestionali.

La formazione del personale sanitario nella prevenzione e cura delle ulcere cutanee è una delle attività principali dell'Osservatorio e si pone l'obiettivo di formare capillarmente il personale assistenziale attraverso un'ampia offerta formativa che considera l'elevato turn over dei professionisti, in particolare del personale infermieristico, e la presenza di personale neolaureato. L'organizzazione dei corsi di formazione si avvale del contributo di docenti interni: infermieri esperti in wound-care, farmacisti e nutrizionisti.

Nel 2008 il corso di 1^o livello è stato proposto in 8 edizioni e sono stati formati 265 professionisti.

Tabella 13 Partecipazione ai corsi di formazione

	Numero operatori
Infermieri	195
Operatori Socio Sanitari	33
Medici	31
Tecnici Sanitari	6
Totale Personale	265

Il monitoraggio relativo all'insorgenza di Ldd si è avvalso di Audit clinici e di indagini di prevalenza che costituiscono la base per una valutazione complessiva del fenomeno.

Le informazioni ricavate sono di tipo quantitativo (numero di lesioni rilevate nella giornata in esame), qualitativo (stili e comportamenti degli operatori) e finanziario (costi e tempi dell'assistenza, costi delle medicazioni, eccetera), informazioni utili per la pianificazione degli interventi necessari in ambito formativo e assistenziale al fine di una corretta gestione del fenomeno.

Le rilevazioni, eseguite a cadenza semestrale, si avvalgono di esperti aziendali, esterni alle UU.OO., che attraverso la compilazione di apposite schede valutano la totalità dei pazienti ricoverati nei Dipartimenti ove è maggiore il rischio di lesioni da decubito: 900 pazienti circa nei dipartimenti Medico Polispecialistico 1 e Medico Polispecialistico 2, Geriatrico-Riabilitativo, Chirurgico, Emergenza-Urgenza, Neuroscienze. L'analisi dei dati si avvale di supporto informatico che assicura un adeguato feedback agli operatori.

Tabella 14 Indagini di prevalenza

	DICEMBRE 2006	GIUGNO 2007	DICEMBRE 2007	GIUGNO 2008	DICEMBRE 2008
PAZIENTI VALUTATI	895	827	868	766	841
PAZIENTI CON LDD	97	105	80	78	77
PREVALENZA	10,84%	13%	9,22%	10,18%	9,15%

Produzione di istruzioni operative

La necessità di delineare ed unificare, ove possibile, i comportamenti degli operatori sanitari che si trovano ad affrontare la prevenzione e/o il trattamento delle lesioni da compressione ha portato alla definizione di un Protocollo Aziendale. Tale strumento, revisionato nel 2007, definisce le procedure assistenziali per la prevenzione e per la cura delle lesioni, traendo indicazioni dalle linee guida internazionali e recependo le più importanti e accreditate innovazioni tecnologiche. L'operatore ha a disposizione uno strumento che favorisce la presa di decisione basata su evidenze scientifiche attraverso il riconoscimento delle cause favorevoli e scatenanti della lesione, l'individuazione dei pazienti a rischio, le tecniche di posizionamento del paziente, l'utilizzo di superfici ed ausili antidecubito, la valutazione dello



stato della ferita, l'uso dei prodotti di medicazione tradizionali ed avanzati. La diffusione del protocollo è stata implementata nel 2008 attraverso la sua divulgazione nelle giornate di formazione e la pubblicazione sul sito aziendale, procedura che ha reso il protocollo rapidamente accessibile a tutti gli operatori. Un ulteriore sviluppo è rappresentato dall'elaborazione e stesura di un protocollo relativo all'utilizzo delle medicazioni avanzate e speciali per la cura delle lesioni cutanee la cui diffusione è prevista nell'anno 2009. L'elaborazione del documento, richiesto dalla Commissione Provinciale del Farmaco, ha visto il coinvolgimento di professionisti medici ed infermieri oltre che degli infermieri esperti in wound care.

L'attività di consulenza rappresenta un momento di formazione sul campo diretta al personale delle unità operative che ne fa richiesta; la lesione viene valutata e viene pianificato l'intervento necessario. Ogni attività e decisione assunta viene documentata e tutta la documentazione prodotta fa parte integrante della documentazione clinico-assistenziale del paziente. Tale modalità si è rilevata oltremodo utile per la trasmissione delle informazioni al momento della dimissione del paziente, in particolare in caso di dimissioni protette al domicilio o in strutture residenziali. Nell'anno 2008 sono state eseguite 355 consulenze durante le quali sono state definite strategie di formazione aggiuntiva per il personale operante in realtà assistenziali particolarmente critiche.

4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è impegnata nel corso degli anni ad implementare un sistema strutturato, in costante confronto con le organizzazioni sindacali, di conferimento di incarichi e funzioni al personale per incentivare l'attribuzione di autonomia e responsabilità e lo sviluppo delle competenze dei professionisti.

Parallelamente ha sviluppato un sistema di valutazione, seppur in costante evoluzione, sia sui risultati riferiti agli obiettivi assegnati annualmente nel budget, sia su quelli relativi agli incarichi conferiti, promuovendo ad ogni livello la diffusione della cultura della valutazione e regolamentando il processo di valutazione.

Ciò in considerazione del fatto che la valutazione dei dirigenti costituisce una delle innovazioni più significative introdotte nella gestione del rapporto di lavoro dal CCNL della dirigenza del 08.06.2000 e si esplica su due profili, che coinvolgono due distinti organi di valutazione secondo specifiche procedure, costituiti da:

- il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati annualmente in base alla relativa contrattazione aziendale, il cui organo di valutazione è il Nucleo di Valutazione;
- la professionalità espressa nell'arco della durata degli incarichi ricevuti, il cui organo di valutazione è il Collegio Tecnico.

A seguito delle novità introdotte dagli artt. 26-31 del CCNL del 3.11.2005, che ribadiscono ancora una volta la centralità della valutazione nel sistema degli incarichi dirigenziali, è in corso di elaborazione un nuovo regolamento per la gestione degli incarichi e della valutazione del dirigente.

Il sistema di graduazione degli incarichi (costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere) presenta nel 2008 la seguente distribuzione:

Tabella 15 Distribuzione della graduazione degli incarichi, anno 2008

Tipologia incarico	Ospedalieri maschi	Ospedalieri femmine	Totale ospedalieri	Universitari maschi	Universitari femmine	Totale universitari
Direttore U.O./Servizio	30	5	35	31	1	32
Responsabile struttura semplice dipartimentale	7	2	9	7	2	9
Responsabile struttura semplice	17	11	28	10	4	14
Responsabile di programma (struttura complessa)	0	0	0	3	0	3
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	1	2	6	0	6
Incarico di alta specializzazione	50	18	68	24	10	34



Tipologia incarico	Ospedalieri maschi	Ospedalieri femmine	Totale ospedalieri	Universitari maschi	Universitari femmine	Totale universitari
Case manager coordinatore	0	0	0	1	0	1
Case manager esperto	110	108	218	53	18	71
Professionale	0	0	0	1	0	1
Case manager	49	64	113	10	7	17

Anche per quanto riguarda l'area del comparto, il sistema delineato nel corso degli anni dell'attribuzione degli incarichi di posizione organizzativa su specifiche posizioni di lavoro, ha l'obiettivo di valorizzare l'apporto dei singoli operatori al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'assetto organizzativo così strutturato ha comportato il conferimento al 31.12.2008 di 62 incarichi di posizione organizzativa, così distribuito:

Tabella 16 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa al 31.12.2008

Ruolo	N. posizioni organizzative attribuite	N. posizioni organizzative attribuite	
		Maschi	Femmine
Ruolo sanitario	31	8	23
Ruolo tecnico	9	7	2
Ruolo amministrativo	22	4	18
Totale	62	19	43

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 su criteri e modalità operative definiti in sede di contrattazione integrativa per le due aree negoziali (area Dirigenza Medica, area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica, Amministrativa). I premi relativi alla retribuzione di risultato sono strettamente correlati 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 2008 conferma l'impianto generale adottato per gli anni 2006-2007, e mette in evidenza 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 2008 si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

- attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato (vedi documento budget 2008);
- 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 la data stabilita dalla Direzione Aziendale medesima;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica (vedi schede obiettivi specifici-documento di budget 2008);
- 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.

Assumono pertanto particolare rilevanza gli obiettivi oggetto d'incentivazione riportati nelle apposite schede di budget 2008 e definiti con riferimento alle specifiche aree di attività sottoelencate e dettagliatamente riportate nelle schede medesime:

- Attività di Ricovero: "Riduzione delle giornate di degenza non necessarie", "Rispetto del cingolo", "Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati"



○ Attività ambulatoriale: “Obbligo di prescrizione – impegnativa su ricettario SSN – per l'esecuzione di prestazioni”

○ Governo economico: “ Ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo di materiale sanitario”

Costituiscono invece obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa e Semplice le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, il rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, l'invio delle evidenze necessarie.

Costituiscono altresì obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento:

- la verifica dell'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget ed assegnati al Dipartimento, tramite l'invio di relazioni trimestrali alla Direzione Aziendale;
- appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati: diffusione e condivisione delle linee guida RER/Nazionale ed azioni di miglioramento tramite l'invio delle relative evidenze.

Il processo di valutazione degli obiettivi avviene a consuntivo e con cadenza annuale secondo il seguente percorso:

- da parte della Direzione Strategica 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,
- 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.

Un elemento qualificante nel contesto del sistema premiante riferito alla retribuzione di risultato è il percorso relativo all'individuazione di un ulteriore premio, quale 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.

Le quote riferite al salario di risultato vengono corrisposte a consuntivo (il regime degli acconti per tutti i dirigenti è stato gradualmente sospeso con le seguenti decorrenze: a far tempo dall'1.1.2004 per i Direttori di Dipartimento e Direttori dei Servizi, dal 01.01.2005 per i Direttori di Unità Operativa e dal 01.01.2006 per tutti i dirigenti delle due aree contrattuali) a seguito della conclusione dell'iter procedurale della verifica circa il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto

Il sistema d'incentivazione della produttività collettiva per il personale dell'area del comparto definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per l'anno 2008 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) garantito 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.

Nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili per la gestione dell'istituto della produttività collettiva inerente l'anno 2008 una ulteriore quota incentivante viene riservata alla Direzione Aziendale, quale Premio Individuale finalizzato alla valorizzazione delle capacità degli operatori di dimostrare il loro contributo in termini di efficienza e di miglioramento dei servizi offerto all'utenza, nello svolgimento della propria attività lavorativa, tenuto conto anche delle capacità organizzative e propositive dimostrate nella realizzazione degli obiettivi assegnati.

Il Premio che è diretto ad incentivare la produttività ed il miglioramento dei servizi attraverso la corresponsione di un compenso correlato al merito ed all'impegno individuale, viene attribuito a consuntivo ed ha valenza annuale.



4.7 Formazione

Le linee di indirizzo per la programmazione della formazione dei professionisti dell'Azienda hanno previsto il mantenimento, per un triennio, degli obiettivi già definiti del 2007, impegnando l'educazione continua in medicina su macro aree tematiche quali:

- sostenere la riorganizzazione dipartimentale (la costituzione dei Dipartimenti ad attività integrata);
- migliorare la comunicazione con l'utente e la famiglia;
- incentivare la comunicazione all'interno dei gruppi di lavoro;
- formare alla ricerca al fine di integrare la ricerca scientifica con le esigenze assistenziali;
- integrare la didattica con le esigenze assistenziali.

In particolare, per il 2008, si sono individuate le seguenti aree di sviluppo, che rappresentano la sintesi e la coniugazione tra i bisogni dell'organizzazione e le necessità espresse dai professionisti:

- ricerca,
- comunicazione con paziente, famiglia e il lavoro in team,
- organizzazione/gestione clinico/assistenziale,
- sicurezza dei professionisti,
- funzione tutoriale,
- intercultura,
- emergenza urgenza,
- specificità professionale.

Il processo della formazione complessivamente inteso ha visto, per il 2008, particolarmente rappresentata la fase di programmazione e gestione delle iniziative formative; a tale proposito, in questo anno, si è ridefinita e sostenuta, anche con interventi formativi, la rete dei Referenti Dipartimentali della Formazione, che partecipa attivamente alla definizione del Piano Aziendale Formativo (PAF). Il 2008 ha raggiunto risultati di proposta e realizzazione di eventi di elevato livello tecnico scientifico e di buona qualità, anche se ancora parzialmente correlati con le macro aree di indirizzo aziendale. Il PAF mantiene una connotazione secondo la quale la formazione trasversale sviluppa eventi che discendono direttamente dalle macro aree, mentre la formazione proposta dai Dipartimenti ha una prevalenza di tipo professionale specifico.

In accordo con quanto emerso dai dati del dossier regionale 169/2008¹, relativamente alle tipologie formative maggiormente utilizzate, si è sviluppata, rispetto allo scorso anno, la Formazione sul Campo [FSC] (in particolare gruppi di miglioramento, discussione di casi, tutorato, audit, partecipazione a ricerche, eccetera) e i corsi residenziali hanno acquisito in buona misura valenza di eventi teorico pratici, al fine di favorire la connessione con le problematiche dell'organizzazione del lavoro.

La fase della valutazione della formazione è ancora prevalentemente orientata alla valutazione di apprendimento del corso e di gradimento dell'evento. I risultati di tale valutazione sono certamente positivi: la maggioranza dei corsi risultano favorire l'apprendimento dei professionisti e sono graditi; sarà tuttavia importante migliorare la valutazione di efficacia della formazione, cioè la valutazione della ricaduta dei suoi effetti nell'organizzazione. Attualmente, la tipologia di formazione in cui si effettua valutazione di efficacia è rappresentata dalla FSC.

Dati di attività

L'attività di formazione ed aggiornamento ECM si connota quale momento rilevante e qualificante ai fini del costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze e delle abilità cliniche e tecniche di tutti i professionisti sanitari con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie.

Nel 2008, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente n. 311 eventi di cui 79 di Formazione sul campo (questi dati sono comprensivi delle riedizioni dello stesso corso).

Oltre alle iniziative ECM, sono stati realizzati dai Servizi Amministrativi progetti formativi non accreditati. In particolare, sono state organizzate iniziative inerenti l'introduzione di nuovi software informativi che hanno comportato la necessità di acquisire adeguate competenze tecniche e nuove metodologie di lavoro. Gli obiettivi delle iniziative formative residenziali realizzate hanno riguardato le seguenti aree:

- finalità etiche (9%),

¹ AA.VV. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua, Dossier n° 169, Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2008



- finalità comunicativo-relazionali (14%),
- finalità organizzativo-gestionali (22%),
- finalità tecnico-professionali (55%).

I valori di tali percentuali si attestano intorno a quelle dell'anno precedente. Segnaliamo tuttavia un leggero incremento dei corsi a carattere etico (4%).

Rispetto allo scorso anno si registra un notevole incremento delle attività di Formazione sul Campo (+15%), della quale

- il 2% come partecipazione a ricerche,
- il 55% come Partecipazione a Gruppi di miglioramento,
- l' 1% come partecipazione a Commissioni e comitati,
- il 4% come partecipazione ad audit,
- il 23% come partecipazione ad attività di addestramento.

Se si confrontano questi dati rispetto a quelli degli anni precedenti, si è realizzato un decremento dell'attività di addestramento mentre è aumentata la partecipazione agli audit (+3%).

Il numero complessivo delle ore di formazione dell'anno 2008 si attesta intorno alle 93.185, di cui 70.439 di aggiornamento interno e 22.746 di aggiornamento esterno.

I dipendenti dell'Azienda hanno partecipato a n. 234 iniziative organizzate all'interno ed a n. 519 iniziative organizzate all'esterno.

Dal punto di vista economico, l'investimento complessivo dell'Azienda per l'attività formativa ECM, nel corso dell'anno 2008, è stato di € 400.229 di cui il 78% per finanziare l'aggiornamento interno.

Tabella 17 Costi della formazione per tipologia di eventi, anno 2008

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	Anno 2008	
FORMAZIONE ESTERNA	€ 96.401,00	24%
FORMAZIONE INTERNA	€ 303.828,00	76%
TOTALE	€ 400.229,00	100%

Il numero complessivo di professionisti presenti in Azienda che hanno l'obbligo di maturare i crediti ECM è 3.319 di cui il 22% ha conseguito da 0 a 15 crediti, il 35% ha conseguito da 15 a 30 crediti ed il 43% ha superato il massimo richiesto.

Il numero dei professionisti che ha maturato il numero di crediti ECM richiesti è 2.557 di cui 1.978 attraverso la partecipazione ad iniziative organizzate all'interno dell'Azienda.

Il personale dipendente ha conseguito complessivamente circa 90.000 crediti di cui circa 70.000 attraverso la partecipazione a corsi di formazione interni (i dati sono stimati in quanto non si possiede ancora un sistema di registrazione crediti che integri i dati relativi ai crediti conseguiti all'esterno, all'interno, tramite corsi FAD e tramite attività di tutoraggio nei Corsi di laurea).

La percentuale abbastanza elevata di professioni che hanno conseguito da 0 a 15 crediti (22%) è giustificata dal fatto che dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010 fino a 60 potevano derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007, indipendentemente dal numero totale di crediti acquisiti e dal fatto che diversi professionisti dell'Azienda stanno frequentando master o corsi universitari o svolgono attività di tutorato, attività che per il 2008 danno diritto a un esonero totale o parziale dai crediti ECM.

L'Azienda ha erogato crediti anche a personale esterno, proveniente da altri enti o da strutture private, per circa 10.300 crediti ECM complessivi (circa 1.013 persone non dipendenti hanno partecipato a iniziative aziendali).

Gli introiti relativi all'attività erogata si attestano intorno a € 89.163,65.

Il personale sanitario dell'Azienda ha inoltre la possibilità di accedere al servizio on-line della Biblioteca. Sono abilitati all'accesso tutti i dipendenti dell'Azienda. Nel corso dell'anno 2008 si sono registrati circa 15.600 accessi, con una media di circa 60 accessi al giorno.

Principali risultati raggiunti

Ricerca

La formazione alla ricerca riveste per l'Azienda un posto di assoluto rilievo. Due sono i corsi a valenza teorico pratica che sono stati attivati nel 2008 attingendo ai fondi di finanziamento del Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009:



1. il master non universitario “Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano”, attivato con la Direzione scientifica del Servizio aziendale Ricerca e Innovazione; il master si è concluso con la presentazione dei progetti di ricerca elaborati dai corsisti.
2. il “corso teorico pratico di formazione alla ricerca in area psicosociale per le professioni sanitarie” attivato con la Direzione scientifica del Dipartimento di Psicologia dell’Università degli studi di Parma. Questo corso, che prevede la predisposizione dei progetti di ricerca e la loro realizzazione, si concluderà nel 2009 con la presentazione dei risultati delle ricerche effettuate.

A sostegno dello sviluppo di competenze di ricerca nei professionisti sono attivi anche corsi di inglese e di informatica, oltre che corsi specifici di ricerca bibliografica on line su banche dati medico scientifiche e infermieristiche.

Per quanto attiene l’ambito infermieristico, una tesi di laurea², che ha indagato qual è l’uso delle risorse on line per la ricerca delle informazioni cliniche, ha evidenziato che in Azienda solo il 20% dei dipendenti fa ricerca su banche dati elettroniche scientifiche, mentre è molto più alta la percentuale di coloro che utilizzano motori di ricerca e siti specialistici. Sempre un 20% circa dei professionisti intervistati dichiara di avere frequentato corsi specifici teorico-pratici di formazione.

Organizzazione e gestione clinico assistenziale

A supporto dello sviluppo di competenze manageriali per i professionisti, particolare rilievo hanno assunto i due master attivi nell’anno: il master in management per le funzioni di coordinamento aperto a tutti i professionisti sanitari non medici e il master in infermieristica in geriatria: case management in ospedale e sul territorio, rivolto a infermieri.

Sicurezza dei professionisti

Come più diffusamente illustrato al paragrafo *Gestione del rischio e sicurezza* la formazione alla sicurezza per i professionisti ha assunto nell’anno caratteristiche di priorità, sulla base di quanto indicato dal D. Lgs. 81/2008. Unitamente al Servizio Prevenzione e Protezione aziendale, si sono attivati percorsi formativi per i tutti i Dirigenti e per Preposti, che hanno visto la partecipazione, in qualità di docenti, di qualificati esperti interni all’Azienda e di esperti provenienti da istituzioni esterne, al fine di fornire una informazione qualificata. La formazione di Dirigenti e Preposti è stata indispensabile per poter affidare agli stessi responsabilità di verifica e vigilanza sui lavoratori presenti nella loro organizzazione. Sono stati attivati corsi sulla movimentazione manuale dei carichi, sul rischio biologico, sul rischio da radiazioni ionizzanti (in FAD) e sulla prevenzione incendi.

Funzione tutoriale

Prosegue nel 2008 la positiva esperienza del corso di formazione al tutorato clinico per professionisti sanitari non medici (infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ostetriche e tecnici di laboratorio), con l’attivazione di due corsi, il primo con 50 professionisti interni all’Azienda, il secondo che allarga la collaborazione a professionisti della Azienda USL di Parma, che si occupano di tutorato clinico. In parallelo al corso, il gruppo staff, con la supervisione del Direttore scientifico dell’evento formativo, ha effettuato una rilevazione attraverso focus group rivolti alle diverse professioni sanitarie e agli studenti dei corsi di laurea per raccogliere opinioni sulle modalità di tutoraggio, punti di forza e di debolezza dell’attuale sistema. Dalla elaborazione dei focus è scaturito un prototipo di libretto di tirocinio, che contiene una parte generale, sovrapponibile per tutte le professioni e una parte specifica, propria di ogni professione. Il libretto di tirocinio verrà sperimentato, dopo la presentazione dello strumento attraverso workshop, nel prossimo anno accademico.

Intercultura

È proseguita, in questo anno, la formazione “percorsi di cura in una società multiculturale”, dopo la positiva esperienza della prima edizione, rivolta a tutte le professioni, con particolare riferimento a quei settori che, per propria specificità, accolgono molti utenti stranieri. L’evento intende far acquisire conoscenze in merito al tema dell’intercultura e far riflettere il professionista sulle proprie modalità di agire la cura nei confronti del paziente straniero.

² Scacchetti D. L’uso delle risorse on line per la ricerca delle informazioni cliniche da parte degli infermieri, tesi di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Università degli studi di Parma, anno accademico 2007/2008



Emergenza-urgenza

La formazione in area emergenza-urgenza rappresenta già da qualche anno un considerevole investimento per la nostra Azienda. Dal 2001 è attivo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un Centro Formativo all'Emergenza, denominato "Centro BIOS", nato con la missione di coordinare e gestire i corsi BLS-D. Nel tempo, per fornire risposte alle richieste formative dei professionisti, le società scientifiche hanno messo a punto numerosi corsi (ACLS®, ATLS®, AMLS®, PHTLS®, BLS-D®, PALS®, PBLIS®, ecc), che anche nella nostra realtà si sono sviluppati, rispondendo ai fabbisogni sia interni che esterni dell'Azienda.

La mole e la diversificazione dei fruitori della formazione in questa area, interni ed esterni all'Azienda, risultano evidenti e richiedono un potenziamento del coordinamento dell'attività formativa sia nell'ambito della rilevazione del bisogno formativo, sia nella definizione di una programmazione integrata dei corsi, che nell'area della valutazione dei risultati ottenuti con i processi formativi, oltre che nella gestione del budget a disposizione. La proposta riorganizzativa della formazione all'emergenza parte dall'ampliamento dei fabbisogni formativi e dalla necessità di rendere omogenee e integrate le risposte. Viene pertanto proposto e approvato il progetto di riorganizzazione del Centro BIOS per la formazione nell'area emergenza-urgenza, definendone la struttura portante ed il funzionamento.

Specificità professionale

La maggior parte degli eventi formativi proposti a livello dipartimentale sono andati nella direzione di sviluppare competenze clinico professionali specifiche e avanzate.

Formazione Operatori Socio Sanitari (OSS)

Nel 2008 si sono attivati corsi per il personale OTA non ancora in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario, come previsto nel progetto presentato alla Provincia nel 2007, 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. Una prima edizione, attivata nello scorso anno, si è conclusa positivamente entro la primavera 2008.

A seguito di un ulteriore censimento effettuato in questo anno per valutare ulteriore fabbisogno formativo del personale OTA dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è risultato che delle 17 unità coinvolte nel processo di riqualificazione, soltanto 2 hanno risposto all'appello e pertanto si è passati al "reclutamento" di personale OTA esterno all'Azienda, interessato alla riqualificazione.

La seconda edizione di riqualificazione (2008/2009) si è svolta, infatti, con la partecipazione di 13 operatori di cui 11 (sempre OTA) provenienti dalle realtà del territorio (Case protette, RSA, Case di Cura, Cooperative).

4.8 Sistema informativo del personale

Nell'ambito dei sistemi per la gestione automatizzata delle informazioni relative al personale, è previsto un prossimo rinnovamento del software attualmente in uso, che consentirà di realizzare una più efficace integrazione fra i diversi applicativi informatici ora impiegati in Azienda.

Il superamento di limiti tecnici di integrazione fra le procedure informatiche di gestione dei dati economici e le procedure informatiche che gestiscono i dati giuridici del personale potrà consentire la realizzazione della "anagrafica unica aziendale", che costituisce un elemento importante e strategico per ogni ulteriore possibile sviluppo verso la realizzazione un vero e proprio "sistema" informativo del personale.

L'Azienda in questi ultimi anni come evidenziato nel Bilancio di Missione 2007, si è attrezzata per far fronte con celerità ai debiti informativi che ha nei confronti del S.S.R. per quanto concerne la programmazione e il controllo della spesa (e in particolare a tutti gli adempimenti concernenti la costruzione della "Banca dati regionale"), e nei confronti delle altre Istituzioni 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 approntato risulta altresì in grado di far fronte agli adempimenti di legge relativi alle registrazioni documentali e agli atti normativamente previsti, vantando apprezzabili riscontri in ordine allo snellimento e semplificazione dell'attività amministrativa, la diminuzione di attività ripetitive e l'accelerazione dei tempi di esecuzione delle stesse, nonché il raggiungimento di apprezzabili risultati in ordine alla capacità di dotarsi in tempi celeri di dati e riscontri obiettivi utili ai processi decisionali aziendali.



Anche per quanto concerne alcune criticità precedentemente evidenziate circa l'utilizzo solo parziale e non routinario delle informazioni nella gestione operativa delle strutture di produzione si segnalano sostanziosi progressi: si è in condizione di monitorare il debito orario settimanale, di provvedere celermente alla copertura delle assenze improvvise, di disporre in tempo reale dell'esatta allocazione del personale e della loro effettiva presenza, anche attraverso il consolidamento della concezione della "gestione decentrata" delle presenze del personale, delegata ai Coordinatori o Responsabili di struttura, mediante l'accesso diretto all'utilizzo del software gestionale.

Il Sistema non può ancora dirsi però pienamente 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).

Per quanto attiene alla produzione di rendicontazione qualitativa delle decisioni di allocazione del personale, il sistema consente a tutt'oggi di poter disporre di dati e informazioni, che sottoposte ad elaborazione possono concorrere a formulare valutazioni circa il grado di applicazione dei criteri guida di gestione del personale e i suoi effetti nella gestione stessa, ma sempre limitatamente ad aspetti quantitativi del problema.

La rilevazione mensile dei dati di presenza del personale assistenziale e l'analisi delle assenze e degli infortuni hanno motivato la progettazione di corsi di formazione dedicati alla "movimentazione manuale dei carichi: aspetti gestionali e preventivi", rivolti a tutti gli operatori del comparto, la cui realizzazione ha prodotto già evidenti segnali che fanno sperare in un decremento del fenomeno infortunistico.

Il superamento dei punti di debolezza attualmente rilevati non può avvenire se non tramite l'implementazione piena ed effettiva, di un vero "Sistema" di gestione delle informazioni relative al personale, alla realizzazione del quale sicuramente concorrerà il rinnovamento del software citato in premessa.

A questo si deve accompagnare, in stretta connessione, un analogo processo di integrazione organizzativa delle funzioni gestionali aziendali, quale condizione necessaria e essenziale per fare decollare un Sistema informativo del personale pienamente rispondente alle esigenze descritte.

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Questa parte del documento è volta ad illustrare il sistema di relazioni tra l'Azienda ed il personale, con particolare riferimento alle modalità con le quali l'Azienda:

- affronta e dirime i conflitti nascenti dal rapporto di lavoro;
- accoglie i suggerimenti degli operatori su temi di interesse generale;
- sviluppa il confronto e la concertazione con le organizzazioni sindacali;
- valorizza gli apporti delle istanze e organismi rappresentativi delle professioni.

Nel corso dell'esercizio 2008 l'attività di negoziazione con la rappresentanza sindacale si è prevalentemente orientata sulle seguenti linee direttrici:

- politiche delle risorse umane;
- processi riorganizzativi aziendali.

In coerenza con gli indirizzi regionali contenuti nei protocolli sottoscritti a livello regionale, le politiche di stabilizzazione del personale precario sono state perseguite per ognuna delle tre aree di contrattazione.

In esito alle trattative condotte sono stati sottoscritti distinti protocolli per ogni area (vedasi paragrafo *La Carta d'identità del personale* di questo capitolo):

- area comparto: 28 aprile 2008 protocollo integrativo del precedente protocollo aziendale in materia di stabilizzazione sottoscritto in data 26 giugno 2007,
- area dirigenza medica: 4 giugno 2008 protocollo aziendale in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,
- area dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa: 17 dicembre 2008 protocollo aziendale in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La tematica dello sviluppo delle risorse umane ha caratterizzato il tavolo negoziale dell'area del comparto attraverso un'accordo quadro aziendale (3 luglio 2008) che, recependo gli elementi contenuti nella piattaforma rivendicativa ed armonizzandoli con le politiche aziendali, ha dettato gli interventi di progressione, incentivazione e valorizzazione professionale da realizzarsi nel triennio 2008/2010.



Nel contesto degli interventi di valorizzazione professionale, attraverso il modello relazionale della concertazione, sono stati perfezionati gli assetti organizzativi delle posizioni organizzative delle tre aree, sia integrando gli assetti degli incarichi dirigenziali intermedi che rimodulando il quadro delle posizioni organizzative del personale del comparto.

Una parte significativa della sessione negoziale è stata dedicata ad incontri di consultazione inerenti la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro connessa agli obiettivi di innovazione e ristrutturazione del nuovo Ospedale.

Il disegno di integrazione con l'Università ha dispiegato effetti sul tavolo negoziale della dirigenza medica in relazione alla sottoscrizione con l'Università degli Studi di Parma dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Riguardo agli istituti contrattuali a carattere economico, sono state avviate e concluse relativamente alla dirigenza SPTA ed al personale del comparto le trattative concernenti gli accordi sulla quantificazione dei fondi contrattuali e sulla retribuzione di risultato /incentivazione alla produttività.

Di seguito si elencano i documenti negoziali siglati e si delineano le materie trattate per ogni area.

AREA DIRIGENZA SPTA

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 23.01.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2007 sottoscritto in data 23.01.2008,
- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 17.12.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2008 sottoscritto in data 17.12.2008,
- Verbale di concertazione riguardante le integrazioni all'assetto organizzativo degli incarichi dirigenziali intermedi della dirigenza del ruolo sanitario sottoscritto in data 17.12.2008,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie.

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 7.02.2008,
- Accordo sulla gestione di risultato 2007 sottoscritto in data 8.05.2008,
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative ed innovazioni tecnologiche,
- Informazioni circa l'attivazione di prestazioni aggiuntive,
- Consultazione in ordine a modifiche da apportare al piano aziendale delle emergenze/urgenze,
- Consultazione riguardante le integrazioni all'assetto organizzativo degli incarichi dirigenziali intermedi,
- Consultazione in ordine all'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie,
- Avvio della trattativa concernente la quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008,
- Avvio della trattativa concernente la gestione di risultato 2008.

AREA COMPARTO

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2007 sottoscritto in data 1.02.2008,
- Accordo sul sistema di produttività per l'anno 2007 sottoscritto in data 17.04.2008,
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale riguardante i servizi di pronta disponibilità sottoscritto in data 15.02.2008,
- Accordo quadro sugli interventi di contrattazione integrativa per il triennio 2008/2009/2010,
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti, ristrutturazione di Unità Operative ed innovazioni tecnologiche,
- Informazioni circa l'attivazione di prestazioni aggiuntive,
- Verbale di consultazione in ordine alla nuova regolamentazione della riassegnazione interna del personale del comparto afferente alla Direzione del Servizio Assistenziale sottoscritto in data 10.12.2008,
- Verbale di concertazione in ordine alla nuova regolamentazione dei criteri generali per l'attribuzione degli incarichi di coordinamento sottoscritto in data 10.12.2008,
- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 19.12.2008,
- Accordo sul sistema di produttività per l'anno 2008 sottoscritto in data 19.12.2008,
- Consultazione sull'istituzione del Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie,
- Consultazione circa la ricognizione e rimodulazione delle posizioni organizzative.



Libera professione

L'Azienda, tenuto conto delle indicazioni legislative sul tema della libera professione, ha pressoché ultimato nel corso dell'anno 2008 il 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 di cosiddetta "allargata", 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 specificamente riservati all'attività libero-professionale. 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 dall'Azienda.

Gestione del contenzioso

Le modifiche introdotte da un decennio nel campo degli strumenti alternativi di risoluzione delle controversie del lavoro – con particolare riferimento al tentativo di conciliazione obbligatoria di fronte alle Direzioni Provinciali del Lavoro - hanno determinato, in generale nel settore pubblico, atteggiamenti di scetticismo sui risultati, sino ad arrivare al diffondersi di valutazioni di sostanziale insuccesso dell'esperienza.

Al riguardo, diversamente dalle considerazioni generali, si testimonia con soddisfazione l'esito positivo derivante dall'applicazione sistematica dello strumento alternativo poiché, l'Azienda, con il contributo della locale Direzione Provinciale del Lavoro, ha consolidato un meccanismo di immediato ascolto e valutazione di tutte le istanze presentate dal lavoratore, ancorché sussistano evidenti diversità riguardo la maggiore snellezza e flessibilità delle norme che regolano le conciliazioni private rispetto a quelle più rigide del settore pubblico.

I risultati si misurano in un'alta percentuale di tentativi di conciliazione che vengono definiti alla prima convocazione o alla successiva di rinvio, con reciproca soddisfazione delle parti, accogliendo le esigenze del dipendente, oppure, con la formazione di un accordo conciliativo a seguito dell'esperimento del tentativo di conciliazione ed, infine, con formazione di un accordo su proposta di bonaria definizione formulata dal Presidente del Collegio.

Tale approccio ha evitato in molti casi la prosecuzione delle vertenze avanti il Giudice del Lavoro, con positive conseguenze legate ai tempi di chiusura delle liti ed ai costi del processo civile. Oltre a questo si è trovata, pressoché costantemente, una buona intesa con il lavoratore e/o i suoi rappresentanti, contribuendo a distendere i toni ostili che abitualmente accompagnano le fasi preliminari delle vertenze.

Più in generale, andando oltre le valutazioni positive legate allo strumento deflattivo del contenzioso del lavoro, nel rispetto delle contrapposizioni tra le parti sociali, si registra un clima sostanzialmente disteso testimoniato dall'assenza di giudizi seriali costituenti indicatori di un conflitto in essere tra sindacati ed Azienda e spesso anche tra lavoratori e sindacato.

Sul versante del contenzioso amministrativo derivante da procedure concorsuali per reperimento di personale e per gare per lavori e servizi, si registra un indice di litigiosità limitato, a testimonianza della buona produzione documentale che in alta percentuale non è oggetto di impugnativa.

Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro

La conciliazione dei tempi di vita e di lavoro pone problemi complessi e richiede il coinvolgimento di diversi attori, sia pubblici sia privati, in quanto mette in campo interessi diversi, spesso contrapposti tra loro.

Le difficoltà a conciliare impegni quotidiani e tempi di lavoro sono ogni giorno crescenti. Le esigenze dei figli, la presenza di anziani da accudire, i tempi dei trasporti e della mobilità urbana, gli orari dei servizi non sempre compatibili con quelli del lavoro: tutto questo determina problemi che incidono non solo sulla qualità della vita delle persone, ma anche sull'organizzazione delle Aziende. Infatti un posto di lavoro poco compatibile con le esigenze familiari determina maggiore assenteismo, turn over del personale più frequente e, in generale, un clima lavorativo meno sereno e motivato.



Ancora oggi questo tema è affrontato in modo marginale: si tratta di un problema "giovane" che, per il momento, in assenza di sostegni e strutture statali, viene risolto in modo individuale, spesso sacrificando il lavoro della donna. Ciò può essere confermato dall'andamento registrato nell'anno 2008 relativamente, ad esempio, alle assenze per la cura dei figli o dei familiari (congedi parentali, malattia figlio, aspettativa non retribuita per assistenza a figli minori di 6 anni e permessi ai sensi della Legge 104/92), illustrato nelle tabelle che seguono. Il quadro delle assenze dà conto della composizione e del diverso utilizzo.

Tabella 18 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari

Assenze per malattia figlio		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	4288	COMPARTO
M	420	COMPARTO
F	130	DIRIGENZA
M	3	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	13298	COMPARTO
M	842	COMPARTO
F	644	DIRIGENZA
M	15	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	962	COMPARTO
F	21	DIRIGENZA
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	1842	COMPARTO
M	287	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	2722	COMPARTO
M	338	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92		
Sesso	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	3312	COMPARTO
M	416	COMPARTO
F	157	DIRIGENZA
M	49	DIRIGENZA

Tabella 19 Incidenza percentuale delle giornate di assenza per cura dei familiari e dei figli e media delle giornate utilizzate, distribuzione per genere e area contrattuale

Distribuzione dipendenti sul totale		% giornate di assenza fatte e giornate medie di assenza											
%	Tipologie (genere e area contrattuale)	Congedo parentale		Malattia figlio		Permessi legge 104/92		Congedo non retribuito per gravi motivi familiari		Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		Aspettativa non retribuita figli minori 6 anni	
		%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm
65,83	femmine comparto	89,9	62,7	88,6	17,3	84,2	21,6	97,7	106,9	86,5	131,6	88,95	87,8
20,45	maschi comparto	5,7	44,3	8,7	10,5	10,6	20,8	0		13,5	143,5	11,05	84,5
6,08	femmine dirigenza	4,3	46,0	2,7	10,8	3,99	19,6	2,1	21,0	0		0	
7,64	maschi dirigenza	0,10	15,0	0,06	3,0	1,25	16,3	0		0		0	



Sebbene la componente femminile del comparto sia percentualmente significativa (oltre il 60% dei dipendenti), la tabella 19 evidenzia un utilizzo delle assenze per la cura di figli e familiari decisamente importante da parte di questa quota della popolazione aziendale. Una tale distribuzione, messa in relazione con il dato relativo alle giornate medie di assenza per le stesse causali (riportato sempre nella tabella 19), porta a considerare che la cura della famiglia risulta essere prevalentemente in carico alle donne (come il dato relativo alle giornate medie di assenza evidenzia anche fra la dirigenza, in particolare per le causali congedo parentale e malattia figlio) anche se si rilevano comportamenti diversi fra comparto e dirigenza (sia fra le donne che fra gli uomini), forse attribuibili alla possibilità di attivare supporti e aiuti di vario tipo sulla base della disponibilità economica. È chiaro che per comprendere correttamente e approfonditamente il fenomeno occorrono strumenti di cui attualmente non disponiamo nella gestione corrente del sistema informativo del personale. Tuttavia anche queste prime e parziali considerazioni ci paiono significative.

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2008, ha tentato di favorire la compatibilità dei tempi di vita e di lavoro attraverso la concessione degli strumenti a disposizione del personale: part time, esoneri dal lavoro notturno, congedi per gravi motivi di famiglia, aspettative seppur nei limiti e con le modalità previste dalla normativa in materia.

4.10 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori

Il nido aziendale

L'asilo aziendale dedicato ai figli dei dipendenti, attuato in sinergia con l'Azienda Sanitaria territoriale, il Comune di Parma, il contributo della Provincia di Parma e di finanziatori privati, rappresenta la realizzazione di un progetto innovativo rivolto ai lavoratori aziendali e d'interesse per l'intero tessuto sociale della città.

Il nido aziendale, oltre a favorire le politiche di conciliazione dei tempi e delle pari opportunità rivolte alle lavoratrici donne, offre ai padri e alle madri dipendenti l'opportunità di sperimentare la vicinanza e l'equilibrio tra ruolo di genitore e quello lavorativo con un'organizzazione che è pensata per garantire, a regime, l'apertura su sei giorni settimanali, durante i tradizionali periodi di interruzione dei servizi scolastici e con apertura ad orari flessibili.

Tra gli aspetti positivi dell'iniziativa risaltano la possibilità di concordare con il gestore un orario più flessibile ed adattabile a quello lavorativo rispetto agli orari delle strutture comunali, con il risultato di migliorare la qualità di vita dei dipendenti, generando ricadute positive sull'organizzazione del lavoro.

Dopo un periodo di naturale adattamento all'iniziativa, con la prossima annata scolastica la struttura, in considerazione delle domande pervenute, dovrebbe funzionare a pieno regime con possibilità per i dipendenti di sfruttare la versatilità della struttura mantenendo al centro della stessa il progetto pedagogico, coniugando ai bisogni dei bimbi un'organizzazione innovativa in relazione alle esigenze dei lavoratori.

I servizi alla persona

L'Azienda nel corso del 2008 ha posto in essere le seguenti azioni in tema di servizi alberghieri e alla persona.

Per quanto riguarda la vigilanza interna, l'obiettivo è stato adottare azioni per migliorare la sicurezza reale e percepita degli operatori, oltre che di chiunque frequenti l'ospedale. In questo senso:

1. sono state definite e diffuse a tutto il personale modalità operative per l'attivazione del servizio di vigilanza interna da parte del personale dipendente e delle ditte terze, puntando sulla massima accessibilità ai numeri telefonici dedicati a disposizione H24;
2. è stato implementato un nuovo sistema informativo web-based per processare le segnalazioni in tema di sicurezza e ordine pubblico pervenute, che vengono smistate entro 24 ore, festivi esclusi, tramite posta elettronica alle unità operative e/o ai servizi di tutto il personale in modo da assicurare un flusso costante di informazioni da e verso le unità operative e da e verso gli addetti al servizio di vigilanza interno;
3. si è proseguito nell'estensione del servizio di vigilanza (armata o non, a seconda delle singole esigenze) in alcune aree e fasce orarie critiche (in particolare rampa di accesso al Pronto Soccorso, oggetto di importanti lavori edili, e orari serali).



Per ciò che concerne la ristorazione, con particolare riguardo alla mensa aperta nel corso del 2007, sono state analizzate le principali criticità emerse, anche sulla base delle segnalazioni pervenute da parte del personale, e si è proceduto a valutare proposte per il miglioramento del servizio e, ove previsto contrattualmente, a contestare i disservizi.

In tema di servizi di tipo commerciale all'interno dell'Ospedale, è stata bandita una concessione di servizi di tipo non alimentare che saranno a disposizione a partire dal 2009 con previsione di facilitazioni per il personale. Tra gli esercizi commerciali che entreranno in funzione sono previsti una rivendita giornali / libreria e una rivendita articoli sanitari / merceria, con la previsione di giorni di apertura che incontrino i fabbisogni degli operatori che lavorano nei festivi.

Si è infine confermata l'offerta di un servizio gratuito di bus navetta 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), finalizzato ad 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 servizio sono costantemente monitorati in modo da modularne l'offerta in relazione alle esigenze di chi accede in Ospedale.

Nel corso dell'anno 2008, è stata data piena realizzazione al "Piano Sosta Aziendale", avviato nella seconda metà dell'anno 2007 per disciplinare l'accesso e la sosta nell'area ospedaliera consentendoli solo ad alcune categorie, cioè utenti deboli e dipendenti con orario disagiato.

Possono quindi accedere e sostare all'interno dell'area ospedaliera con apposito permesso rilasciato dall'Azienda, valido solamente negli spazi appositamente individuati dalla segnaletica verticale e delimitati da righe gialle, i veicoli:

- degli operatori aziendali ad orario disagiato, la cui attività lavorativa inizia o finisce nella fascia oraria in cui non sono in servizio i mezzi pubblici (dalle 0.00 alle 07.00 e dalle 20.00 alle 24.00)
- degli operatori aziendali con temporanee e gravi difficoltà fisiche certificate dal medico competente ai sensi del D. Lgs. 626/94.

L'Azienda ha pertanto intrapreso una serie di iniziative volte ad agevolare i dipendenti che non si trovano nelle condizioni sopra descritte, non solo per quanto riguarda il tragitto casa-lavoro ma anche per quanto riguarda il parcheggio della propria autovettura negli orari di permanenza al lavoro.

Nello specifico, è stata attivata una convenzione con Infomobility e Comune di Parma che riserva la possibilità di abbonamenti a tariffa agevolata nei parcheggi delimitati dalle righe blu, in due zone adiacenti all'Ospedale. Gli abbonamenti sono assegnati ai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato e che ne fanno apposita richiesta sulla base di una graduatoria che, in osservanza alle normative e regolamentazioni sulla qualità dell'aria, è redatta in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro. Nell'anno 2008 tali abbonamenti a tariffa agevolata sono stati richiesti ed ottenuti da 51 dipendenti.

Inoltre, l'Azienda ha aderito ad una convenzione con la TEP (l'azienda di trasporti locale) per riservare agli operatori dell'Ospedale abbonamenti agli autobus urbani ed extra urbani a tariffa agevolata. Questa agevolazione è stata richiesta da n. 49 operatori.

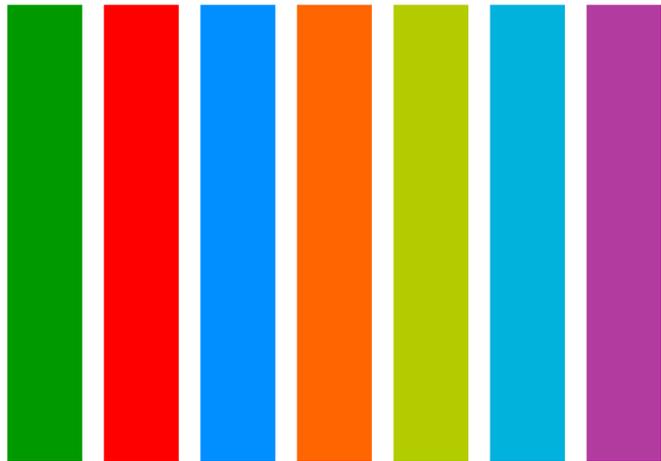
5

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





**Ospedale dei bambini:
costruiamo l'ospedale di chi
costruirà il futuro.**





Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda. Oltre a trasmettere informazioni, ad attestare di fatto un risultato, una criticità risolta o in fase di risoluzione, l'azione comunicativa è elemento di comprensione della struttura stessa. I sistemi di relazione interni ed esterni che la struttura sanitaria instaura con il personale dipendente, il cittadino, le associazioni di volontariato, i media, con la collettività tutta, non solo esprimono il "carattere" dell'Ente, ma ne sono funzione strategica e di sviluppo. In tutte queste sue svariate espressioni la comunicazione è quindi elemento fondamentale per il funzionamento dell'Azienda perché ne è contemporaneamente risorsa e strumento organizzativo.

In questa prospettiva l'Azienda Ospedaliero-Universitaria promuove lo sviluppo di un sistema di comunicazione diretta ai cittadini-utenti e il miglioramento delle capacità relazionali tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari, al fine di garantire un messaggio corretto ed il più possibile esaustivo. Comunicazione che si diversifica a secondo dei destinatari a cui è diretta. Diversi sono infatti gli interlocutori dell'Azienda sia nelle dinamiche quotidiane sia in contesti più formali e istituzionali. Nelle pagine di questo capitolo saranno rendicontati gli obiettivi, le attività e gli strumenti messi in atto per garantire, oltre ad una informazione trasparente, una "buona comunicazione".

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Promuovere la conoscenza e l'uso corretto dei servizi è una delle necessità e delle finalità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Diversi sono gli strumenti utilizzati e attivati che mirano ad avvicinare i cittadini all'Ospedale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema di garanzie che soddisfi la domanda di informazione, la richiesta di accesso ai servizi, e che dia risposta a dubbi e quesiti che il cittadino avverte al momento in cui entra in contatto con la struttura. Infatti, più il cittadino si sente sicuro e orientato all'interno dell'ente, più si sentirà garantito nel suo diritto all'assistenza; per questo risulta essenziale una comunicazione che sviluppi una conoscenza esaustiva e completa e che ascolti la percezione di soddisfazione dell'utente.

In questo paragrafo sono illustrati gli strumenti e i servizi messi in atto dall'Azienda per promuovere e migliorare la qualità e l'accesso alle strutture. Tra questi, particolare attenzione è stata riservata al nuovo sito web aziendale per l'importanza sempre crescente che questo tipo di comunicazione tende ad assumere.

Sito internet

Il nuovo sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (www.ao.pr.it), completamente rinnovato nella grafica e rimodellato nei percorsi di navigazione, è ufficialmente online, dopo una prima fase di test, dal 24 febbraio 2008. Le principali caratteristiche sono la maggiore semplicità e l'elevata ricchezza sia di contenuti e approfondimenti che di immagini.

The screenshot shows the homepage of the Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma website. At the top, there is a header with the logo of the Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna and navigation tabs for 'Home', 'Corsi', 'Lavorare', and 'Azienda'. The main content area is titled 'Ospedale di Parma' and includes a search bar, a list of services, and news articles. The services listed are 'Raggiungere l'ospedale' and 'Reparti e servizi sanitari'. The news articles include 'Riconoscimento internazionale per la chirurgia del colon' and 'Diabetologia, dal 29 giugno al 5 luglio modifiche nel percorso di accesso agli ambulatori'.



Nel corso del 2008, il sito web è stato ulteriormente arricchito di nuovi contenuti, in particolare per quanto riguarda i servizi amministrativi e tecnici dell'Azienda. Sempre nel corso dell'anno è proseguito l'aggiornamento delle schede di accoglienza di ciascuna unità operativa presente nel sito internet, con una descrizione delle principali caratteristiche organizzative del reparto e una serie di informazioni, utili alla cittadinanza, atte a facilitare l'accesso ai servizi.

La semplicità del nuovo web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sta nell'aver ridotto a tre i percorsi da seguire: *Curarsi*, *Lavorare* e *Azienda*. L'obiettivo è rendere più immediata per i visitatori 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.

Nei nove mesi che vanno dal 1° aprile al 31 dicembre 2008 sono state registrate in media 26.100 visite al mese (870 al giorno): 108.287 visitatori (indirizzi IP) hanno visitato 234.825 volte il nostro sito "sfogliando" in totale 1.077.339 pagine. Poco più dell'8% del totale provenivano dalla rete ospedaliera.

I picchi di frequentazione, che si collocano generalmente nei primi giorni della settimana lavorativa, sono passati dal valore di 1.000-1.100 visite al giorno del periodo pre-estivo, a quello di circa 1.300 da settembre a dicembre.

Tabella 1 Statistiche generali 1° aprile 2008 - 31 dicembre 2008

Statistiche generali 1° aprile 2008 - 31 dicembre 2008	
Pagine visualizzate	1.077.339
Visite complessive	234.825
Visitatori	108.287
Media pagine visualizzate	4,59
Tempo medio sul sito	00:02:16
Visite nuove	44,43%

Tabella 2 Panoramica delle sorgenti di traffico

Panoramica delle sorgenti di traffico	
Traffico diretto	31,70%
Siti di provenienza	9,19%
Motori di ricerca	59,11%

Traffico diretto: visite degli utenti che, per raggiungere il sito, hanno fatto clic su un segnalibro o hanno digitato l'Url del sito direttamente nel browser.

Siti di riferimento: visite degli utenti che hanno fatto clic sul link al sito da un altro sito.

Motori di ricerca: visite degli utenti che hanno fatto clic sul link al sito da una pagina dei risultati di un motore di ricerca.

Le pagine più consultate, dopo la home page, sono quelle di servizio: l'indice dei "reparti", quelli delle tre macrosezioni del sito ("Lavorare", "Azienda", "Curarsi"), l'area riservata (da cui si accede a posta elettronica, agende libera professione, eccetera), la pagina dei concorsi, le informazioni su visite ed esami, le indicazioni su come raggiungere l'Ospedale.

Tra le schede di reparto più visitate troviamo la pagina dedicata all'Ostetricia e ginecologia (12.511 visite), seguita da Maxillo-facciale (5.961) e Otorinolaringoiatria e otoneurochirurgia (5.404).

Suscitano grande interesse le informazioni relative all'organizzazione aziendale, alle collaborazioni attivate dall'Azienda, al progetto del nuovo ospedale, alle forniture, nonché quelle relative alle modalità di contatto con l'Ospedale: numeri telefonici utili e riferimenti generali. Piuttosto utilizzata è anche la mappa del sito.



Tabella 3 Statistiche visitatori per singole pagine

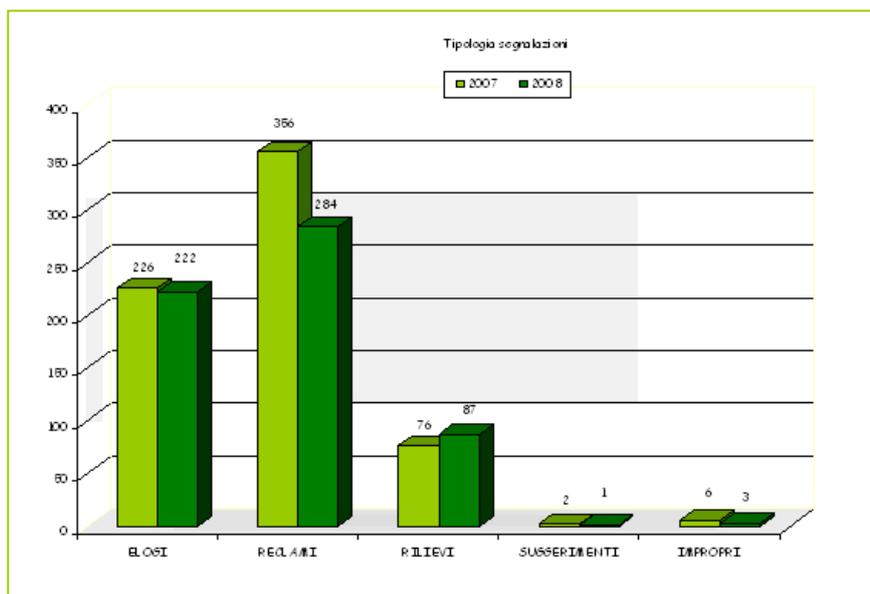
Le pagine più consultate	Visite
Home page	231.518
Reparti e servizi sanitari	115.252
Area riservata	69.244
Lavorare: indice della sezione	68.625
Selezioni e concorsi	49.007
Azienda: indice della sezione	46.740
Curarsi: indice della sezione	24.531
Visite ed esami	17.101
Raggiungere l'Ospedale	14.029
Ostetricia e ginecologia	12.511
Mappa del sito	7.501
Organizzazione aziendale	7.037
Appalti e forniture economali	6.536
Maxillo-facciale	5.961
Numeri utili	5.719
Otorinolaringoiatria e otoneurochirurgia	5.404
Neurochirurgia	5.383
Il nuovo ospedale di Parma	5.201

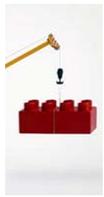
Ufficio Relazioni con il Pubblico e Numero verde regionale

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è un'unità organizzativa il cui obiettivo principale è facilitare l'accesso ai servizi per soddisfare prioritariamente la domanda di informazione su come muoversi per risolvere un determinato problema, soddisfare una richiesta, affrontare uno specifico percorso di salute.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è strumento integrante nello sviluppo aziendale. Esso agisce in modo diretto sull'immagine e sulla cultura dell'Azienda consentendo, da un lato, lo sviluppo di un sistema di relazioni dirette ai cittadini-utenti e alle associazioni di volontariato e, dall'altro, il rafforzarsi delle capacità di relazioni interne tra gli operatori al fine di garantire una comunicazione corretta e completa. Inoltre, si occupa dell'accoglienza di reclami, segnalazioni, elogi e suggerimenti e della relativa redazione di una statistica annuale, i cui risultati sono utilizzati come uno degli indicatori, insieme agli esiti delle indagini di soddisfazione, per orientare le azioni di miglioramento dei servizi.

Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2007-2008





Nel corso del 2008, è proseguito il Servizio di mediazione dei conflitti; un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti (utenti e professionisti oppure operatori e operatori) per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un processo di riattivazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti. Questi i benefici attesi dall'attivazione della funzione di mediazione: favorire la creazione di un clima di ascolto e attenzione tra professionisti del sistema sanitario e pazienti, gestire le situazioni conflittuali insorte, stimolare l'adozione da parte dei professionisti di comportamenti relazionali che riducano il rischio di conflittualità con i pazienti e ridurre l'avvio di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico si pone anche come punto di riferimento per comunicare e ascoltare gli operatori dell'Azienda, per favorire il sistema di comunicazione interna all'organizzazione e per favorire la creazione di un clima di appartenenza.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, come tutti gli URP della Regione Emilia-Romagna, è collegato in rete per la gestione delle informazioni complesse che richiedono specifici approfondimenti, provenienti dal Numero Verde 800 033 033, l'"Informa-Tutti" per la salute dell'Emilia-Romagna che, attraverso operatori qualificati, spiega ai cittadini cosa fare, dove andare e come rivolgersi ai servizi.

Nel corso del 2008, l'Azienda ha garantito l'implementazione e l'aggiornamento in modo costante e continuativo delle informazioni contenute nella banca dati per soddisfare bisogni informativi specifici, soprattutto in tema di accesso ai servizi e alle prestazioni.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha realizzato e diffuso indagini di soddisfazione rivolte agli utenti con il contributo del Comitato Consultivo Misto, in virtù di una collaborazione fondata sulla strategia di ascolto come strumento metodologico per dare voce agli utenti circa la loro percezione nei confronti della qualità dei servizi o delle prestazioni fruiti (cfr. capitolo 3).

Progetto SOLE, Sanità on line

Nel 2008 è proseguita la sperimentazione di nuove e più integrate forme di relazione tra specialisti e medici di medicina generale, on line, finalizzate ad una più puntuale assistenza rispetto al singolo caso clinico, si veda a tale riguardo la sezione 3.2 del presente Bilancio di Missione.

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

Al fine di soddisfare sempre meglio il bisogno informativo dei singoli utenti e di facilitare l'accesso ai servizi e alle strutture sanitarie, l'Azienda ha proseguito nel corso del 2008 con azioni mirate alla personalizzazione della comunicazione, anche attraverso la predisposizione di brochure e materiale informativo per favorire l'orientamento. In particolare, ad esempio, sulla nuova normativa odontoiatrica è stato redatto un pieghevole ad hoc per informare capillarmente gli utenti sulle nuove norme introdotte. 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.

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

L'Azienda partecipa al coordinamento regionale per la comunicazione e l'informazione in sanità della Regione Emilia-Romagna. In questa sede vengono proposte, discusse ed elaborate le campagne di informazione (donazione sangue, vaccinazione antinfluenzale, screening, eccetera) che vedono impegnati gli operatori degli Uffici Comunicazione delle aziende direttamente coinvolte.

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità è veicolata spesso attraverso campagne informative di ampio respiro mirate alla promozione di specifiche iniziative aziendali, ma tese anche ad incidere su abitudini e comportamenti (non solo di salute).

Nel corso del 2008, oltre alle numerose iniziative di sensibilizzazione come lo "Skin cancer day", la Giornata del Respiro, la Settimana nazionale della tiroide e la VII Giornata del sollievo, particolare risonanza è stata data ad alcuni progetti, come la campagna per l'inizio dei cantieri per il Nuovo Ospedale dei Bambini, il mese dedicato alla prevenzione e alla sensibilizzazione sul tumore al seno "Donne in rosa", la settimana per la prevenzione delle malattie cardiovascolari "Sette di cuore" e la campagna di informazione dedicata a contrastare i fenomeni di violenza sulle donne. Di tali iniziative vi diamo dettagliatamente conto nelle pagine di questo paragrafo.



Nuovo Ospedale dei Bambini

“Costruiamo l’ospedale di chi costruirà il futuro” questo il messaggio che è stato scelto per lanciare tramite una capillare campagna di informazione la costruzione del nuovo Ospedale dei Bambini. Il messaggio ha fatto la sua comparsa in città contemporaneamente al concreto inizio dei cantieri nel luglio del 2008; con il passaggio della nuova struttura pediatrica dell’Azienda Ospedaliera dalla carta alla realtà. Il primo luglio il progetto definitivo dell’Ospedale dei Bambini è stato presentato alla città durante la firma dell’accordo di programma tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Fondazione Ospedale dei Bambini di Parma onlus. Il giorno successivo la Giunta comunale di Parma ha approvato il piano definitivo che ha sancito il via ai lavori.

Il nuovo Ospedale dei Bambini si configura come un vero e proprio ospedale pediatrico dove confluiranno, oltre a tutte le funzioni della pediatria, anche quelle della maternità, ora presenti nell’attuale Dipartimento Materno-Infantile. Il progetto, l’offerta assistenziale, la filosofia e i principi che hanno ispirato la struttura pediatrica sono stati rendicontati nel capitolo 7 del Bilancio di Missione 2007. All’Ospedale dei bambini è stata inoltre dedicata la copertina del Bilancio di Missione dello scorso anno.

La campagna di informazione rivolta verso la nuova struttura ha interessato anche le associazioni di volontariato sanitario riunite nella associazione VOB, Volontari Ospedale dei Bambini. Proprio attraverso l’attività del VOB l’attenzione e il messaggio sulla struttura pediatrica rimangono sempre alti, coinvolgendo una parte importante della città. La comunicazione sviluppata dall’Azienda per l’Ospedale dei Bambini ha riguardato anche l’immagine coordinata, ossia la carta intestata e il logo, che verrà usato per tutte le successive campagne di informazione.



Donne in rosa

Una campagna capillare, ricca di iniziative in città e in numerose località della provincia, per ricordare a tutte le donne l’importanza della prevenzione per contrastare il tumore al seno. Nel mese di ottobre tradizionalmente dedicato alla sensibilizzazione sul tumore al seno, la sezione provinciale della Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt), l’Azienda Ospedaliero-Universitaria e l’Azienda USL di Parma, in collaborazione con Regione Emilia-Romagna, Comune e Provincia di Parma, hanno organizzato la manifestazione “Donne in rosa”. Una campagna con un messaggio forte, perché, come noto, la diagnosi precoce aumenta la probabilità di sconfiggere il tumore al seno. Per tutto il mese di ottobre si sono susseguiti incontri informativi, convegni, visite gratuite e mammografie, oltre che alcuni eventi simbolici, tra cui, in apertura della campagna, una cerimonia di accensione *in rosa* dei palazzi istituzionali di Parma (l’ingresso dell’Ospedale Maggiore, la sede del Distretto di Parma dell’AUSL in viale Basetti, il Palazzo della Provincia, il Ponte di Mezzo e alcuni monumenti della provincia).

Tra i convegni si segnalano per importanza “La diagnosi precoce del tumore della mammella: il percorso senologico nell’Ospedale di Fidenza” realizzato all’ospedale di Vaio a Fidenza e “Diagnostica microinvasiva della mammella” iniziativa che si è svolta all’aula congressi dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.



Sette di cuore

“Sette di cuore” è la settimana dedicata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel 2008 la campagna di sensibilizzazione ha avuto come tema il trattamento dell’infarto del miocardio e la presentazione della rete provinciale cardiologica intra-ospedaliera che ha visto coinvolti i presidi ospedalieri di Parma, Fidenza, Borgotaro e la Centrale Operativa 118.

Per questo, lo slogan di “Sette di cuore” è stato “118, una chiamata salvavita”: lo scopo è stato quello di sensibilizzare la popolazione, affinché in caso di un sospetto attacco cardiaco, il cittadino ricorra subito al 118. Infatti, a seguito della costituzione della rete provinciale cardiologica, entro la fine del 2008, tutte le automediche sono state dotate di un dispositivo per la teletrasmissione dell’elettrocardiogramma della persona colpita da infarto a un computer dell’Unità terapia intensiva coronarica dell’Ospedale di Parma (cfr. capitolo 3).

Da lunedì 11 a domenica 17 febbraio si sono tenute numerose iniziative, che hanno coinvolto tutte le strutture cardiologiche del dipartimento Cardio-Polmonare. Nel corso della settimana sono stati organizzati incontri rivolti sia al personale sanitario sia ai cittadini.

Infine, nelle giornate conclusive sono state organizzate due iniziative di particolare importanza. Nella prima, un gruppo selezionato di familiari di pazienti delle U.O. Cardiologia e Cardiochirurgia ha partecipato a un corso di rianimazione di base, mentre nella seconda i professionisti del dipartimento Cardio-Polmonare hanno effettuato 80 visite cardiologiche gratuite a cittadini non cardiopatici per la valutazione di eventuali fattori di rischio.





Azioni comunicative per contrastare i fenomeni di violenza sulle donne

Nel corso del 2008 l'Azienda si è fatta promotrice, a fianco della Provincia di Parma, di una importante campagna di informazione e sensibilizzazione degli utenti, nonché di formazione rivolta agli operatori, sul delicato tema della violenza sulle donne.

L'elemento centrale dell'intera iniziativa è stata la distribuzione del vademecum *"Quando una donna che ha subito violenza chiede aiuto"*, tradotto in più lingue (inglese, francese, russo e arabo) e indirizzato specificatamente alle donne che hanno subito violenza.

Complessivamente presso i servizi dell'Ospedale di Parma sono state distribuite circa 1.000 copie del vademecum, di cui 300 in lingua italiana. In particolare, hanno favorito un'ampia distribuzione dell'opuscolo i punti di accesso e gli ambulatori della Ginecologia e della Pediatria. Si sono rivelate luoghi di ampia diffusione della pubblicazione anche le sedi sul territorio della rete dell'emergenza-urgenza, il Pronto Soccorso del Maggiore, i punti di prenotazione CUP e i Punti di Accoglienza, luoghi di ampio accesso da parte dell'utenza e di buona fruibilità dei materiali.

Inoltre, nell'ambito della campagna dal 16 febbraio al 23 febbraio del 2008 le volontarie del Centro antiviolenza hanno proposto a tutte le donne che accedevano al Pronto soccorso di rispondere a un questionario anonimo riguardante eventuali episodi di violenza subita o situazioni di insicurezza vissuti nell'ultimo anno.

Il questionario, breve e articolato su 4 domande, era finalizzato a una ricerca per valutare la consistenza della violenza sommersa sulle donne. Per questo motivo, è stato scelto il Pronto soccorso come luogo di proposta del questionario, per l'accesso indifferenziato di eterogenee tipologie di persone. L'iniziativa è stata proposta dal centro antiviolenza in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma, con il sostegno economico della Fondazione Cariparma.

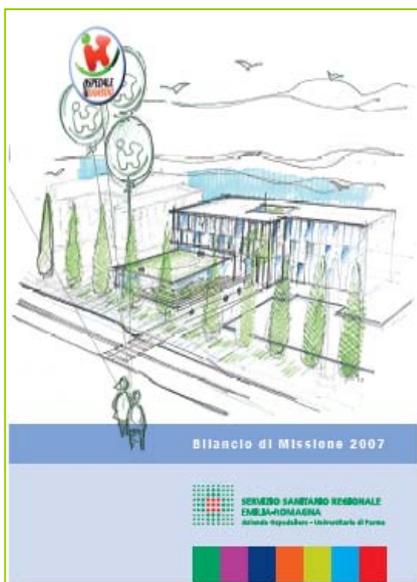
Bilancio di Missione 2007

Nel mese di dicembre 2008 è stato presentato alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria il primo numero del Bilancio di Missione, documento di rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti nel corso del 2007 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in relazione agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza.

Dopo la sperimentazione condotta nel corso del 2006 con la stesura del "numero zero", nel 2007 la rendicontazione è avvenuta in tempo reale.

Finalità del documento, previsto dalla normativa regionale di riforma del Servizio Sanitario Regionale, è il confronto con i referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale in primo luogo, ma anche con chi collabora 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.

Nel 2007 ampio spazio è stato dato ai progetti riguardanti la realizzazione del nuovo Ospedale di Parma; la copertina del volume ha cercato di dare corpo ad una delle più importanti realizzazioni attualmente in corso: l'Ospedale dei Bambini.





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.

L'ufficio stampa e comunicazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tramite il proprio ufficio stampa cura i collegamenti con i mezzi di comunicazione di massa. La funzione principale è quindi quella di veicolare il flusso delle informazioni provenienti dall'interno dell'ente verso gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni.

I principali interlocutori sono prevalentemente i quotidiani, le riviste, i siti web, le radio e le tv locali. Nel corso del 2008 l'attività di comunicazione dell'Azienda si è fatta più capillare e ha investito anche i media nazionali soprattutto in occasione di particolari eventi, come ad esempio la conferenza stampa per l'avvio dei lavori del nuovo Ospedale dei Bambini, particolari ricerche in campo medico scientifico o impegnativi interventi terapeutici eseguiti dai medici del Maggiore. Iniziative a cui l'Azienda ha cercato di dare la massima risonanza possibile.

Nel 2008 è continuata la collaborazione con il magazine cittadino il "Mese di Parma", attraverso la pubblicazione di articoli riguardanti soprattutto le attività assistenziali e di ricerca svolte al Maggiore. Nel corso dell'anno l'attività di comunicazione dell'Azienda si è sviluppata anche attraverso un cospicuo numero di comunicati (179) e di 40 conferenze stampa.

5.3 La comunicazione interna aziendale

La comunicazione interna si realizza attraverso un ventaglio di azioni differenziate, in virtù dei diversi profili dei dipendenti, e vede come destinatari e protagonisti gli operatori e i professionisti dell'Azienda, i quali dalla condivisione delle informazioni traggono beneficio per l'organizzazione del loro stesso lavoro.

Il processo di comunicazione interna assume rilevanza in ragione del fatto che il personale da una parte usufruisce dei messaggi che l'Azienda divulga e dall'altra ne diventa mezzo di diffusione verso l'esterno. Inoltre, la partecipazione e il senso di appartenenza dei dipendenti si riflettono in modo positivo anche sull'immagine dell'Azienda percepita all'esterno.

Dunque, i due principali strumenti di comunicazione interna utilizzati sono stati mantenuti nel corso del 2008, con particolare riferimento all'aggiornamento della Intranet e alla redazione della newsletter.

Il sito intranet aziendale

Il portale intranet assume nella nostra Azienda un ruolo di primo piano e consente il superamento delle difficoltà legate alla dislocazione dei servizi e dei reparti su di un'area molto vasta e con numerosi accessi dall'esterno, assicurando la garanzia di tempestività e capillarità dell'informazione. Lo strumento consente la diffusione delle informazioni di servizio a supporto dell'attività di assistenza dei reparti (Farmacia, Sistema informativo ospedaliero, eccetera) attraverso pagine a tema con funzionalità interattive che, nel corso dell'anno 2008, sono state aggiornate.

La stessa sezione Azienda della Intranet è stata ampliata con la pubblicazione del documento del Bilancio di Missione 2007, avvenuta nell'autunno 2008, e messo così a disposizione dei professionisti aziendali per la consultazione, l'utilizzo di dati e informazioni di carattere tecnico di interesse aziendale.

Una pagina di nuova ideazione è quella della Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la cui pubblicazione è avvenuta nel corso del 2008. La pagina relativa ai documenti aziendali è stata arricchita anche con la pubblicazione del *Codice di condotta per la prevenzione delle molestie*, che è stato oggetto, proprio all'inizio del 2009, di un importante convegno di sensibilizzazione sulle problematiche delle dinamiche relazionali nei contesti lavorativi.

Sempre nello stesso anno, è stato realizzato il costante aggiornamento delle news e, tra queste, anche di quelle relative ad attività non strettamente connesse con la mission aziendale, che costituiscono opportunità di facilitazione per i dipendenti, come la pagina sul servizio di nido aziendale.



La Newsletter

La diffusione della Newsletter aziendale, recapitata in modo personalizzato ad ogni singolo dipendente, è continuata anche nel corso del 2008, con cadenza mensile. Gli argomenti trattati riguardano le innovazioni introdotte, le comunicazioni su momenti importanti della vita aziendale - tra le quali anche le informazioni dei servizi a supporto dei dipendenti - e le novità relative ai trasferimenti dei servizi legati all'avanzamento dei lavori del nuovo ospedale, oltre che la comunicazione in merito a nuovi incarichi e nomine. La Newsletter ha ospitato in alcune occasioni anche messaggi diretti del Direttore generale indirizzati ai tutti i dipendenti, tra i quali, in particolare, si segnala quello relativo all'inizio dei lavori per il cantiere dell'Ospedale dei bambini del luglio 2008.

Nel corso dell'anno, la Newsletter è stata dotata di una nuova veste grafica, studiata e realizzata all'interno dell'Azienda. Le principali trasformazioni riguardano la caratterizzazione delle rubriche interne con l'uso di marcatori di grafica, l'aumento della leggibilità grazie all'impaginazione del testo a colonne, e l'aumento della dinamica interna attraverso l'inserimento di foto. La nuova testata del periodico aziendale ha accolto anche l'inserimento del logo aziendale, così come suggerito dalle norme per la diffusione dell'immagine coordinata.



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.



5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione



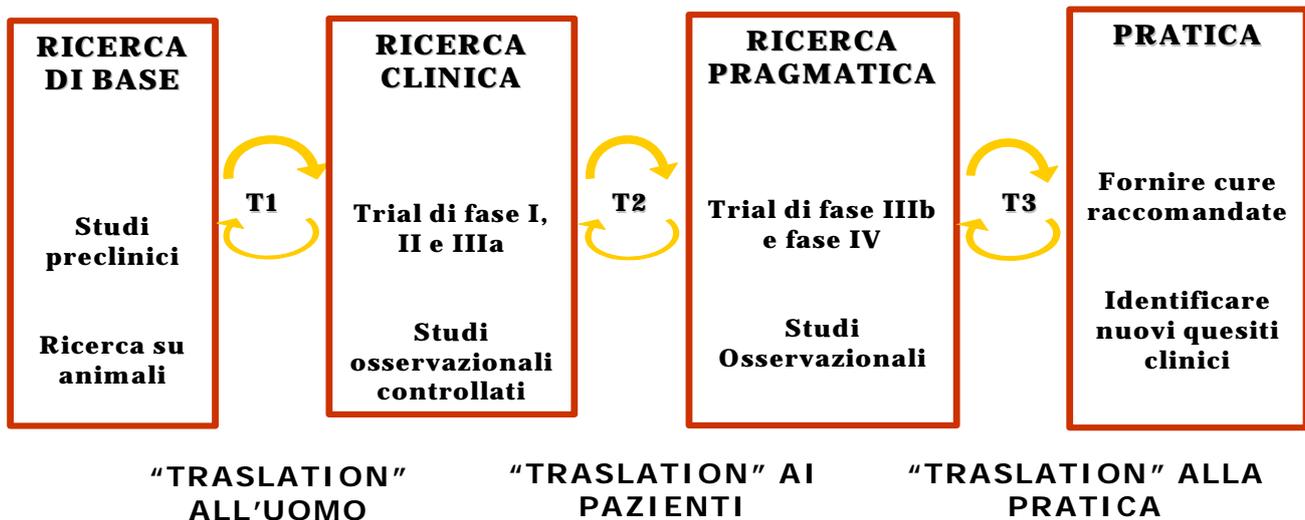


Governo della ricerca e innovazione

Per poter migliorare la salute è necessario che le conoscenze derivanti dalla ricerca vengano trasferite nella pratica clinica. L'integrazione tra ricerca e assistenza presenta diversi tipi di ostacoli, come dimostrano vari articoli pubblicati su autorevoli riviste scientifiche. In particolare, un recente lavoro rileva che ricerca e pratica vengono spesso considerate due entità nettamente distinte, sebbene dovrebbero perseguire gli stessi obiettivi [Westfall et al. JAMA 2007]. Difatti è ormai chiaro che il miglioramento della salute non si garantisce solo introducendo i risultati della ricerca nella pratica (research-based practice), ma che a sua volta la pratica (reali necessità e carenze rilevate sul campo) deve rappresentare il punto di partenza per l'ideazione ed esecuzione degli studi (practice-based research) [Mold, Annals of Family Medicine 2005].

Il processo di collegamento tra ricerca e pratica, e tra pratica e ricerca, viene spesso definito con il termine generico di "ricerca traslazionale". La letteratura indica che questo processo consta di tre passi fondamentali, che hanno obiettivi e scopi finali distinti ma che sono un continuum in quanto strettamente correlati e tutti indispensabili per il miglioramento della salute [Westfall et al. JAMA 2007, Woolf SH. JAMA 2008]. Nel diagramma sottostante sono rappresentate queste tre fasi, che comprendono

1. Translation all'uomo - passaggio dalla ricerca preclinica e di base all'uomo (studi di fase I e II);
2. Translation ai pazienti - esecuzione di trials clinici (fase III e IV);
3. Translation alla pratica - sviluppo di strategie per garantire l'implementazione della evidence-based medicine (implementation research, pubblicazione e disseminazione dei risultati).



*Tradotta e adattata da: Westfall JM - Practice-Based Research - JAMA 2007
Wolf SH - The meaning of translational research and why it matters - JAMA 2008*

La Regione Emilia-Romagna pone da tempo l'accento sul legame indissolubile tra ricerca e innovazione, spesso erroneamente percepite come entità distinte. In quest'ottica, riconosce quali attività qualificabili come "ricerca" due tipologie di studi: accanto alle tipiche iniziative di ricerca bio-medica, che mirano a contribuire alle conoscenze della comunità scientifica in generale, viene attribuita la stessa considerazione anche agli studi di valutazione, aventi come finalità primaria il miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto (verifica della appropriatezza clinica ed organizzativa, valutazione della accessibilità e qualità dei servizi sanitari, valutazione della introduzione di importanti elementi di cambiamento nei processi assistenziali e/o nella organizzazione dei servizi che rappresentano). A tale scopo, la Regione è impegnata da anni nello sviluppo di una strategia che favorisca sia l'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione, sia il governo dei processi di innovazione nei servizi sanitari. Per poter attuare questa strategia, la Regione ha invitato le aziende sanitarie ad adeguare gradualmente la propria organizzazione attraverso la creazione di un'infrastruttura locale per la ricerca e l'innovazione, lo sviluppo di un ambiente culturale favorevole (sostenendo programmi di formazione volti a migliorare le competenze sulla metodologia della ricerca e incentivando le aggregazioni di centri e professionisti per la costituzione di research network) e la garanzia di trasparenza (attraverso l'attuazione concreta di strumenti quali i Piani Aziendali delle attività di ricerca e innovazione, l'Anagrafe della Ricerca ed i Bilanci di Missione).



6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

In conformità con gli indirizzi regionali, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha istituito nel 2006 la struttura semplice Ricerca e Innovazione, divenuta struttura complessa nel 2008, a seguito dell'aumento dei compiti e degli ambiti d'azione.

Fin dalla sua istituzione le attività della Struttura sono state pianificate su un arco temporale pluriennale, partendo dall'esame delle criticità rilevate in letteratura e dall'esperienza via via acquisita; in particolare, in questo biennio sono state riscontrate:

- difficoltà a stendere un protocollo di ricerca scientificamente valido e adeguato ai requisiti previsti nei bandi di finanziamento;
- eccessiva complessità dell'iter di autorizzazione e di monitoraggio degli studi;
- mancanza di supporti e competenze specifiche per la conduzione e realizzazione dello studio;
- difficoltà nell'analisi statistica dei dati, nella stesura di un articolo scientifico, nella comunicazione dei risultati e nella gestione dei prodotti.

Oltre alle attività di base, garantite in maniera routinaria - quali la diffusione delle diverse opportunità di finanziamento, il supporto ai ricercatori nella predisposizione e sottomissione di progetti a bandi nazionali e internazionali, la gestione dei contatti con altri organi aziendali e con altri centri, il supporto al Collegio di Direzione - nel 2008 gli sforzi della Struttura si sono concentrati prevalentemente sul fronte della formazione, e sulla rilevazione e disseminazione delle attività di ricerca in atto presso l'Azienda.

In particolare, è stato organizzato, nell'ambito del programma Regione-Università, un Master di II livello dal titolo *"Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano"*, con l'obiettivo di aumentare le competenze sul metodo della ricerca del maggior numero possibile di operatori di discipline/professioni diverse, favorire la costituzione di nuovi gruppi di ricerca e l'inserimento in team già consolidati, nonché promuovere la realizzazione di attività di ricerca integrate con l'assistenza (si veda il paragrafo "Attività di formazione del personale").

Un'altra attività prevalente, che ha richiesto un forte impegno, è stata la rilevazione delle attività di ricerca aziendali (pubblicazioni scientifiche e progetti in corso), e conseguente produzione della reportistica suddivisa per Dipartimenti e singole Unità Operative (si veda il paragrafo "Anagrafe della ricerca").

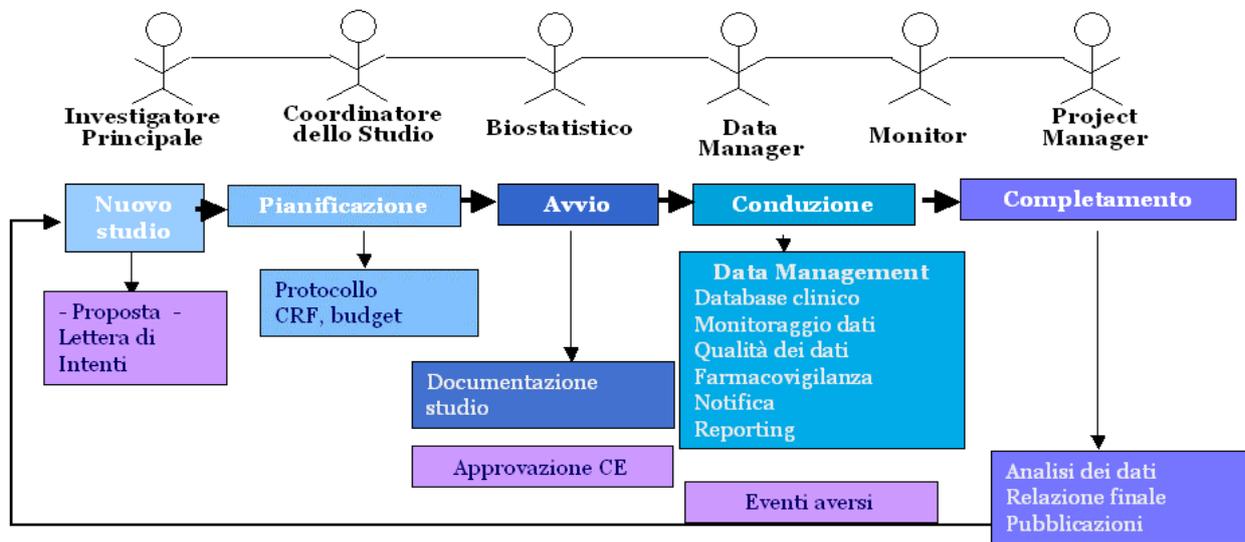
Per favorire la realizzazione di progetti di ricerca e indirizzare le risorse ai reali bisogni avvertiti dai ricercatori, potenziando le competenze e i servizi considerati di maggiore utilità, la Struttura Ricerca e Innovazione ha pianificato un'indagine conoscitiva volta a identificare quei fattori che favoriscono, o ostacolano, lo svolgimento delle attività di ricerca in Azienda. L'idea di analizzare le opinioni in materia di ricerca è stata suggerita anche dalle osservazioni espresse durante il suddetto Master sulla Metodologia della Ricerca, nel quale molti discenti hanno evidenziato la necessità di ricevere supporti professionali e/o formazione specifici. L'indagine si avvale di un questionario anonimo, adattato da un'esperienza analoga riportata in letteratura, composto da 24 domande a scelta multipla relative sia all'esperienza attuale del professionista, sia a ostacoli/esigenze in merito allo svolgimento di progetti di ricerca, oltre che a uno spazio per commenti e suggerimenti. L'indagine verrà svolta nei primi mesi del 2009, i risultati analizzati e diffusi a livello aziendale, al fine di promuovere una discussione nell'ambito del Collegio di Direzione e individuare soluzioni condivise per favorire il coinvolgimento di professionisti nella ricerca scientifica.

Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

La complessità dell'iter amministrativo di pianificazione e presentazione di un progetto di ricerca, e il coinvolgimento di numerosi settori aziendali con compiti specifici ma che non sempre dialogano in modo efficiente tra di loro, rappresentano importanti ostacoli all'esecuzione di ricerca nelle Aziende Sanitarie, causando considerevoli ritardi nelle diverse fasi di attuazione di uno studio, generando confusione e talvolta demotivazione. Come ulteriore elemento di difficoltà si registra la tendenza di molti ricercatori a non considerare gli aspetti pratici come parte integrante di uno studio, in quanto problematiche "non scientifiche" e quindi di responsabilità di altri. In realtà, in ogni fase della realizzazione di uno studio entrano in gioco diverse competenze, che devono collaborare in modo costante, e diversi aspetti scientifici, pratici ed etici, tutti ugualmente determinanti per l'attuazione di un progetto di ricerca. Per comprendere meglio le difficoltà pratiche, nel grafico seguente viene rappresentato il team coinvolto nelle diverse fasi di realizzazione di un progetto e indicati i principali aspetti operativi.



Processo di sviluppo di uno studio e professionisti coinvolti



Ravvisando in queste difficoltà uno degli ostacoli principali alla realizzazione di studi, la struttura Ricerca e Innovazione ha redatto e diffuso nel 2008 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.

Il documento è stato distribuito sia in formato cartaceo, che reso disponibile sul sito intranet aziendale. Il vademecum si articola in tre capitoli:

- dall'ideazione al finanziamento,
- iter aziendale per ottenere l'autorizzazione all'avvio dello studio,
- gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca.

È previsto un aggiornamento del documento con cadenza annuale.

Capacità di attrazione da parte della 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 65% degli studi è internazionale, promosso e sostenuto dall'industria farmaceutica (7° rapporto nazionale dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dell'Agenzia Italiana del Farmaco). La difficoltà di acquisire finanziamenti non è dovuta solo alla loro disponibilità limitata e alla forte competizione, che richiede progetti scientificamente rigorosi e clinicamente rilevanti, ma anche alla insufficiente conoscenza delle opportunità di finanziamento e alla difficoltà nella predisposizione della documentazione richiesta dai bandi.

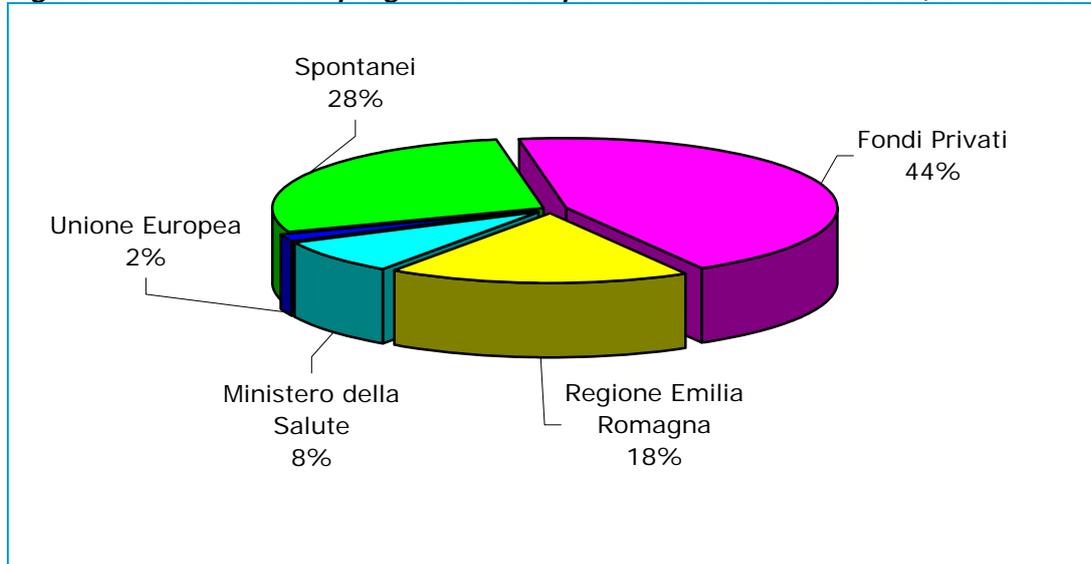
Fino al 2006, il compito di individuare le possibili fonti di finanziamento e di reperire fondi era lasciato esclusivamente ai singoli ricercatori, con l'ovvia conseguenza che la maggior parte della ricerca praticata era su commissione e legata a promotori for-profit (ditta farmaceutica). Dal 2007 la 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, anche nel 2008 l'Azienda si è impegnata a diffondere le diverse opportunità di finanziamento, avvalendosi di tutti i mezzi di cui attualmente dispone (pubblicazione su intranet e internet aziendali, invio comunicazioni via email, presentazione dei bandi al Collegio di Direzione, eccetera), e a favorire la partecipazione dei professionisti offrendo supporto nella realizzazione e sottomissione di proposte nell'ambito di bandi pubblici.

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 non ancora accurata e validata, è possibile evidenziare che la quota di progetti finanziati con fondi privati



rappresenta il 44% del totale, mentre la restante quota dei progetti avviati nel 2008 è remunerata con fondi pubblici.

Figura 1 Percentuale di progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2008



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 ISI) prodotta nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata pubblicamente diffusa tramite un documento aziendale contenente report sintetici ed elenchi dettagliati, suddivisi per Dipartimento e per singola Unità Operativa.

Nella tabella 1 viene riportato l'elenco dei progetti avviati nel 2008 e relativo finanziamento complessivo (per tutti i centri coinvolti e per tutta la durata dello studio), con indicati il ruolo svolto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (capofila o unità partecipante) e le eventuali collaborazioni con altri centri (Regionali, Nazionali e Internazionali). Le tabelle sono state suddivise per Fonte di Finanziamento (Bandi pubblici: Ministero, Regione, Unione Europea; Fondi Privati, prevalentemente progetti realizzati su richiesta di ditte farmaceutiche; Progetti spontanei, cioè privi di finanziamento e condotti nell'ambito della normale pratica clinica con fondi aziendali). Per i progetti remunerati con Fondi Privati, il finanziamento totale non è stato riportato in quanto non è noto, essendo esplicitata nella documentazione disponibile solo la quota prevista per soggetto arruolato in studio ed essendo per la maggior parte degli studi ancora in atto l'arruolamento dei pazienti.

Tabella 1 Elenco dei Progetti avviati nel 2008 distinti per fonte di finanziamento

Progetti finanziati con bandi del Ministero della Salute e dell'Università

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
AIFA	AO San Gerardo, Monza	AOU-Parma (Anestesia e Rianimazione) Monza, Novara, Bari, Torino, Padova, Milano, Bologna, Varese, Roma, Siena, Verona	Anesthesiological strategies in elective craniotomy: randomized, equivalence, open trial	€ 6.132.000,00
AIFA	Università di Modena e Reggio Emilia	AO-U Parma (Oncologia Medica) Perugia, Novara, Torino, Catania, Bologna, Ancona, Verona, Vicenza, Cuneo, Palermo, Genova, Padova, Roma, Bari, Cremona, Como, Milano, Reggio-Emilia, l'Aquila, Pescara, Piacenza, Rimini, La Spezia, Aosta, Ravenna, Mantova, Brindisi, Siena	Multicentric randomized phase III trial of adjuvant chemotherapy plus 3 vs 12 months of trastuzumab in breast cancer patients with HER2 positive disease	€ 1.614.600,00
Ricerca Finalizzata	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia), AUSL Modena, Università Bologna, AUSL Piacenza, AUSL Forlì, AO Reggio-Emilia	Early diagnosis of hepatocellular carcinoma using serum proteomic analysis, immunophenotyping ad mRNA expression	€ 837.000,00
Ricerca Finalizzata	Regione Umbria	AOU-Parma (Medicina Riabilitativa)	Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale: un Programma Strategico di ricerca e sviluppo	€ 552.000,00
AIFA	AO-UPalermo	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia) Università di Brescia, Seconda Università di Napoli, Università di Verona, Università di Bari, IRCCS S. Matteo Pavia, Università di Pavia, Università La Sapienza di Roma, Università di Modena-Reggio Emilia, Ospedali Riuniti di Bergamo, Università di Padova	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	€ 480.000,00
Ricerca Finalizzata	AO-U Ferrara	AO-U Parma (Oncologia Medica)	Post-Genomic approaches for the identification of high-risk cancers: evaluation and optimization of cost/benefits for the national health system	€ 462.000,00
PRIN	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	AO-U Parma (Ematologia e CTMO, Oncologia Medica, Pediatria e Oncoematologia) Università Firenze, Università Napoli, Università Parma	Studio dei progenitori endoteliali circolanti nei pazienti oncoematologici: potenziale ruolo nella cardiotoxicità indotta da farmaci	€ 300.129,00
Ricerca Finalizzata	AO-U Parma (Oncologia Medica)	AO-U Parma (Medicina del lavoro e Tossicologia Industriale), Università Parma, Istituto Nazionale di Ricerca sul cancro Genova	Biological predictive factors of response to target therapies in lung cancer	€ 296.000,00
AIFA	AO-U Parma (Oncologia Medica)	Monocentrico	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)	€ 240.000,00
PRIN	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	Firenze, Napoli	La cardiotoxicità da terapia anti-neoplastica coinvolge le cellule staminali e progenitori miocardici residenti	€ 193.000,00
Ricerca Finalizzata	AO-U Modena	AO-U Parma (Cardiologia), AUSL Parma, AO Reggio Emilia, AUSL Bologna, AUSL Forlì, ISBEM, Agenzia Sanitaria Regionale	La valutazione della fattibilità e dell'impatto di un modello organizzativo di continuità assistenziale basato sull'attivazione di una rete territorio-ospedale ed interospedaliera nei pazienti con Scompenso Cardiaco Cronico (NETWORK ITA-SCOCARD)	€ 154.448,00

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
PRIN	AO-U Parma (Maxillo Facciale)	Università Bologna	Valutazione di parametri immunostochimici e biomolecolari quali marcatori del comportamento biologico dei carcinomi del distretto testa-collo	€ 79.000,00
PRIN	AO-U Parma (Nefrologia)	Università Pavia	Ezio-patogenesi della fibrosi retroperitoneale idiopatica	€ 70.000,00
FIL	AO-U Parma (Virologia)	AO-U Parma (Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio)	Studio sull'organizzazione ed espressione del DNA genomico di spirochete patogeni e di protozoi parassiti	€ 2.125,00
FIL	AO-U Parma (Diagnosi delle infezioni Prenatali, Connatali e Perinatali)	AO-U Parma (Microbiologia)	Sviluppo di metodiche molecolari avanzate per la diagnosi di laboratorio e lo studio epidemiologico delle infezioni causate da spirochete patogeni e da protozoi parassiti intestinali	€ 1.275,00

Progetti finanziati con bandi della Regione Emilia-Romagna

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
Regione-Università 07-09	AO-U Modena	AO-U Parma (Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, Oculistica), AUSL Cesena	Human epithelial stem cells: molecular characterization and development of clinical applications in regenerative medicine	€ 2.799.823,00
Regione-Università 07-09	IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli Bologna	AO-U Parma (Odontostomatologia, Anatomia Patologica), Università Bologna, AO-U Modena, AO-U Ferrara	Regenerative Medicine in osteo- articular diseases	€ 1.645.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Neurologia)	AO-U Parma (Clinica Pediatrica, Medicina Riabilitativa) AO-U Modena, AO-U Ferrara	New perspectives on rehabilitation 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	€ 1.114.500,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia), AUSL Rimini	Immunological, virological and oncological follow-up of the liver recipients	€ 1.014.400,00
Regione-Università 07-09	AO-U Modena	AO-U Parma (Genetica Medica, Nefrologia, Ematologia e CTMO), 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	€ 951.200,00
Regione-Università 07-09	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	€ 904.800,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Ematologia e CTMO, Clinica e Terapia Medica, Terapia Intensiva), AO-U Modena, AO-U Ferrara, AO Reggio-Emilia, AUSL Ravenna	Molecular bases and targeted therapy of hemolymphopoietic malignancies (HM). A dedicated regional network	€ 731.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia), Università Ferrara, AO-U Modena	Isolation, characterization and expansion of human stem cells: basic research and clinical applications in chronic liver failure	€ 728.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), AUSL Piacenza, AO Reggio Emilia	Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in the elderly	€ 706.800,00
Regione-Università 07-09	IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli Bologna	AO-U Parma (Clinica Ortopedica), AUSL Ravenna	Advanced diagnostics in osteoporosis with predictive models of the risk of fracture in elders	€ 693.000,00

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	Università Parma, AO-U Modena, AO-U Bologna, AO-U Ferrara	DIAL-ER/ADSL: Diagnostica Avanzata in Lipidologia -Emilia Romagna/Advanced Diagnostic Support in Lipidology: role of geneypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipidemias	€ 603.200,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo, Anatomia e Istologia Patologica), 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)	€ 600.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Ferrara	AO-U Parma (Cardiologia, Cardiologia, Semeliotica, Ematologia e CTMO), AO Reggio-Emilia, Ausl Piacenza, Università Bologna - Università Parma	Therapeutic applications of stem cells in the treatment of heart failure	€ 600.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Modena	AO-U Parma (Oncologia Medica, Nefrologia, Neuroradiologia, Malattie Infettive, Anatomia Patologica), AO-U Bologna	Identification and Clinical validation of predictive and prognostic factors, with special focus in molecularly targeted agents	€ 542.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Tossicologia Industriale)	AO-U Modena, AO-U Ferrara	Non-small Early Molecular Diagnosis of Lung Cancer	€ 524.600,00
Regione-Università 07-09	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	€ 368.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Modena	AO-U Parma (Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia), AUSL Modena, AO Reggio Emilia, AUSL Reggio Emilia, AO-U Ferrara, AUSL Rimini, AO-U Bologna, AUSL 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)	€ 306.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Geriatrics), AO-U Ferrara, AO Reggio Emilia	Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore	€ 200.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Radiologia)	AO-U Parma (Cardiologia), AO-U Bologna, AO-U Modena, AO Reggio Emilia, AUSL Ravenna	Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello studio della malattia subcritica del tronco comune	€ 200.000,00
Modernizzazione	AUSL Reggio Emilia	AO-U Parma	Realizzazione di una 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)	€ 200.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Lungodegenza Critica)	AO-U Parma (Epidemiologia), AUSL Parma	Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia	€ 179.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Ferrara	AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione 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)	€ 170.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Direzione Sanitaria)	Università 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	€ 150.000,00

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
Regione-Università 07-09	AO-U Modena	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica), AUSL Modena, 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.	€ 149.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Ricerca e Innovazione)	AUSL Parma, AO Reggio-Emilia, AUSL Reggio-Emilia, AUSL Modena, AUSL Piacenza	Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano	€ 95.082,00
Regione-Università 07-09	AO-U Bologna	AO-U Parma (Fisica Sanitaria), AO-U Modena, AOU Ferrara, AUSL Ravenna, Università Bologna	Competenze, metodi ed organizzazione per un coinvolgimento attivo nei programmi di ricerca tecnologica	€ 75.000,00
Modernizzazione	AO-U Parma (Malattie del Ricambio e Diabetologia)	AO-U Parma (Medicina Interna Malattie Metaboliche e Vascolari, Clinica e Terapia Medica), AUSL Parma	Riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera Ambulatoriale dei cittadini diabetici	€ 65.000,00
Regione-Università 07-09	AO-U Parma (Settore Formazione)	AO-U Ferrara, AO-U Bologna, Università Parma, AO Reggio-Emilia, AUSL Piacenza, AUSL-Reggio-Emilia, AUSL Parma, AUSL Modena	Corso di formazione alla ricerca per le professioni sanitarie su tematiche di area psicosociale	€ 40.000,00
Modernizzazione	AO-U Parma (Neonatalogia)	AUSL Piacenza, AUSL Parma, AO Reggio-Emilia, AUSL Reggio-Emilia, AO-U Modena, AUSL Modena, AO-U Bologna, AUSL Bologna, Università Bologna, AUSL Ferrara, AUSL Ravenna, AUSL Forlì, AUSL Cesena, AUSL Rimini, AUSL Imola, San Marino	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)	€ 35.000,00
Modernizzazione	AUSL Rimini	AO-U Parma (Ricerca e Innovazione)	Attivazione di una anagrafe regionale informatizzata della ricerca scientifica	€ 30.000,00
Modernizzazione	AO-U Parma (Diagnostica Emato-chimica)	AO-U Parma (Clinica e Immunologia Medica), AO Reggio Emilia, AUSL Piacenza, AO-U Modena,	Diagnostica di Laboratorio delle Connettività : 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	€ 20.000,00
Modernizzazione	AO-U Parma (Ematologia e CTMO)	AO-U Parma (Cardiologia, Medicina d'urgenza), 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	€ 20.000,00
Modernizzazione	AO-U Parma (Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva)	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia), AUSL Parma, AUSL Reggio-Emilia, AUSL Piacenza, AO-U Modena, AUSL Modena	La gastroenterologia ed endoscopia sul campo	€ 15.000,00

Progetti finanziati con Bandi dell'Unione Europea

Fondi/Bandi di Finanziamento	Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto	Finanziamento Totale
VII Programma Quadro	Medtronic Iberica (Spagna)	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica); Italia (Modena) Spagna, Repubblica Ceca, Finlandia, Grecia, Slovacchia, Germania, Francia,	METABO (VII Programma Quadro, settore ICT, Challenge 5, Call 1; Project Identifier: FP7-ICT-2007-1-216270)	€ 8.100.000,00

		Lussemburgo, Malta,		
	Università di Pisa	AOU-Parma (Clinica e Terapia Medica) Italia (Torino) Repubblica Ceca, Gran Bretagna, Romania, Germania, Olanda, Francia,		Bioactive highly porous and injectable Scaffolds controlling stem cell recruitment, proliferation and differentiation and enabling angiogenesis for cardiovascular engineered tissues BIOSCENT € 6.375.697,00
VII Programma Quadro				
VII Programma Quadro	AO-U Parma (Maxillo facciale)	Grecia, Germania, Spagna, Portogallo		NeoMark (ICT Enabled Prediction of Cancer Reoccurrence) € 3.933.150,00

Progetti "Spontanei" approvati dal Comitato Etico Unico nel 2008

Centro di coordinamento		Unità di Ricerca Partecipanti			Titolo Progetto
AO-U Parma (1^ Anestesia e Rianimazione)	Monocentrico				Applicazione dell'ultrasonografia B- mode nella localizzazione di catetere venoso centrale
AO-U Parma (Nefrologia)	Monocentrico				Aspetti epidemiologici, clinici e prognostici dell'ipersodemia nei pazienti con trauma cranico grave: studio prospettico di coorte
AO-U Parma (Endoscopia Digestiva)	Monocentrico				Basi genetiche della permeabilità intestinale in pazienti affetti da morbo di Crohn: studio di associazione tra le mutazioni 3020 insC, R702W del gene CARD15 e l'aumentata permeabilità in soggetti affetti da morbo di Crohn
AO-U Parma (Nefrologia)	Monocentrico				Cachessia cardiaca: studio dei meccanismi di regolazione della lipolisi.
AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	Monocentrico				Caratterizzazione delle risposte T infocitarie HBV-specifiche in fase cronica di infezione da HBV
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico				Confronto tra elettroestimolazione e tecnica ecoguidata nel blocco continuo del plesso brachiale condotto con approccio interscalemico
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico				Confronto tra elettroestimolazione e tecnica ecoguidata nel blocco continuo del plesso lombare in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per frattura di femore
AO-U Parma (Neuroscienze)	Monocentrico				Depressione e Sindromi Coronariche acute
AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	AO-U Bologna, AUSL Modena, Università Bologna, AUSL Piacenza, AUSL Forlì, AO Reggio-Emilia				Diagnosi precoce e fattori prognostici nell'epatocarcinoma utilizzando analisi proteomiche, caratterizzazione immunofenotipica e studio dell'espressione dell'RNA messaggero.
AO-U Parma (Endoscopia Digestiva)	University college London, University Oxford, University Liegi				DNA stool screening test per cancro coloretale in pazienti con pancolite affetti da morbo di Crohn o rettocolite ulcerosa
AO-U Parma (Nefrologia)	Monocentrico				Effetti della terapia con calcitriolo sulla rigidità arteriosa e sul metabolismo calcio-fosforico nei pazienti con insufficienza renale cronica
AO-U Federico II di Napoli	19 partecipanti, AO-U Parma (Malattie del Ricambio e Diabetologia)				Effetti sull'incidenza di eventi cardiovascolari dell'aggiunta di Pioglitazone o di Sulfanilurea alla Metformina in pazienti con diabete mellito tipo 2 in monoterapia non adeguatamente compensati
AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	Monocentrico				Effetto in acuto di prodotti alimentari arricchiti con antiossidanti naturali sui marker d'infiammazione, di funzionalità epatica, sulla funzione endoteliale e lo stress ossidativi.
AO-U Parma (Genetica Medica)	Monocentrico				Genotipizzazione dei polimorfismi singolo nucleotide per l'identificazione di biomarcatori nelle vasculiti anca-associate

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
AO-U Parma (1^ Anestesia e Rianimazione)	Monocentrico	Incidence, risk factors and microbiological analysis of ventilator-associated pneumonia in a multidisciplinary intensive care unit
AO-U Parma (Pneumologia)	Monocentrico	Infiammazione e sua regolazione nelle patologie polmonari e pleuriche.
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Influenza delle caratteristiche clinico-psicologiche e psicofisiologiche sul dolore e sul decorso pre e post-operatorio in pazienti sottoposti a interventi chirurgici programmati
AO-U Parma (Nefrologia)	Monocentrico	Influenza dello stress ossidativo sullo sviluppo dell'insufficienza renale acuta da mezzo di contrasto iodato
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Insufficienza respiratoria acuta postoperatoria in Terapia Intensiva: CPAP a flusso continuo con casco versus CPAP a flusso continuo con maschera full-face
AO-U Parma (Odontostomatologia)	Monocentrico	L' uso notturno della protesi dentaria nel paziente edentulo affetto dalla Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS) migliora la malattia?
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	L'Ondansetron riduce l'effetto analgesico del Paracetamolo?
AR Capelle a /d Ijssel, Olanda	24 partecipanti, AO-U Parma (Clinica Pediatrica)	Metabolic Control in Young Children with Diabetes - Centre Differences Study in Children aged under 11 years "Controllo Metabolico in bambini con diabete – Differenze fra Centri in bambini di età inferiore a 11 anni.
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Monitoraggio ed ottimizzazione della saturazione cerebrale di ossigeno non invasiva (NIRS) in pazienti critici/intensivi con sepsi grave o shock settico. Uno studio prospettico, randomizzato, controllato sugli effetti cognitivi a lungo termine
Poliniclinico Umberto I Roma	14 partecipanti, AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	Multicentrico in aperto per valutare l'efficacia e tollerabilità di tenofovir DF (TDF) (300 mg) in pazienti con epatite B cronica, HbeAg positiva o negativa, con risposta sub-ottimale ad un trattamento con adefovir (ADV) o ADV/LAM (lamivudina), definita co
AO-U Parma (Neurologia)	Fondazione S.Raffaele Milano, Università Parma	Osservazione motoria come trattamento riabilitativo nel morbo di Parkinson
AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	Monocentrico	Regolazione del PTH su WNT in cellule ossee
AO-U Parma (Pneumologia)	Monocentrico	Rilievi ambientali e studio genetico in pazienti affetti da sarcoidosi osservati in un'area ristretta della provincia di Parma
AO-U Parma (Pneumologia)	Monocentrico	Ruolo dell'espettorato indotto nella flogosi polmonare dei pazienti BPCO
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Somministrazione preoperatoria di ossicodone a rilascio controllato vs morfina ev come oppioide di transizione per TIVA nel controllo del dolore post VATS
AO-U Torino	16 partecipanti, AO-U Parma (Clinica Pneumologica)	Studio a singolo cieco, randomizzato a gruppi paralleli di ricerca della dose sul trattamento della sclerosi laterale amiotrofica (SLA) con litio (LitALS)
AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	Monocentrico	Studio clinico no profit: Immunoterapia con linfomonocleati autologhi e GM-CSF in pazienti con lesioni epatiche da epatocarcinoma primitive sottoposte a termoablazioni con radiofrequenza
AO-U Parma (Pneumologia)	Monocentrico	Studio dei processi flogistico-immunitari in corso di pleurite tubercolare
AO-U Parma (Clinica Pediatrica)	Monocentrico	Studio della metilazione e del numero delle triplette CAG del gene per il recettore degli androgeni in bambini con ipospadia e in soggetti normali
AO-U Parma (Nefrologia)	Monocentrico	Studio delle determinanti genetiche delle nefropatie glomerulari primitive e secondarie
IRCCS Fondazione G.B. Bietti	AO-U Parma (Oftalmologia), AO San Camillo	Studio di Coorte sponsorizzato dal Ministero della Sanità. Disabilità visiva nella neuropatia

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
	Forlani, Fondazione S. Raifaele Milano, Università Bologna, Università Campus Bio-Medico Roma	ereditaria di Leber: dalla diagnostica precoce alla riabilitazione
AO-U S. Giovanni Battista-Molinette di Torino	66 partecipanti, AO-U Parma (Ematologia e CTMO)	Studio di fase II, multicentrico, randomizzato, in aperto di velcade, melphalan, prednisone e talidomide (V-MPT) versus Velcade, melphalan, prednisone (V-MP) in pazienti anziani con mieloma multiplo di nuova diagnosi
AO-U Parma (Oncologia Medica)	AOU di Ferrara, AUSL Rimini	Studio dose-finding di docetaxel, oxaliplatino e capecitabina (TEX) come trattamento di prima linea in pazienti affetti da carcinoma gastrico avanzato
Fondazione Santa Lucia Roma	28 partecipanti, AO-U Parma (Neurologia)	Studio Italiano di Coorte sulle Demenze (Italian Dementia Study)
AO-U Parma (Centro cefalee)	Monocentrico	Studio Osservazionale Epidemiologia delle più frequenti forme di cefalee primarie nella popolazione generale italiana
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Studio Osservazionale Recupero funzionale postoperatorio in chirurgia toracica
AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	AO Bari, Policlinico Umberto I Roma, Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma, IRCCS Spallanzani di Roma, Arcispedale S. Anna Ferrara, ASL Viterbo, AUSL Pescara, Osp. Civile Pistoia, Policlinico Universitario di Cagliari, AO-U Bologna	Studio osservazionale, Studio di Coorte NIA (Nuovi Inibitori Anti-HIV)
AUSL Torino	AO-U Parma (Nefrologia)	Studio prospettico controllato randomizzato sul trattamento della glomerulonefrite a depositi mesangiali di IgA in fase avanzata
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Ospedale Torino Nord Emergenza S. Giovanni Bosco, Pres.Ospedali Civili Brescia	Studio randomizzato controllato sull' azione antitrombotica, misurata mediante TEG, della compressione pneumatica intermittente in pazienti ricoverati in terapia intensiva
AO-U Parma (Radiologia)	Monocentrico	Tossicità polmonare farmaco-indotta in pazienti portatori di trapianto renale, sottoposti a terapia immunosoppressiva.
AO-U Parma (Urologia)	AUSL Parma	Trattamento precauzionale con gemcitabina (GEM) versus mitomicina C (MMC) nel carcinoma vescicale non-mioinvasivo di nuova osservazione.Studio prospettico randomizzato di fase II
AO-U Parma (Nefrologia)	Università Parma	Trial clinico randomizzato di confronto tra micofenolato e ciclofosfamide nell' induzione della remissione delle vasculiti ANCA-associate
AO-U Parma (Neuroscienze)	Monocentrico	Valenza e significato degli studi RM Funzionali e di Spettroscopia su apparecchio RM 3.0T
Ospedale Sacco Milano	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	Valutazione del trattamento dell' epatite cronica C e transaminasi persistentemente normali con Peg-IFN ALFA 2a e Ribavirina in soggetti HIV positivi
AO-U Parma (Diabetologia Pediatrica)	12 partecipanti	Valutazione dell'attività fisica e della sedentarietà in bambini e adolescenti con diabete e in coetanei sani e della gestione del diabete durante lo svolgimento della attività fisica
AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica)	Monocentrico	Valutazione dell'efficacia di basse dosi di morfina somministrata per via intratecale in pazienti sottoposti ad interventi di resezione coloretale per via laparoscopica.
Marburg (Germania)	AO-U Parma (Maxillo facciale), Italia (Trento-Pordenone-Roma) Belgio, Svizzera, Ungheria, Olanda Portogallo, Spagna, Gran Bretagna, Danimarca	European Sentinel Node Trial (SENT)

Progetti finanziati con fondi privati, approvati dal Comitato Etico Unico nel 2008

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
AO-U Parma (Cardiologia)	AUSL Lucca, Fondazione Monzino, Istituto S. Raffaele Roma, Ospedale di Albano RM, Ospedale Legnano, Ospedale Asoli-Picano, Ospedale Sorrento, Ospedali Riuniti Bergamo, Poliambulanza Brescia, Università degli studi di Napoli Federico II	A comparison of Prasugrel and Clopidogrel in acute coronary syndrome (ACS) subjects with Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (UA/NSTEMI) who are medically managed
AO-U Parma (Malattie Metaboliche Vascolari e Malattie del Ricambio)	AO Padova Ospedali Riuniti di Bergamo Ospedali Civili di Brescia	A Multicentre, open label, nonrandomised, non-interventional, observational, safety study in subjects using Insulin Aspart (NovoRapid) or Solubile Human Insulin for the treatment of diabetes mellitus
ASL 3 Genovese	AO-U Parma (Psichiatria) Firenze, Foggia, Bari, Salerno, Torino, Enna, Messina, La Spezia, Aosta, Sassari, Lecco, Brescia, Verona, Roma, Bergamo, Milano, Brindisi, Catania	A one-year randomized, prospective, parallel open comparison of subjective well-being in schizophrenic out-patients treated with quetiapine xr (Seroquel XR) or oral risperidone at flexible dose in a naturalistic setting
Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi	AO-U Parma (Oncologia Medica), AOU Pisana, Casa Sollievo S. Giovanni Rotondo, IFO Roma, Ospedale Ca' Granda-Niguarda MI, Ospedale Circolo Varese, Ospedale Rimini	A Phase II Study of Panitumumab 5-Fluorouracil and Oxaliplatin in combination with pelvic radiotherapy as treatment of resectable and locally advanced rectal cancer
Azienda Ospedaliero San Camillo Forlanini Roma	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Avellino, AOU Torino, Istituto Naz. Ricerca Cancro Genova, Casa di cura ad alta specialità Palermo	A phase II study of the histone deacetylase inhibitor Panobinostat (LBH589) in patients with advanced Small Cell Lung Cancer (SCLC)
AO-U Policlinico S. Orsola Malpighi	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), AO-U Orbassano, AO-U S. Maria della Misericordia Udine, Università degli studi Stena	A phase II, open-label, multi-centre, 2-part study to assess the safety, tolerability, and efficacy of tipifarnib plus bortezomib in the treatment of newly diagnosed acute myeloid leukaemia (AML) unfit for conventional chemotherapy (> 18 years) or in patients with acute myeloid leukaemia in first relapse (< 60 years)
Azienda Ospedaliero San Camillo-Forlanini Roma	AO-U Parma (Gastroenterologia ed endoscopia digestiva), AOU Policlinico Roma, Ospedale Como, Ospedale Sacco MI, Ospedale Policlinico Pavia	A phase III, randomized, double-blind, dose-response, stratified, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of SPD476 versus placebo over 104 weeks in the prevention of recurrence of diverticulitis
AO-U Parma (Allergologia)	Ospedale Ca Granda-Niguarda Milano	A randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-national, Phase III study of the efficacy and safety of 300 IR sublingual immunotherapy (SLIT), starting 2 months before the grass pollen season, administered as allergen-based tablets once daily to patients suffering from grass pollen rhinoconjunctivitis (with or without asthma)
Ospedale Policlinico S. Matteo Pavia	AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	A randomized double-blind dose-finding multi-centre phase in a study with VS411 FOR hiv-1infection
Istituto Clinico Humanitas	AO-U Parma (Oncologia Medica), IRCCS S. Raffaele Milano, Ospedale S. Maria Nuova Reggio-Emilia, S. Gerardo Monza	A randomized phase II study of progression free survival comparing carboplatin (AUC5 infusion) plus alinta (500mg/m infusion) versus gemcitabine (1250 mg/m infusion) as first-line chemotherapy in elderly patients with locally advanced (stage IIIB) or metastatic (stage IV) Non small cell lung Cancer (NSCLC)
Istituto Clinico Humanitas	22 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	A Randomized phase II clinical trial of trastuzumab optimization in patients with locally advanced and/or metastatic breast cancer over expressing HER2 after a first line chemotherapy plus trastuzumab
Ospedale Riuniti Bergamo	105 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	A randomized trial investigating the role of FOLFOX-4 regimen duration (3 versus 6 months) and bevacizumab as adjuvant therapy for patients with stage II/III colon cancer
AO-U Parma (Cardiologia)	19 partecipanti	A randomized, double-blind, placebo-controlled, event-driven multicenter study to evaluate the efficacy and safety of rivaroxaban in subjects with a recent acute coronary syndrome
Università degli Studi Perugia	AO-U Parma (Clinica e Terapia Medica)	A Randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter, 24-week study

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
AO-U Parma (Pneumologia)	AO-U Parma (Clinica Pediatrica)	followed by an extension assessing the efficacy and safety of AVE0010 in two titration regimens on top of metformin in patients with type 2 diabetes not adequately controlled with metformin
ASL 3 Genovese	13 partecipanti, AO-U Parma (Servizio Psichiatrico diagnosi e cura)	An open label, placebo study to verify in asthmatic and COPD patients aged > = 5 years and > = 40 respectively that the inspiratory flow required for the dryg delivery from the NEXT device is not influenced by patient's age and disease
AO-U Parma (1 ^ Anestesia e Rianimazione)	Italia (Padova, Monza) USA Ungheria	Aripirazolo, olanzapina e aloperidolo nel trattamento a lungo termine della schizofrenia
AULSS 12 Veneziana	34 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Biomarkers of brain injury: magnitude, secondary insults and outcome (Marker biochimici di lesione cerebrale: gravità, insulto secondario e outcome)
Università degli Studi di Torino	AO-U Parma (Pediatra e Oncoematologia)	Chemioterapia neoadiuvante a base di docetaxel, cisplatino e 5-fluorouracile (TPF) seguita da radioterapia e chemioterapia concomitante o cetuximab a confronto con radioterapia e chemioterapia concomitante o cetuximab in pazienti con carcinoma a cellule squamose della testa-collo localmente avanzato. Studio randomizzato di fase III con disegno fattoriale
Ospedale Riuniti Bergamo	AO-U Parma (Nefrologia), AULSS 9 Treviso, Presidio Osp. Policlinico MI, St. V. Fazzi Lecce	Studio osservazionale: PROT. MITOC. Corss-sectional su bambini, nati in Europa da madre HIV +, sieronegativizzati di età compresa tra i 18 e i 24 mesi: uno studio europeo sponsorizzato dal "Collaborative Committee for Mitochondrial Toxicity in Children
AO-U Parma (Radiologia)	Fondazione Monzino Milano	Effect of a long-acting somatostatin on disease progression in nephropathy due to autosomal dominant polycystic kidney disease: a long-term three year follow-up study
Istituto Neurologico Carlo Besta	AO-U Parma (Neurologia)	Effects of a 10 or 15 mg single intravenous bolus of ivabradine versus placebo on heart rate control during a multislice computed tomography coronary angiography for the evaluation of coronary artery disease. A randomized, double-blind, international Multicenter study
AO-U Parma (Oncologia Medica)	22 partecipanti	Effectiveness of a structured information interview in people with newly-diagnosed multiple sclerosis (SIMS-Trial
AO-U Udine	AO-U Parma (Ematologia e CTMO)	Fattori predittivi biologici nel trattamento chemioterapico con pemetrexed nella neoplasia polmonare non a piccole cellule (NSCLC): sottostudio biologico del protocollo GOIRC 02/2006
AO-U Parma (Urologia)	77 partecipanti	Induzione, consolidamento e intensificazione per pazienti con leucemia cuta mieloide (LAM) CD33 positiva, di nuova diagnosi, con età inferiore a 66 anni
Ospedale Policlinico S. Matteo Pavia	11 partecipanti, AO-U Parma (Pneumologia)	L' importanza del monitoraggio del paziente con carcinoma prostatico in terapia ormonale
Istituto Nazionale Tumori di Napoli	17 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Miglioramento della valutazione diagnostica e prognostica della BPCO mediante nuovi indici funzionali e biologici
Istituti Ortopedici Rizzoli BO	13 partecipanti, AO-U Parma (Clinica Ortopedica, Ortopedia)	Monochemioterapia con gemcitabina verso polichemioterapia con cisplatino e gemcitabina nel trattamento di prima linea di pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato e con scadenti condizioni fisiche (performance status 2). Studio intergruppo prospettico randomizzato
AO-U Careggi Firenze	48 partecipanti, AO-U Parma (Pneumologia)	Open-label, randomized, controlled, parallel group study for the evaluation of safety and efficacy of Diclofenac HPBCD 75 mg ampoules s.c. in comparison with DicloEnac HPBCD 75 mg ampoules i.m. and Voltaren 75 mg ampoules i.m. in the treatment of acute moderate to severe pain following minor orthopaedic surgery
AO-U Parma (Oncologia Medica)	AO-U PARMA (Oncologia Medica) AO Reggio-Emilia	Ossigeno terapia a lungo termine (ltot) in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpcO) e moderata ipossitemia cronica e scompenso cardiaco cronico (scc) Prediction of docetaxel toxicity and efficacy in patients with metastatic breast cancer by pharmacogenetic profiling

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
Istituto Nazionale per la cura tumori Milano	9 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Progetto Roche di raccolta di campioni (Roche Sample Repository, RSR), in associazione al protocollo WO20697, studio randomizzato, multicentrico, internazionale di Fase II di confronto tra trastuzumab più docetaxel verso trastuzumab più docetaxel più pertuzumab verso trastuzumab più pertuzumab in pazienti affette da carcinoma della mammella HER2 positivo localmente avanzato, infiammatorio o in stadio precoce
AO-U Parma (Malattie Infettive ed Epatologia)	40 partecipanti	Prospective observational study on predictors of early on-treatment response and sustained virological response in a cohort of treatment naive HCV-infected patients treated with pegylated interferon
AUSL Forlì	27 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Roche Sample Repository Research Project in association with protocol BO20289 An international multi-centre open-label 2-arm phase III trial of adjuvant bevacizumab in triple negative breast cancer
Istituto Scientifico Romagnolo per la cura dei Tumori di Meldola	20 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Strategia di terapia sistemica nel carcinoma del colon-retto metastatico: studio multicentrico randomizzato di fase III per valutare l'efficacia della combinazione polichemioterapia+ bevacizumab vs la sola polichemioterapia in prima linea seguito da due polichemioterapie di fase III con polichemioterapia o con polichemioterapia+ bevacizumab±cetuximab in seconda linea
AO-U Senese	Ao-U Parma (Cardiologia), Ao-U Maggiore della Carità Novara, AO-U S. Maria della misericordia Udine, AO S.Giovanni/Addolorata Roma, IRCCS S. Raffaele Milano, Istituto clinico Hmanitas Rozzano, Ospedale S. Donato Arezzo	A 104-week randomized, double-blind, parallel group, multi-center phase IIIb study comparing the effect of treatment with rosuvastatin 40mg or atorvastatin 80mg on atherosclerotic disease burden as measured by intravascular ultrasound in patients with coronary artery disease
AO-U Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), AO-U Pisana	Studio clinico di fase 3 randomizzato, in aperto di Tanespimicina (KOS-953) più Bortezomib rispetto a Bortezomib da solo in pazienti affetti da mieloma multiplo in prima recidiva
IRCCS Fondazione GB Bietti	AO-U Parma (Oftalmologia), AOU Bari, Ospedale S.Paolo MI	Studio clinico multicentrico di 2x3 mesi, in doppio cieco, che confronta Ganfort e Duotrav nel ridurre la pressione intraoculare nei pazienti con glaucoma pseudoesfoliativo o glaucoma primario ad angolo aperto, trattati con Xalacom
AO-U Parma (Clinica Pneumologica)	AOU Bari, AOU Roma, AOU Ferrari, AOU Messina, AO Napoli, AOU Foggia, AOU Modena, AO Pavia, AO Palermo, Policlinico Roma, Università Pisa	Studio clinico multicentrico, in doppio cieco, randomizzato e controllato verso placebo su broncho- Vaxom (Broncho-Munal) a protezione dalle esacerbazioni acute della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)
AO-U S Giovanni Battista Molinette Torino	14 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Studio clinico multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo per valutare l' efficacia di bevacizumab in combinazione con rituximab e CHOP (RA-CHOP) verso rituximab e CHOP (R-CHOP) in pazienti con linfoma CD20-positivo diffuso a grandi cellule B (DLBCL) non trattati in precedenza
AO-U Policlinico Modena	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), Centro Riferimento Oncologico Basilicata, Ospedale Bianchi Riggio Calabria, Ospedale S Maria Nuova Reggio Emilia, Stabilimento Perrino Brindisi	Studio clinico randomizzato di fase III per valutare la modalità di prosecuzione del trattamento in base alla risposta precoce ottenuta tramite FDG-PET in pazienti con Linfoma di Hodgkin in stadio avanzato
AO S Raffaele Monte Tabor Milano	25 centri: AO-U Parma (Cardiologia) AUSL Bologna, AUSL Cesena, AUSL Modena 21 centri nazionali	Studio con device: Ottimizzazione angiografia confrontata con valutazione IVUS dopo impianto di stent medicato. AVIO
AO-U Parma (Oftalmologia)	IRCCS S. Raffaele Milano, Università degli studi di Ferrara	Studio della durata di tre mesi, Multicentrico, Doppio Cieco di confronto tra la sicurezza e l'efficacia della combinazione fissa di Travoprost/Brinzolamide gocce oculari, sospensione, contro TRAVATAN e contro AZOPT in pazienti con glaucoma ad angolo aperto
AO-U Parma (Ematologia e	Monocentrico	Studio delle alterazioni del profilo di espressione genica nel microambiente osseo nei pazienti

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
CTMO)		con mieloma multiplo: identificazione di potenziali targets terapeutici
AO-U Ospedali riuniti Ancona	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Perugia, AO S Camillo Roma, AO Garibaldi Catania, Istituto Nazionale per la ricerca cancro Genova, Ospedale Ca' Granda Milano	Studio di fase 3 multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo sul farmaco Tarceva® (erlotinib) contenente un unico principio attivo somministrato, in seguito a resezione chirurgica completa, con o senza chemioterapia adiuvante, a pazienti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule di stadio IB-IIIA con tumori EGFR-positivi
Istituto Nazionale dei Tumori di Milano	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Perugia, AO Roma, AOU Novara, AOU Torino, AOU Pisa, AOU Modena, IRCCS S.Raffaele MI, IEO MI, Ospedale Sassari, Presidio Osp. Policlinico MI	Studio di fase 3 randomizzato in aperto su Docetaxel in associazione con CG1940 e CG8711 vs. Docetaxel e Prednisone in pazienti affetti da carcinoma prostatico metastatico refrattario alla terapia ormonale associato a dolore, naive ai tassani.
AO-U S. Martino di Genova	AO-U Parma (Cardiologia), Istituto Ortopedico Galeazzi Milano, Ospedale Ca' Granda-Niguarda Milano, Ospedale Generale Regionale Bolzano, Policlinico Umberto I Roma, Policlinico Universitario Gemelli Roma, S. Gerardo Monza	Studio di fase III – *to compare SonoVue enhanced myocardial echography (MCE) to single photon emission computerized tomography (ECG-GATED SPECT) at rest and at peak of low-dose Dipyridamole stress test, in the assessment of significant coronary artery disease (CAD) in patients with suspected or known CAD using Coronary Angiography as Gold Standard
AOU Senese	12 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Studio di fase III in doppio cieco, randomizzato, controllato verso placebo, per valutare l'efficacia dell'agente immunoterapeutico antigene-specifico antitumorale recMAGE-A3+ AS15 come terapia adiuvante in pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule operabile MAGE-A3 positivo
Policlinico Umbero I Roma	7 partecipanti, AO-U Parma (Clinica Pediatrica)	Studio di fase III randomizzato e in aperto, per valutare l'efficacia e la sicurezza di Aztreonam Lisina per inalazione rispetto a Tobramicina Soluzione per nebulizzazione nel contesto di un regime antibiotico aerosolizzato intermittente in pazienti con fibrosi cistica
AO-U S. Martino di Genova	11 partecipanti, AO-U (Oncologia Medica)	Studio di fase III sull'adenocarcinoma gastrico, esofageo o della giunzione esofago-gastrica in stadio avanzato o metastatico ErbB2-positivo trattato con capecitabina più oxaliplatino (CapeOx) con o senza Lapatinib
Polclinico Universitario Campus Bio-Medico Roma	AO-U Parma (Clinica Pediatrica), AO-U Policlinico S Orsola Maipighi Bologna, IRCCS S Raffaele Milano	Studio di Fase III, multicentrico a 3-bracci di trattamento, randomizzato, in doppio cieco, con controllo placebo, per valutare l'efficacia di Diamyd nella progressione del diabete in pazienti con recente diagnosi di Diabete Mellito di tipo 1
Istituti Ortopedici Rizzoli BO	AO-U Parma (2^ Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica) IRCCS San Matteo Pavia Università Cattolica degli Studi di Roma AO Torino Casa di Cura Abano Terme Padova AO Reggio-Emilia IRCCS Policlinico San Donato Milano	Studio di fase III, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso farmaco attivo, in gruppi paralleli, per valutare l'efficacia e la sicurezza di Dabigatran Etxilato 220 mg. (110 mg il giorno dell'intervento e a seguire 220 mg una volta al giorno)
AO-U Pisana	AO-U Parma (Ostetricia e Ginecologia) Pisa, Ferrara, Napoli, Siena, Brindisi, Roma, Modena, Torino, Milano, Catania, Pavia, Bari, Napoli, Catania	Studio Europeo di sorveglianza attiva su donne che assumono HRT-EURAS HRT
AO Perugia	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Caldarelli Napoli, Centro riferimento oncologico Aviano	Studio fase II Study of Temeirolimus with or without low-dose Interferon alpha in metastatic non –clear renal cell carcinoma
AO-U S. Luigi Gonzaga di Orbassano	AO-U Parma (Pneumologia), AO-U Modena, AO-U Policlinico Tor Vergata Roma, AO-U Senese, Presidio Ospedaliero Morgagni Forli,	Studio in estensione in aperto sulla sicurezza a lungo termine del pirfenidone nei pazienti con fibrosi polmonare idiopatica (FPI) che hanno completato gli studi CAPACIT
Ospedale Policlinico S.Matteo	33 partecipanti, AO-U Parma (Cardiologia)	Studio multicentrico randomizzato in doppio cieco controllato verso placebo per la valutazione

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
Pavia		della sicurezza ed efficacia di SCH530348 in aggiunta alla terapia standard in soggetti con sindrome coronarica acuta: Thrombin Receptor Antagonist for Clinical Event Reduction in Acute Coronary Syndrome (TRA-CER)
Istituto Nazionale Tumori di Milano	16 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Studio multicentrico, randomizzato, controllato che confronta palonosetron e desametasone somministrati prima della chemioterapia e lo stesso regime con desametasone somministrato anche nei giorni 2 e 3 nella prevenzione della nausea e del vomito nei pazienti con neoplasie solide trattati con chemioterapia moderatamente emetogena
Istituto Europeo di Oncologia Milano	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Perugia, AO Roma, AO Avellino, AOU Torino, AOU Modena, Policlinico Gemelli Roma	Studio multicentrico, randomizzato, di fase III, in doppio cieco, controllato versus placebo con ASA404 in associazione a paclitaxel e carboplatino come trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) in stadio localmente avanzato o metastatico (stadio IIIb/IV)
Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna	AO-U Parma (Medicina Interna indirizzo Angiologico Coagulativo), Ospedale Borgo val di Taro, Ospedale S.Maria Nuova Regio Emilia, Policlinico Universitario Gemelli Roma, Presidio Ospedaliero Morgagni-Pierantoni Forlì	Studio multinazionale, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, per comparare l'efficacia e la sicurezza di AVE5026 con enoxaparina nella prevenzione della trombo-embolia venosa (TEV) in pazienti in condizioni mediche acute con ridotta mobilità
IRST Meldola	10 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Studio multinazionale, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, per confrontare l'efficacia e la sicurezza di AVE5026 nella prevenzione della trombo-embolia venosa (TEV) in pazienti oncologici a rischio elevato di TEV e sottoposti a chemioterapia
Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro Genova	AO-U Parma (Medicina Interna indirizzo Angiologico Coagulativo), Ospedale S.Maria Nuova Reggio-Emilia	Studio multinazionale, multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, per confrontare l'efficacia e la sicurezza di AVE5026 rispetto ad enoxaparina nella prevenzione della trombo-embolia venosa (TEV) in pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore
AO-U Parma (Nefrologia)	27 partecipanti	Studio osservazionale condotto in pazienti italia trapiantati di cuore o rene in trattamento con terapia immunosoppressiva comprendente everolimus (Certican).
Istituto Superiore della Sanità	20 partecipanti, AO-U Parma (Malattie del Ricambio e Diabetologia)	Studio osservazionale Long Acting Utilization in Real Life: LAUREL STUDY (metabolic effects of changes in basal insulin treatment in patients with DMT2)
Università Sassari	67 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Studio osservazionale multicentrico, caso-controllo, sull'epidemiologia e i fattori di rischio per eventi tromboembolici in pazienti oncologici e sull'influenza del tromboembolismo venoso sulla prognosi
Dispensorio Igiene sociale CPA Torino	65 partecipanti, AO-U Parma (Fisiopatologia respiratoria)	Studio osservazionale PRISMA Prospective Study on asthma control.
AO-U Parma (Hub emofilia)	22 partecipanti	Studio osservazionale prospettico in pazienti trattati con Haemate P e Haemate P a volume ridotto nel trattamento della Malattia di von Willebrand
AO-U Parma (Ostetricia e Ginecologia)	21 partecipanti	Studio osservazionale sulla frequenza di sintomi correlati al ciclo mestruale in donne che assumono associazioni estrogeniche contraccettive contenenti etinilestradiolo e drospirenone e altri contraccettivi orali combinati
AO-U Parma (Medicina Interna e Reumatologia)	40 partecipanti	Observational prospective study to evaluate Rituximab safety in TNF failures RE population
AO-U Parma (Hub Emofilia)	42 partecipanti	Studio osservazionale: studio italiano di sorveglianza post-registrazione di ADVATE- rAHF-PFM) nel trattamento dell'emofilia A, al fine di valutarne l'efficacia, la sicurezza e immunogenicità
AUSL Cesena	AO-U Parma (Dermatologia), ASUR MC, Azienda Ospedaliera Cuneo, AOU Novara, AOU Genova, AOU Senese, IFO Roma, Ospedale Benevento, Ospedale Civile Venezia, Ospedale Catania, Policlinico Umberto I Roma, Presidio Ospedaliero	Studio pilota randomizzato, multicentrico in doppio cieco controllato con placebo per valutare l'efficacia e la sicurezza di ETN in pazienti con psoriasi a placche da moderata a severa dopo la cessazione della terapia con ciclosporina

Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo Progetto
Ospedale Circolo Manzoni Lecco	Lucca, Università Studi Palermo 9 partecipanti, AO-U Parma (Nefrologia)	Studio randomizzato controllato in aperto multicentrico a gruppi paralleli per valutare la mortalità dovuta a qualsiasi causa e la morbilità cardiovascolare in pazienti affetti da malattia renale cronica dializzati e in pazienti non sottoposti a terapia renale sostitutiva, trattati con MIRCERA o ESA di riferimento
AO-U Parma (Cardiologia)	AOU S. Giovanni Battista Molinette TO, Fond. Monzino MI, Ospedale Ca' Granda-Niguarda MI, Ospedale CG Mazzoni AP, Ospedale S. Giuseppe e Melorio CE	Studio randomizzato di dose-finding con Dabigatran etessilato in pazienti con sindromi coronariche acute dopo l'evento indice, con ulteriori fattori di rischio per complicanze cardiovascolari, già in trattamento con aspirina e clopidogrel: studio multicentrico, prospettico, controllato verso placebo, con gruppi a dosi crescenti
AUSL Frosinone	AO-U Parma (Clinica Pediatrica), AO-U S Giovanni Battista Molinette Torino	Studio randomizzato, in aperto, con gruppo di controllo, di Fase IIIB per la valutazione dell'efficacia del trattamento con Immunoterapia specifica Sublinguale in pazienti pediatrici affetti da dermatite atopica con o senza patologia allergica respiratoria
Ospedale Ca' Granda-Niguarda Milano	50 partecipanti, AO-U Parma (Cardiologia)	Studio randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo per la valutazione di sicurezza ed efficacia di SCH 530348 in associazione a terapia standard per il trattamento di pazienti con anamnesi positiva per malattia aterosclerotica; Thrombin Receptor Antagonist in Secondari Prevention of Atherothrombotic Ischemic Events. (TRA 2° P-TIMI 50)
ASL Sassari	58 partecipanti, AO-U Parma (Occlinica Medica Nefrologia)	Studio randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, a gruppi paralleli per determinare se aliskiren, aggiunto alla terapia convenzionale in pazienti con diabete mellito di tipo 2 a rischio elevato di eventi cardiovascolari e renali, può indurre la morbilità e la mortalità cardiovascolare e renale
Istituto Nazionale dei Tumori di Milano	AO-U Parma (Oncologia Medica), AO Legnano, AOU Bologna, IRCCS S.Raffaele MI, Ospedale Civile Verona, Ospedale Vicenza, Ospedale Noale, Ospedale Thiene	Studio randomizzato, multicentrico, internazionale di fase II di confronto tra trastuzumab più docetaxel verso trastuzumab più docetaxel più pertuzumab verso trastuzumab più pertuzumab verso pertuzumab più docetaxel in pazienti affette da carcinoma della mammella HER2 positivo localmente avanzato, infiammatorio o in stadio precoce
AO-U Parma (Ostetricia e Ginecologia)	Istituto Gaslini Genova	Studio sperimentale: Determinazione dell'utilizzo degli zuccheri diversi dal glucosio e degli alcoli degli zuccheri nei neonati.
Ospedale Sacro Cuore Negrar	25 partecipanti, AO-U Parma (Oncologia Medica)	Sumitinib precedente e successivo o solo successivo a Nefrectomia Citoriduttiva, Studio di fase II che coinvolge pazienti affetti da carcinoma renale metastatico
AO-U Parma (Dermatologia)	Momocentrico	Terapia combinata fototerapia-chirurgica di rigenerazione del network melanocitario nella vitiligine
AO Salesi Ancona	23 partecipanti, AO-U Parma (Clinica Pediatrica)	Trattamento antibiotico precoce nell'eradicazione di P. aeruginosa in fibrosi cistica: uno studio randomizzato policentrico su due diversi protocolli di terapia
Ospedale Policlinico S.Matteo Pavia	AO-U Parma (Cardiologia), AO Perugia, AUSL Piacenza, AOU Novara, AOU Torino, AOU Genova, AOU Bologna, IRCCS S.Raffaele MI, Ospedale Cecina, Ospedale Cortona, Policlinico Umberto I Roma	Trattamento di iponatremia basato su Ixivaptan nella valutazione cardiaca dei pazienti NYHA di classe III/IV
Policlinico Gemelli Roma	AO-U Parma (Clinica Geriatrica)	Trial clinico multicentrico, randomizzato in doppio cieco, controllato con Placebo, per valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'efficacia di MK 0773 per via orale in donne anziane fragili con sarcopenia
Cephalon Europe	AO-U Parma (Ematologia e CTMO), Università Studi La Sapienza, Università Studi Tor Vergata, Università Studi Torino, Università Studi Verona	Valutazione clinica aperta randomizzata concernente l'assunzione di CEP-701 orale somministrato in sequenza in concomitanza di chemioterapia standard su pazienti affetti da leucemia mieloide acuta recidivante (AML) in manifestazioni di mutazioni associate all'attivazione di FLT3



Utilizzo appropriato delle innovazioni

I contesti assistenziali sono sistemi dinamici, che devono adeguarsi alla continua evoluzione tecnologica e ai costi aggiuntivi che comporta l'introduzione delle innovazioni, garantendo la rimodulazione delle scelte clinico-organizzative e dei percorsi assistenziali. Pertanto, è importante che l'introduzione di tecnologie sia governata con modalità che consentano una loro formale e trasparente valutazione di impatto e una opportuna definizione degli ambiti di applicazione. Tale processo di valutazione, sottolinea la letteratura, deve coinvolgere i diversi livelli del Sistema Sanitario, a partire dalle Aziende stesse, che devono disporre di sistemi per la valutazione delle tecnologie integrati nelle strategie e mission aziendali, e tenere conto anche del contesto locale di implementazione [Haselkorn et al. Am J Med Qual 2007].

A partire da queste premesse, la Regione Emilia-Romagna ha istituito l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI), un sistema basato sulla stretta sinergia tra Aziende sanitarie e sistema regionale, la cui funzione principale è consentire il governo dei processi di adozione di nuove tecnologie, in particolare di quelle ad alto costo, combinando fasi di valutazione aziendale con procedure di valutazione centralizzata.

Tabella 2 Step principali da seguire per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie

Tecnologia	Definizione	Chi richiede la valutazione	Modalità per la richiesta	A chi inviare la richiesta	Procedura di valutazione e decisione	Tempi previsti da richiesta a decisione
Tecnologia da inserire nel piano degli investimenti	Sostituisce una tecnologia analoga in uso nel reparto ma ormai obsoleta	Direttori Dipartimento, Responsabili Struttura Complessa, Semplice e Dipartimentale; Ingegneria Clinica; Direzione Medica	Scheda attrezzatura per budget	Controllo di Gestione	Valutazione Dipartimento delle Tecnologie	Definizione budget annuale
Tecnologia acquisita tramite donazione o progetto di ricerca o in prova	Non prevista nel piano annuale delle tecnologie, ma acquisita tramite donazione, o concessa in prova (per un periodo massimo di tre mesi), o utilizzata nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato	Direttori Dipartimento, Responsabili Struttura Complessa, Semplice e Dipartimentale; Ingegneria Clinica	Modulo di richiesta reperibile sulla rete intranet aziendale	Direzione Sanitaria	Decisione del Direttore sanitario sulla base di valutazione del gruppo costituito dai rappresentanti dei servizi tecnici aziendali	3 mesi
Tecnologia innovativa	In fase di adozione (sostenuta da RCT di fase II/III), introdotta nella pratica clinica da poco tempo e in strutture sanitarie di eccellenza	Direttori Dipartimento, Responsabili Struttura Complessa, Semplice e Dipartimentale, Ingegneria Clinica, Direzione Medica	Scheda di segnalazione ORI	Ricerca e Innovazione	Valutazione di un team multi professionale, con eventuale richiesta di consulenza all'ASR. Decisione del Direttore Generale sulla base del parere del Collegio di Direzione, che ne valuta la fattibilità e la connotazione all'interno delle strategie aziendali.	6 mesi
Tecnologia emergente	Tecnologia ad alto costo utilizzata nell'ambito della ricerca medica applicata (trial clinici di fase II/III) o in fase di pre-lancio, o pre-marketing (horizon scanning).	Direzione Generale	Piano di adozione/ Acquisto; Studio fattibilità e costi	Ori Regionale	Valutazione fabbisogno RER Inserimento prestazioni LEA	Minimo 6 mesi



L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato al progetto di realizzazione dell'ORI fin dalle fasi di definizione. In particolare, nel 2008 sono state prodotte a livello locale procedure standardizzate e trasparenti per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, che prevedono iter diversi a seconda della tipologia di tecnologia che la UO/il Dipartimento intende acquisire. La tabella 2 riporta la definizione delle diverse tipologie considerate e gli step principali da seguire per l'acquisizione.

In particolare, relativamente alla **procedura standardizzata per l'acquisizione di tecnologie sanitarie** tramite donazione o progetto di ricerca o in prova, 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), nel corso del 2008 sono state esaminate 89 richieste, di cui 53 sono state autorizzate (60%), 26 non autorizzate (29%) e 10 sono rimaste in sospeso (11%), in attesa di approfondimenti o di ulteriore documentazione. Nella tabella seguente sono riportati i dati in dettaglio.

Tabella 3 Richieste per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, anno 2008

		Totale richieste esaminate	Autorizzate	Non autorizzate	In sospeso
Prove	n.	26	14	8	4
	%	100	54	31	15
Donazioni	n.	43	30	9	4
	%	100	70	21	9
Prese in carico	n.	9	4	5	0
	%	100	44	56	0
Acquisizioni extra-budget	n.	11	5	4	2
	%	100	46	36	18
Totali	n.	89	53	26	10
	%	100	60	29	11

Oltre a definire e promuovere l'adesione alle procedure volte a garantire la *governance* dell'acquisizione delle tecnologie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è impegnata a migliorare l'appropriatezza di utilizzo delle innovazioni tecnologiche anche partecipando attivamente a practice-based research, cioè studi sperimentali di fase III o IV e studi osservazionali condotti nei contesti assistenziali e volti a:

- identificare motivi degli scostamenti tra pratica raccomandata e corrente,
- verificare se trattamenti di dimostrata efficacia si confermano efficaci in ambito assistenziale,
- fornire il "laboratorio" per lo studio dei processi assistenziali in cui trasferire i risultati della ricerca clinica.

Di seguito vengono riassunti, a titolo esemplificativo, **tre progetti practice-based** realizzati o in corso nel 2008 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA CON ULTRASUONI FOCALIZZATI AD ALTA INTENSITA (HIFU)

[High Intensity Focused Ultrasound (HIFU): a useful alternative choice in prostate cancer treatment. Preliminary results. Maestroni et al. Acta Biomed 2008]

BACKGROUND

Il tumore alla prostata rappresenta una delle principali patologie maschili, con importanti conseguenze sulla qualità della vita. La chirurgia radicale è il trattamento di scelta per tumori localizzati e per pazienti con aspettativa di vita >10 anni, tuttavia comporta un alto tasso di morbidità. Per questo motivo si sta tentando di sviluppare terapie mini-invasive, tra cui la High Intensity Focused Ultrasound (HIFU)

OBIETTIVI

Studiare l'effectiveness e le complicitanze dell'HIFU



METODI

25 soggetti con malattia localizzata in recidiva dopo radioterapia, età >70 anni, suddivisi in tre classi di rischio (basso, intermedio e alto) secondo il rischio di progressione della malattia, sono stati sottoposti a HIFU e successivo follow-up oncologico (valutazione PSA) a 1, 3, 6, 9, 12 mesi, e biopsia transrettale a 6 mesi. L'aumento del PSA in tre campioni consecutivi indicava il fallimento. Valutazione dei sintomi urinari e della potenza sessuale con IPSS – International Prostate Symptom Score.

RISULTATI

La procedura si è dimostrata efficace nell'84% dei casi (con recidive biochimiche in soli 4 su 25 pazienti), così suddivisa per classe di rischio: 94,2 % in pazienti a basso rischio, 83,4% in pz con rischio intermedio e 0% in pazienti ad alto rischio. Non si sono verificate complicanze durante e immediatamente dopo il trattamento.

CONCLUSIONI

I risultati suggeriscono che l'HIFU possa rappresentare una valida alternativa mini-invasiva per il trattamento del tumore della prostata in pazienti con malattia localizzata (rischio basso o intermedio) e comporta un basso tasso di morbilità. Queste conclusioni, in linea con quelle di una revisione sistematica della letteratura attuata dall'Ossevatorio regionale, tuttavia si basano sull'analisi degli esiti in un numero esiguo di soggetti, senza prevedere un gruppo di controllo randomizzato. I dati promettenti comunque pongono le basi per ulteriori studi randomizzati di confronto con il trattamento standard (chirurgia o watchful waiting).

RICADUTA ASSISTENZIALE

Se trial randomizzati confermeranno sicurezza ed efficacia della chirurgia ablativa con HIFU nel carcinoma prostatico, sarà possibile offrire a pazienti "selezionati" un'alternativa terapeutica mirata e non invasiva.

VALORE PROGNOSTICO DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA MULTISTRATO NELLO STUDIO DELLA MALATTIA SUBCRITICA DEL TRONCO COMUNE

(progetto finanziato nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009, area 1a)

BACKGROUND

La malattia aterosclerotica critica del tronco comune è associata ad un incremento della mortalità e morbilità tale per cui vi è indicazione alla rivascolarizzazione miocardica. L'impatto prognostico della malattia non critica (stenosi <50% all'angiografia coronarica) del tronco comune invece non è ancora ben noto. L'angiografia coronarica è il gold-standard per la valutazione del grado di stenosi coronarica, tuttavia essa permette solo la valutazione del lume coronarico e non della parete vascolare. La tomografia computerizzata multistrato (MSCT) a 64 strati (o superiori) è una metodica di imaging non invasivo molto promettente, in particolare per l'esclusione della presenza di stenosi critiche in pazienti a rischio basso-intermedio con test provocativo dubbio o non eseguibile. La MSCT è anche in grado di valutare la parete vascolare, identificando eventuali placche ateromasiche indipendentemente dal grado di stenosi che esse determinano, e di identificare le diverse morfologie delle placche (hard e soft) che probabilmente comportano diverse prognosi a distanza.

OBIETTIVI

Valutare il valore della tomografia computerizzata multistrato nell'analisi della malattia aterosclerotica sub-critica del tronco comune, ossia lesioni ateromasiche definite <50% alla coronarografia standard, al fine di identificare le caratteristiche morfologiche delle placche aterosclerotiche e valutare prospetticamente se vi siano delle variabili morfologiche predittive di mortalità e morbilità al follow-up clinico.

METODI

Studio longitudinale prospettico multicentrico, comprendente un sottostudio di intervento farmacologico su una parte della popolazione. 1000 pazienti arruolati nel contesto di una coronarografia standard e nei quali si rilevi la presenza di qualunque grado di ateromasica coronarica sub-critica (stenosi del lume <50%) vengono sottoposti a MSCT delle coronarie con mezzo di contrasto; un sottogruppo di 250 pazienti verrà randomizzato dal gruppo principale per essere sottoposto a terapia mediante atorvastatina 80mg per un anno, al termine del quale il paziente verrà sottoposto nuovamente a MSCT.

Le indagini di MSCT verranno valutate per le seguenti caratteristiche a livello del tronco comune sinistro: presenza, tipo, rimodellamento, estensione, caratteristiche densitometriche della lesione; a 6-12-24-36 mesi verrà effettuato un follow-up clinico per eventi cardiovascolari.



RISULTATI ATTESI

Identificazione delle caratteristiche della lesione ateromastica non critica del tronco comune predittive per eventi cardiovascolari. Identificazione dei differenti pattern di malattia ateromastica del tronco comune. Valutazione della eventuale modificazione delle caratteristiche della placca ateromastica del tronco comune in risposta ad una terapia con statine.

RICADUTA ASSISTENZIALE

La possibilità di utilizzare una metodica di imaging non invasivo quale la MSCT per stratificare il rischio di eventi clinici avversi dei pazienti con malattia non critica del tronco comune, mediante l'analisi delle caratteristiche morfologiche delle placche ateromastiche, avrebbe implicazioni pratiche dirette, permettendo di identificare i soggetti a maggior rischio e conseguentemente di sviluppare un nuovo tipo di approccio al paziente, basato non solo sulla quantificazione delle stenosi coronariche ma anche sulla morfologia delle placche stesse, con l'impostazione di un trattamento di tipo farmacologico e/o interventistico adeguato. Lo studio di intervento è specificatamente volto a verificare se il trattamento con statina ad alta dose sia in grado di modificare il pattern di aterosclerosi in modo favorevole, con le conseguenti implicazioni nella pratica clinica.

SITS-ISTR "SAFE IMPLEMENTATION OF TREATMENTS IN STROKE"

BACKGROUND

La terapia trombolitica endovenosa con alteplase è un trattamento EBM in grado di indurre la riperfusione, riducendo quindi l'evoluzione dello stroke e limitando i danni neurologici e le complicanze. Tuttavia, la trombolisi comporta un elevato rischio emorragico.

L'utilizzo sempre più frequente della trombolisi nella pratica clinica in pazienti con stroke rende necessari continui controlli di qualità tramite audit, al fine di assicurare i benefici rilevati in ambito di studi clinici e limitare le complicanze emorragiche

OBIETTIVI

Il SITS-ISTR è un Registro internazionale di pazienti non selezionati con stroke, gestito da clinici, con l'obiettivo di verificare se l'utilizzo routinario nella pratica clinica della trombolisi endovenosa per l'ictus ischemico acuto, in centri dotati dei necessari requisiti, sia sicuro ed efficace come dimostrato in ambito di trial randomizzati. Il database permette anche di produrre report aggiornati in tempo reale sugli esiti ottenuti nei diversi centri, favorendo il miglioramento delle prestazioni fornite.

METODI

Attualmente al registro partecipano 700 centri provenienti da 35 paesi, con circa 25000 pazienti arruolati; il centro coordinatore internazionale si trova presso il Karolinska Hospital, ciascuna nazione partecipante ha un proprio coordinatore.

Il SITS-ISTR è accessibile da qualsiasi computer collegato a internet. È composto da una sezione per l'immissione dati, il database, e una sezione per la creazione di report.

Le informazioni da inserire sono relative ai seguenti aspetti:

- Ritardi nella gestione
- Dati di base e demografici
- Gravità di base dello stroke severity (NIH score)
- Indagini di imaging di base
- NIH score e imaging di follow-up

Valutazione dei risultati - modified Rankin Score a 3 mesi insieme a dettagli di eventuali complicanze, come le emorragie.

Dopo l'inserimento delle informazioni sul follow-up a 3 mesi, verrà generato automaticamente un report sulla prestazione del centro, confrontato con gli altri centri e con i risultati di RCT. Ciascun centro potrà visualizzare solo i propri risultati.

RICADUTA ASSISTENZIALE

La dimostrazione della sicurezza ed efficacia della trombolisi per l'ictus acuto nella pratica clinica avrebbe un impatto enorme sulla gestione di pazienti con stroke, permettendo di ridurre le complicanze e la disabilità residua associate all'evento acuto.



Reti cliniche e Registri di patologia/intervento

La rinnovata attenzione al tema della ricerca da parte del S.S.R. comporta il potenziamento di strumenti per l'acquisizione di informazioni rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, per la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'impatto di tecnologie ed interventi. Nella nostra Regione lo sviluppo di database clinici dedicati (registri), che includono tutti i pazienti sottoposti a specifici interventi presso i servizi della Regione Emilia-Romagna, volti alla rilevazione e al controllo degli esiti delle funzioni sanitarie organizzate secondo il modello delle Reti Integrate di Servizi (RIS), è particolarmente significativo di esperienze. In particolare, sono in atto vari registri con un diverso grado di utilizzo, ma con un comune scopo quello di rendere possibile:

- la valutazione della appropriatezza clinica ed organizzativa,
- la stima del fabbisogno regionale di procedure ed interventi,
- la valutazione dell'impatto clinico ed economico di specifiche tecnologie ed interventi.

In particolare, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2008 ha contribuito all'implementazione dei seguenti database clinici, anche attraverso la partecipazione dei professionisti a reti cliniche regionali: *Regionale delle Angioplastiche coronariche (REAL)* - avviato a partire dal luglio 2002, vi partecipano 13 centri di emodinamica, pubblici e privati della Regione Emilia-Romagna, che raccolgono un set concordato di informazioni relative sia alle caratteristiche cliniche dei pazienti sottoposti ad interventi di angioplastica coronarica, sia alle modalità tecniche di esecuzione dell'intervento.

Regionale degli Interventi di cardiocirurgia (RERIC) - il registro, a cui partecipano i 6 centri regionali di cardiocirurgia, consente di ottenere informazioni cliniche non rilevabili attraverso i flussi amministrativi correnti sulle attività cardiocirurgiche, in particolare sui fattori di rischio pre-operatorio, sulle complicanze post-chirurgiche e sulla mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico.

Registro Regionale dei Traumi gravi (RRTG) - 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 alla realizzazione di questo registro, nel quale confluiscono dati clinici sui pazienti traumatizzati, sui percorsi assistenziali attivati e sugli esiti delle cure.

Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO) - database 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 partecipano tutte le 3 Unità Operative di Ortopedia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Registro Regionale delle Gravi Cerebrolesioni (GRACER) - database avviato nel 2004 con la finalità di raccogliere in modo prospettico e sistematico i dati su tutte le persone affette da grave cerebrolesione acquisita (GCA) ricoverate presso strutture sanitarie nella regione Emilia-Romagna. Consente di disporre di dati precisi sulla incidenza delle GCA a livello regionale, al fabbisogno riabilitativo ed assistenziale delle persone affette, ai percorsi di cura e agli esiti, e fornisce supporto alla programmazione regionale nell'ambito dei servizi riabilitativi ed assistenziali per le persone con GCA.

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Attività di formazione del personale

I processi della ricerca sono strettamente correlati a quelli della formazione. La formazione permette infatti di creare quelle condizioni culturali favorevoli e la costruzione di competenze e atteggiamenti nuovi indispensabili alla produzione di conoscenze e al trasferimento nella pratica organizzativa e clinica dei risultati della ricerca. Allo stesso tempo, la formazione promuove e favorisce la conduzione di ricerca producendo quelle capacità di governo e competenze specifiche di carattere metodologico necessarie, a livello locale e regionale, per produrre attività di ricerca qualitativamente e quantitativamente adeguata. A tale scopo l'Azienda ha attuato un master di II livello sulla metodologia della ricerca, avviato in marzo 2008, con l'obiettivo principale di 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 progetto è stato finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009 (area 3), ed è stato ideato e realizzato dalla Struttura Ricerca e Innovazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Settore Formazione aziendale, il Comitato Etico di Modena e altre 6 aziende sanitarie della Regione.



I discenti erano 34, di cui 10 provenienti da altre Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, e 2 da Aziende extraregionali: 17 laureati in medicina, 11 in biologia e 6 in scienze infermieristiche.

L'iniziativa si è distinta per il carattere prettamente pratico del percorso formativo, prevedendo visite ed esperienze di collaborazione presso team già consolidati, anche al di fuori dell'Azienda, e lo svolgimento di 8 workshops, uno per ciascuno degli 8 moduli didattici, dedicati a temi di innovazione nel campo della ricerca.

Oltre a proporre una formazione di eccellenza, anche grazie alla presenza di docenti esperti autorevoli, l'iniziativa ha contribuito 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. Nella tabella seguente viene riportato, molto schematicamente, il programma del Master e i principali "attori" coinvolti.

Tabella 4 Programma del Master e principali "attori" coinvolti

TITOLO MODULO	DOCENTE ESPERTO	CLINICO REFERENTE	WORKSHOP
MODULO 1: Saper formulare quesiti di ricerca	Ivana Floriani (Laboratorio di Clinical Trials, Istituto Mario Negri Milano)	Andrea Ardizzoni (UO Oncologia Medica, AOU Parma)	L'innovazione in oncologia: la diagnostica molecolare, la terapia farmacologica, chirurgica e radioterapica
MODULO 2: Come garantire la continuità tra pratica e ricerca	Roberto Raschetti (Istituto Superiore di Sanità, Roma)	Carlo Ferrari (UO Malattie Infettive e Epatologia, AOU Parma)	Aspetti innovativi nel campo delle epatiti virali: le resistenze, l'infezione occulta, individualizzazione della terapia, il vaccino
MODULO 3: Come dimostrare l'efficacia di un trattamento	Antonella Bacchieri (Dipartimento di Biostatistica, Ricerca e Sviluppo Sigma Tau, Roma)	Michele Rusca (Dipartimento Chirurgico, AOU Parma)	Aspetti innovativi in chirurgia: chirurgia robotica, elettrochirurgia a radiofrequenza, chirurgia NOTES
MODULO 4: Come elaborare un protocollo di ricerca	Ciro Gallo (Seconda Università di Napoli)	Roberto Delsignore (Dipartimento Polispecialistico 1, AOU Parma)	Aspetti innovativi in campo medico: neuroni specchio, cellule staminali, genoma umano
MODULO 5: Conoscere le implicazioni etiche di una ricerca	Sandro Spinsanti (Istituto GIANO, Roma)	Giancarlo Izzi (UO Oncoematologia Pediatrica, AOU Parma)	I conflitti di interesse nella ricerca: industria, società scientifiche, aziende sanitarie e università
MODULO 6: Conoscere le esigenze pratiche di un clinical trial	Aldo Pietro Maggioni (Centro Studi ANMCO, Firenze)	Diego Ardissino (UO Cardiologia, AOU Parma)	Aspetti innovativi in campo cardiologico: la genetica delle malattie cardiovascolari
MODULO 7: Saper interpretare i risultati di uno studio	Maria Grazia Valsecchi (Dip. Medicina Clinica e Prevenzione, Università Milano-Bicocca)	Carlo Chezzi (Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio, AOU Parma)	Aspetti innovativi nel campo della ricerca microbiologica e virologica: tubercolosi, malaria, infezione da HPV
MODULO 8: Come scrivere un articolo scientifico	Douglas Altman (Centre for Statistics in Medicine, University of Oxford)	Enrico Sesenna (Dipartimento Testa-Collo, AOU Parma)	Aspetti innovativi in chirurgia testa-collo: navigazione intraoperatoria, informatica e chirurgia

La valutazione finale dei discenti prevedeva la realizzazione di un lavoro di gruppo volto alla definizione di protocolli di ricerca, favorendo pertanto la collaborazione interdisciplinare, interprofessionale e interaziendale.

In occasione della conclusione del programma didattico, il 12 dicembre 2008 è stato organizzato un Convegno dal titolo "La ricerca per la salute", volto a fornire indicazioni su come sviluppare strategie incisive per trarre il massimo beneficio dalla ricerca a vantaggio dei pazienti, fin dalla realizzazione della fase pre-clinica, alla selezione dell'oggetto di ricerca, alle strategie di trasferimento dei risultati nella pratica clinica. La partecipazione di figure provenienti da diversi ambiti – ricercatore, clinico, biostatistico, epidemiologo, manager – ha permesso un confronto costruttivo tra i diversi punti di vista coinvolti nella ricerca. In particolare: il prof. Rizzolatti, Neuroscienziato dell'Università di Parma scopritore del sistema dei neuroni specchio, ha presentato la realtà della ricerca di base e preclinica e il percorso da seguire affinché i risultati siano utili al paziente, con l'avvio di studi sull'uomo; la prof.ssa Valsecchi, Ordinario di Statistica Medica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano-Bicocca, si è occupata della esecuzione di sperimentazioni cliniche, e in particolare l'interpretazione dei risultati su cui si deve



fondare la pratica clinica; il prof. Altman, Docente di Statistica e cofondatore del Centre for Statistics in Medicine all'Università di Oxford, uno dei massimi esperti internazionali sul reporting di studi clinici, coautore di strumenti tra i quali il CONSORT Statement e lo STROBE (raccomandazioni metodologiche per la stesura di un articolo scientifico), ha presentato le modalità da seguire per arrivare alla pubblicazione dei risultati e per favorire la disseminazione delle conoscenze acquisite; il prof. Liberati, Professore associato di Statistica Medica all'Università di Modena e Reggio Emilia, Responsabile dell'Area Ricerca dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna e Direttore del centro Cochrane Italiano, ha affrontato il tema della promozione e sviluppo della ricerca nei servizi Sanitari; infine il prof. Gallo, Professore di Metodologia Epidemiologica Clinica presso la II Università di Napoli, ha trattato la relazione tra pratica e ideazione della ricerca, sottolineando la necessità che la ricerca debba essere progettata partendo dalle reali necessità e carenze riscontrate sul campo.

Il Convegno, aperto al pubblico e pubblicizzato sui media locali, ha visto una nutrita partecipazione (oltre 200 professionisti provenienti da diverse strutture, anche extraregione), ed è stato valutato positivamente da tutti i presenti, secondo il test di gradimento ECM.

Accessibilità alla 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:

- o accesso ai full text di circa 2500 riviste di valenza internazionale,
- o collegamento a PubMed con link diretti ai full text disponibili,
- o 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.

Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna

La maggior parte dei progetti ai quali l'Azienda ha partecipato nel 2008, sia in qualità di capofila, sia come unità partecipante, è frutto di collaborazione tra diverse Aziende sanitarie della Regione, 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).

Nella tabella 5 sono indicati i centri di ricerca con i quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha instaurato relazioni professionali per la realizzazione di 44 progetti finanziati con bandi pubblici (Ministero, Regione, Unione Europea) e avviati nel 2008; sono stati esclusi i progetti realizzati su richiesta da parte di enti profit, in quanto le relazioni tra i centri di ricerca non sono gestite direttamente dai professionisti.

Per un'analisi "qualitativa" delle relazioni intercorse, la tabella analizza i dati sia per fonte di finanziamento sia a seconda del ruolo svolto dalle Aziende nei rapporti con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Tabella 5 Progetti avviati nel 2008 in collaborazione con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Aziende della Regione		Progetti finanziati dalla Regione	Progetti finanziati dal Ministero	Spontanei	Totale
Capofila	AO-U di Bologna	4	1	4	9
	AO-U di Modena	6			6
	AUSL di Parma	4		1	5
	AO-U di Ferrara	3		2	5



Aziende della Regione		Progetti finanziati dalla Regione	Progetti finanziati dal Ministero	Spontanei	Totale
Unità Partecipante	AO Reggio Emilia	3		1	4
	AUSL di Piacenza	3		1	4
	AUSL di Modena	1		1	2
	AUSL di Forlì			1	1
	AUSL di Ravenna	1			1
	AUSL di Reggio Emilia	1			1
	AUSL di Rimini			1	1
AO-U di Modena	6	3	2	11	
AO-U di Bologna	6	2	2	10	
AUSL di Modena	7	2		9	
AO Reggio Emilia	5	3	1	9	
AUSL di Bologna	4	3	2	9	
AO-U di Ferrara	6		2	8	
AUSL di Ravenna	6		2	8	
AUSL di Piacenza	4	1		5	
AUSL di Reggio Emilia	5			5	
AUSL di Parma	2	2		4	
AUSL di Forlì	1	2	1	4	
AUSL di Cesena	3			3	
AUSL di Rimini	2		1	3	
AUSL di Imola	2			2	
Agenzia Sanitaria Regionale		1		1	
AUSL di Modena		1		1	
AUSL di Ferrara	1			1	
IRCCS Rizzoli	1			1	

Infine, da segnalare un esempio particolarmente positivo di esperienza di collaborazione si è avuto con il Master di II livello "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano" (vedi paragrafo "Attività di formazione del personale"), che ha visto il coinvolgimento di altre sei Aziende sanitarie regionali (AUSL di Parma, AOU e AUSL di Modena, AO e AUSL di Reggio-Emilia, AUSL di Piacenza), e del Comitato Etico Provinciale di Modena, fin dalla fase di progettazione: definizione programma didattico, individuazione docenti e tutor, stesura del bando e definizione dei criteri di ammissione, selezione candidati. Inoltre, la partecipazione di professionisti provenienti dalle diverse Aziende del S.S.R., sia tra i docenti, sia tra i discenti, ha rafforzato il rapporto di collaborazione, permesso lo scambio di esperienze e la costituzione di nuovi gruppi di ricerca interaziendali.

Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa anche a numerosi progetti in collaborazione attivate con enti e istituti di ricerca nazionali e internazionali. Nella tabella 6 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 dei progetti finanziati nel 2008 con bandi pubblici (Ministero, RER, Unione Europea). Sono stati esclusi i progetti realizzati su richiesta da parte di enti profit, in quanto le relazioni non sono gestite dai professionisti in modo diretto, ma su commissione.



Tabella 6 Progetti avviati nel 2008 in collaborazione con Centri di ricerca nazionali e internazionali

	Enti e Istituti di Ricerca Nazionali	Bandi pubblici	Spontanei	Totale
Capofila	Roma		4	4
	Bari		2	2
	Genova	1	1	2
	Milano		2	2
	Ancona		1	1
	Cagliari		1	1
	Chieti		1	1
	Firenze		1	1
	Napoli		1	1
	Palermo		1	1
	Pavia	1		1
	Pescara		1	1
	Pistoia		1	1
	Torino		1	1
	Verona		1	1
	Viterbo		1	1
Unità partecipante	Milano	5	17	22
	Roma	3	17	20
	Torino	8	10	18
	Napoli	1	9	10
	Genova	5	3	8
	Padova	4	4	8
	Bari	2	5	7
	Verona	4	3	7
	Palermo	3	3	6
	Perugia	3	3	6
	Bergamo	1	4	5
	Catania	3	2	5
	Ancona	2	2	4
	Chieti	2	2	4
	Cuneo	2	2	4
	Siena	2	2	4
	Varese	1	3	4
	Brescia	1	2	3
	Brindisi	2	1	3
	Cagliari		3	3
	Firenze		3	3
	Messina	1	2	3
	Novara	1	2	3
	Pavia	1	2	3
	Pisa		3	3
	Vicenza	2	1	3
	Campobasso	1	1	2
	Cremona	1	1	2
	Foggia		2	2
	Monza		2	2
Pescara	1	1	2	



	Enti e Istituti di Ricerca Nazionali	Bandi pubblici	Spontanei	Totale
Potenza		1	1	2
Prato		2		2
Udine			2	2
Vercelli		1	1	2
Alessandria			1	1
Aosta		1		1
Aquila		1		1
Pordenone			1	1
Belluno			1	1
Benevento			1	1
Bolzano			1	1
Caserta			1	1
Catanzaro			1	1
Cesena			1	1
Cosenza			1	1
Imperia			1	1
Ivrea		1		1
La Spezia		1		1
L'Aquila		1		1
Latina			1	1
Lecco		1		1
Mantova		1		1
Pistoia		1		1
Reggio di Calabria			1	1
Sassari			1	1
Teramo		1		1
Terni			1	1
Treviso			1	1

	Enti e Istituti di Ricerca Internazionali	Spontanei
Unità partecipante	Regno Unito	6
	Germania	3
	Belgio	3
	Danimarca	2
	Olanda	2
	Spagna	2
	Svizzera	2
	Canada	1
	Finlandia	1
	Francia	1
	Giappone	1
	Irlanda	1
	Israele	1
	Lussemburgo	1
	Macedonia	1
	Norvegia	1
	Portogallo	1



	Svezia	1
	Ungheria	1
	USA	1

Particolarmente rilevante e importante è la collaborazione instaurata con centri di ricerca europei, nell'ambito dei progetti finanziati con il **VII Programma Quadro**, lo strumento finanziario con il quale l'Unione Europea persegue i seguenti obiettivi in materia di ricerca e innovazione:

1. sostenere la cooperazione transnazionale all'interno della UE,
2. promuovere il dinamismo, la creatività e l'eccellenza della ricerca in Europa, riconoscendo la responsabilità e l'indipendenza dei ricercatori,
3. potenziare le risorse umane impiegate nella ricerca e tecnologia in Europa, dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

Sebbene i Programmi Quadro rappresentino una opportunità unica di ottenere considerevoli finanziamenti e di costruire network transnazionali, ottenere l'approvazione del progetto di studio è estremamente difficile, a causa della fortissima competitività e dei severissimi criteri di selezione (solo il 15% delle proposte viene effettivamente finanziato). I progetti devono, infatti, essere totalmente conformi ai requisiti dei bandi, che forniscono indicazioni rigide e precise sulle tematiche da affrontare, e devono coinvolgere centri di almeno tre Paesi diversi. La partecipazione a tre progetti europei, uno dei quali come centro di ricerca capofila, costituisce pertanto motivo di particolare orgoglio per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Di seguito vengono brevemente riassunti gli obiettivi perseguiti dai tre progetti finanziati dalla UE, e le collaborazioni instaurate per la realizzazione delle attività di ricerca previste:

NEOMARK

Il progetto NeoMark, coordinato dalla UO Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, intende sviluppare sistemi informatici di supporto ai clinici nella previsione del comportamento di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale, trattati chirurgicamente o con altre terapie e opportunamente seguiti con follow-up terapeutico; lo scopo è individuare le metodiche di cura più efficaci a seconda delle diverse categorie di soggetti e in base alla gravità-tipologia dei tumori, tali da minimizzare la percentuale di recidiva.

Tabella 7 Progetto NeoMark: collaborazioni con Aziende/Istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Organization Name	Participant Short Name	Country
1	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	HND	Italy
2	Fraunhofer Gesellschaft Zur Foerderung der Angewandten Forschung E.V.	FRAUNHOFER	Germany
3	STMicroelectronics S.R.L.	STM	Italy
4	Fundacion MD Anderson International Espana	MDA	Spain
5	Link Consulting - Tecnologias de Informaçao S.A.	LINK	Portugal
6	Universidad Politécnica de Madrid	UPM	Spain
7	MultiMed S.r.l.	MMED	Italy
8	Panepistimio Ioanninon	UOI	Greece
9	Planet AE.	PLANET	Greece

METABO

Lo studio, coordinato dalla Medtronic (Spagna), ha lo scopo di costruire una piattaforma generale, da utilizzarsi sia in un setting clinico, sia nella vita quotidiana, per il continuo monitoraggio multiparametrico dello status metabolico in pazienti affetti, o a rischio di diabete e patologie metaboliche associate.

I parametri monitorati, oltre a quelli "tradizionali" clinici e biomedici, includono anche informazioni su concentrazione subcutanea di glucosio, dieta, attività fisica e consumo energetico, effetti di terapie in corso, reazioni autonome.

Le informazioni prodotte da METABO saranno integrate con i dati clinici e anamnestici dei pazienti e utilizzati al fine di:

1. realizzare un modello dinamico del comportamento metabolico individuale del paziente, che permetta di prevedere l'influenza e relativo impatto di terapie specifiche e di singoli parametri sul livello di glucosio;



2. costruire piani di assistenza personalizzati integrati nei processi clinici in atto, favorendo la collaborazione fra le diverse figure coinvolte nell'assistenza primaria e secondaria e promuovendo il ruolo attivo del paziente.

Tabella 8 Progetto METABO in collaborazione con Aziende/Istituti Unione Europea

Beneficiary Number	Beneficiary Legal Name	Alias	Beneficiary Short Name	Country
1	Medtronic Iberica Spagna	MEDTRONIC SPAIN	MEDTRONIC	Spain
2	IDS Scheer CR, S.R.O	IDS Scheer	IDS	Czech Republic
3	Kuopion Yliopisto	University of Kuopio	IUKU	Finland
4	Mega Electronics LTD	Mega Electronics	MEGA	Finland
5	Microdata Advanced Technology SA	Microdata	MICRODATA	Greece
6	University of Patras	-	UOP	Greece
7	Medmark LTD	Medmark	MEDMARK	Slovakia
8	Ferrari S.p.A. Esercizio Fabbriche Automobili e Corse	Ferrari Innovation	FERRARI	Italy
9	Universitaet Augsburg	University of Augsburg	UAU	Germany
10	D.D. Synergy Hellas Anonymi Emporiki Etaireia Parochis Ypiresion Pliroforikis	DD Synergy	DDS	Greece
11	ORT France	ORT	ORT	France
12	Univerzita Karlova V Praze	Charles University	UK	Czech Republic
13	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	AOU of PARMA	PRM	Italy
14	Hospital Clinico San Carlos	-	HCSC	Spain
15	Sword Technologies SA	Sword	SWORD	Luxembourg
16	R&S info S.r.l	R&S INFO	R&S	Italy
17	World Match Limited	World Match	WM	Malta
18	Universidad Politecnica de Madrid	University of Madrid	UPM	Spain
19	Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	AUSL of Modena	AUSLM	Italy
20	Universidad Politecnica de Valencia	University of Valencia	UPVLC	Spain
21	Institute of Communication and Computer System - National Technical Univeristy of Athens	National Technical Univeristy of Athens	ICCS-NTUA	Greece
22	S.A.T.E. - systems and Advanced Technologies Engineering S.R.L.	Sate	SATE	Italy

BIOSCENT

Il **tissue engineering** è una strategia per la cura delle malattie vascolari, che consiste nella sostituzione di funzioni di tessuti o organi con materiale contenente specifiche popolazioni di cellule. Il progetto, coordinato dall'Università di Pisa, ha l'obiettivo di sviluppare scaffold bioattivi innovativi capaci di guidare la formazione di tessuti partendo da cellule dissociate, per la creazione di protesi cardiovascolari autologhe, comprendenti tessuto vascolare, valvole cardiache e muscolo cardiaco.

Tabella 9 Progetto BIOSCENT: in collaborazione con Aziende/Istituti dell'Unione Europea

Participant number	Participant short name	Beneficiaries	Country
1	UNUPI	UNIVERSITÀ DI PISA	Italy



Participant number	Participant short name	Beneficiaries	Country
2	CzAS	USTAV EXPERIMENTALNI MEDICINY AKADEMIE VED CESKE REPUBLIKY VEREJNA VYZKUMNA INSTITUCE	Czech Republic
3	ImpC	IMPERIAL COLLEGE OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND MEDICINE	UK
4	PPI	INSTITUTUL DE CHIMIE MACROMOLECULARA PETRU PONI	Czech Republic
5	PERA	PERA INNOVATION LIMITED	Germany
6	UniMA	THE UNIVERSITY OF MANCHESTER	UK
7	PolITO	POLITECNICO DI TORINO	Italy
8	MHH	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER	Germany
9	HubL	KONINKLIJKE NEDERLANDSE AKADEMIE VAN WETENSCHAPPEN - KNAW	The Netherlands
10	UniPAR	UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA	Italy
11	IMM	IMM RECHERCHE SAS	France
12	SORIN	SORIN BIOMEDICA CARDIO S.R.L.	Italy
13	CHEM	CHEMPILOTS A/S	Denmark
14	CRB	CAMBRIDGE RESEARCH BIOCHEMICALS	UK
15	IBT	GmbH IBT - IMMUNOLOGICAL AND BIOCHEMICALTESTSYSTEMS GMBH	Germany

[Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione](#)

Le Linee di Programmazione regionali 2008 sottolineano come il processo di innovazione non si limiti all'adozione di tecnologie, ma debba comprendere anche attività volte ad introdurre cambiamenti nei contesti clinico-assistenziali, sul piano della organizzazione dei servizi, dei ruoli professionali, dei percorsi e dei processi assistenziali dei pazienti. Tra le diverse iniziative di questo tipo che la Regione riconosce e valorizza, assumono particolare rilevanza i programmi volti a favorire la diffusione delle innovazioni attraverso la creazione o il consolidamento di network professionali. In quest'ottica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attribuisce da molti anni una fondamentale importanza alla collaborazione multidisciplinare e interprofessionale di cui costituisce testimonianza 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. Complessivamente, dal 2000 ad oggi sono stati realizzati 15 PDT, coinvolti circa 200 professionisti di 40 Unità operative diverse e trattati oltre 7000 pazienti l'anno. Per ciascun PDT è stato individuato un set minimo di indicatori di qualità, tratto dalla letteratura e sostenuto da evidenze scientifiche, monitorato prospetticamente per misurarne l'adesione. 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 traduzione in quesiti di ricerca dei problemi conoscitivi realmente presenti nella pratica corrente. Per il dettaglio dell'attività svolta si rimanda al capitolo 3, paragrafo sulla *Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale*.



6.3 Garanzie di trasparenza

Anagrafe della Ricerca

Per favorire l'attività di ricerca aziendale e renderla il più possibile utile alla pratica clinica, è necessario disporre di una visione unitaria delle iniziative progettuali in atto, che permetta di individuare le aree di maggiore interesse aziendale, creare le basi per una maggiore sinergia nella programmazione dei progetti e acquisire informazioni utili al Collegio di Direzione nell'esercizio della propria funzione di promozione dell'attività di ricerca e formazione. A tal scopo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha aderito a 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 in corso nelle Aziende della Regione Emilia-Romagna, che successivamente verrà integrato con informazioni relative alle pubblicazioni scientifiche. Nel 2008 si è conclusa la fase pilota del progetto, che ha richiesto il test dell'applicativo web per l'inserimento dei protocolli. Nella nostra Azienda, il lavoro è stato effettuato da un team di 8 clinici di un Dipartimento, scelto per la considerevole attività di ricerca, che hanno aderito all'iniziativa fornendo indicazioni utili su potenzialità e problematiche del sistema di rilevazione. In questa fase si sono analizzati i possibili modelli organizzativi per realizzare la raccolta tempestiva ed accurata delle informazioni a livello aziendale; diversi modelli sono stati analizzati, a partire da un modello totalmente centralizzato, in cui un operatore appositamente formato inseriva tutti i protocolli nel database, fino a un modello completamente decentrato, in cui a ciascun professionista è permesso inserire i propri progetti. L'esame dei vantaggi e degli svantaggi di ciascun approccio hanno portato a ideare una soluzione intermedia, denominata "decentramento calibrato", che prevede l'individuazione di un referente della ricerca per ciascun Dipartimento, e ove indicato di un referente di Unità Operativa (nel caso di UO con un elevato numero di progetti). La validazione delle informazioni rimane tuttavia un compito della Struttura Ricerca e Innovazione, che dovrà mettere in atto modalità di controllo al fine di assicurare la qualità delle informazioni, anche coinvolgendo e motivando i professionisti direttamente interessati allo studio, e allo stesso tempo assicurando il supporto necessario all'inserimento dei dati a valenza scientifica ed economica.

In attesa che il progetto regionale *Anagrafe della Ricerca* entri nella fase operativa, per il secondo anno la Struttura Ricerca e Innovazione ha realizzato un report annuale sulla ricerca (modificato rispetto all'anno precedente, riprodotto in prototipo di seguito), includendo, oltre ai progetti in atto nel 2008, anche le pubblicazioni scientifiche realizzate nel 2007 e nel 2008, con 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.

In base alla passata esperienza, per il 2008 si è preferito eseguire la ricerca sulla banca dati ISI, in luogo di PubMed, in quanto permette di estrarre lavori a seconda delle afferenze di tutti gli autori, e non solo del primo, come avviene invece in PubMed.

Relativamente ai progetti in atto, le informazioni sono state desunte in maniera retrospettiva da diversi sistemi informativi (documentazione del Comitato Etico Unico della provincia di Parma, delibere e comunicazioni ufficiali ministeriali e regionali).

Poiché la strategia, pur se migliorata rispetto all'anno precedente, presentava ancora i limiti delle rilevazioni retrospettive, una prima versione del report è stata trasmessa a tutti i Direttori di Dipartimento/Unità Operativa e ai Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, per ottenere la conferma del contenuto o ricevere rettifiche, al fine di garantire l'accuratezza dei dati contenuti nella versione finale del report, che saranno anche utilizzati nel processo di budget, fornendo la base per una discussione proficua, in particolare fra clinici e amministratori, sull'attività assistenziale con quella di ricerca.



ATTIVITA' DI RICERCA CLINICA PER DIPARTIMENTO E UNITÀ OPERATIVA

	Pubblicazioni censite ISI		Impact Factor						Abstract Censiti ISI	
			Grezzo		Medio		Normalizzato			
	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2007
U.O.										
TOTALE DIPARTIMENTO										

DIPARTIMENTO			Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti			Titolo
Progetti finanziati con bandi della Regione Emilia Romagna (approvati con Delibera di Giunta Regionale il 27-12-2007)	Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009	Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					
	Progetti di modernizzazione 2007	Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					
DIPARTIMENTO			Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti			Titolo
Progetti finanziati con bandi del Ministero della Salute e dell'Università (approvati nel 2007)	Ricerca Finalizzata	Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					
	AIFA	Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					
DIPARTIMENTO			Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti			Titolo
Progetti finanziati con bandi dell'Unione Europea		Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					
DIPARTIMENTO			Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti			Titolo
Progetti finanziati con fondi pubblici (approvati dal Comitato Etico Unico nel 2008)	Studi spontanei	Studi monocentrici					
		Studi multicentrici					



DIPARTIMENTO		Centro di coordinamento	Unità di Ricerca Partecipanti	Titolo
Progetti finanziati con fondi privati (<i>approvati dal Comitato Etico Unico nel 2008</i>)	Azienda farmaceutica	Studi monocentrici		
		Studi multicentrici		
	Associazione scientifica e Istituti di Ricerca	Studi monocentrici		
		Studi multicentrici		

Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori pubblici e privati

Al fine di consentire la conoscenza diffusa delle attività di ricerca e l'uso trasparente delle risorse economiche destinate ai progetti di ricerca, è stato definito l'iter aziendale per la presentazione e approvazione dei progetti, descritto nel vademecum, che prevede la compilazione da parte del Responsabile scientifico di un modulo standard per l'analisi dei costi e per la verifica della congruità della copertura economica a livello aziendale. Tale modulo, sottoscritto dal Responsabile Scientifico, dal Direttore di Dipartimento e di UO, viene inoltrato insieme al protocollo al Comitato Etico, o direttamente alla Struttura Ricerca e Innovazione per progetti che non necessitano del parere del CE. Il modulo per l'analisi dei costi viene allegato all'Atto di Officializzazione dello studio, che autorizza l'avvio dello studio in conformità al protocollo di studio.

Il vademecum stabilisce inoltre l'iter da seguire per la rendicontazione dei finanziamenti (utilizzo dei fondi e eventuale richiesta di variazioni in itinere). In base al vademecum, il responsabile del progetto deve inoltrare una richiesta scritta al Servizio aziendale interessato (Economato, Servizio Personale, Gruppo Valutazione Tecnologie Sanitarie) citando l'atto di riferimento di attivazione del progetto e relativa commessa. Entro una settimana dall'invio della richiesta, il richiedente riceverà una risposta scritta contenente l'autorizzazione dell'acquisto, o le ragioni per il rifiuto.

Relativamente alla verifica dello stato di avanzamento dei progetti di ricerca avviati nel nostro ospedale, nel corso del 2008 è stata per la prima volta avviata una modalità sistematica di rendicontazione delle attività e delle risorse economiche utilizzate, relativa ai progetti finanziati con bandi pubblici (regionali e ministeriali); a tale scopo è stato "sperimentato" dalla Struttura Ricerca e Innovazione un modulo contenente un set minimo di informazioni, indispensabili a comprendere il grado di realizzazione e di adesione al piano scientifico ed economico del protocollo di studio. La cadenza della trasmissione è annuale (per progetti pluriennali) e a conclusione dello studio.

La modalità di verifica sarà ampliata e perfezionata nel corso del 2009, dopo l'avvio dell'*Anagrafe della Ricerca*, che prevede la registrazione prospettica di un set di dati su tutti i progetti di ricerca in corso nelle Aziende della Regione Emilia-Romagna attivati da gennaio.

Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Nel 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, implementato nel 2008. Il sito è uno 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.

Dalla fine del 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 2007 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 2000-2007; complessivamente le sperimentazioni sono state 367 (pari al 7,3% degli studi nazionali), di cui nel 14% dei casi Parma risulta essere centro di coordinamento.

Tabella 10 Sperimentazioni cliniche su farmaci per Provincia

Provincia	2000 - 2007					
	SC	% su tot. SC -4.999	Strutture Coinvolte	N. Medio SC per Struttura	SC Coord.	% SC coord. / totali
1 Milano	2.267	45,3	57	66	1.046	46,1
2 Roma	1.872	37,4	67	48	576	30,8
3 Genova	1.128	22,6	17	78	318	28,2
4 Bologna	1.115	22,3	16	76	382	34,3
5 Torino	1.098	22,0	38	37	231	21,0
6 Pavia	903	18,1	15	67	295	32,7
7 Napoli	898	18,0	35	36	134	14,9
8 Firenze	763	15,3	16	55	86	11,3
9 Padova	751	15,0	18	45	139	18,5
10 Bari	682	13,6	30	26	94	13,8
11 Pisa	677	13,5	9	78	219	32,4
12 Perugia	607	12,1	20	37	150	24,7
13 Modena	591	11,8	11	59	107	18,1
14 Palermo	584	11,7	19	39	33	5,7
15 Catania	521	10,4	20	31	47	9,0
16 Udine	517	10,3	11	51	78	15,0
17 Brescia	491	9,8	23	24	63	12,8
18 Siena	470	9,4	7	71	138	29,4
19 Ancona	461	9,2	14	37	65	14,1
20 Verona	460	9,2	20	25	78	17,0
21 Bergamo	450	9,0	13	39	80	17,8
22 Cagliari	414	8,3	11	43	23	5,6
23 Varese	395	7,9	12	40	18	4,6
24 Parma	367	7,3	5	77	52	14,2



25	Reggio Emilia	326	6,5	7	50	34	10,4
26	Ferrara	321	6,4	9	37	24	7,5
27	Sassari	308	6,2	9	38	14	4,6
28	Chieti	292	5,8	9	35	69	23,6
29	Foggia	289	5,8	11	29	16	5,5
30	Messina	274	5,5	11	29	8	2,9

*Nota: sono riportate le prime 30 voci sedi di sperimentazione

Considerando singolarmente le strutture sanitarie che effettuano ricerca clinica in provincia di Parma (tabella 11), si rileva che l'Azienda ha attuato nel medesimo periodo il 64% delle sperimentazioni, più del doppio rispetto all'Università. Infine, l'analisi per reparto di afferenza dello sperimentatore (tabella 12) consente di confermare quanto peraltro già noto a livello nazionale/internazionale, che la maggior quota di attività è ad appannaggio di tre discipline: quella oncologica (40% di tutte le sperimentazioni dell'AOU di Parma), seguita dalle malattie infettive (9%) e dalla cardiologica (7%).

Tabella 11 Sperimentazioni cliniche per struttura - provincia di Parma

Struttura	2000 - 2007		
	SC	% su Regione	% su Provincia
Provincia di Parma	367	18,2	100
AOU di Parma	233	11,6	63,5
Università di Parma	100	5	27,2
AUSL di Parma	51	2,5	13,9

*Nota: lo stesso progetto può essere stato realizzato in più strutture della provincia

Tabella 12 Sperimentazioni cliniche per reparto dell'AOU di Parma

Struttura e Reparto	2000 - 2007	
	SC	% su Struttura
AOU di Parma	233	100,0
Oncologia Medica	96	41,2
Malattie Infettive	21	9,0
Cardiologia	17	7,3
Medicina Interna	14	6,0
Anestesia e Rianimazione	9	3,9
Gastroenterologia	8	3,4
Diabetologia	7	3,0
Nefrologia	7	3,0
Urologia	6	2,6
Neurologia	5	2,2
Pneumologia	5	2,2
Ematologia	4	1,7
Reumatologia	3	1,3
Pediatria	3	1,3
Chirurgia Generale	2	0,9
Oncoematologia	2	0,9
Psichiatria	2	0,9
Neonatologia	1	0,4
Oftalmologia	1	0,4
Altri	20	8,6



6. Governo della ricerca e innovazione

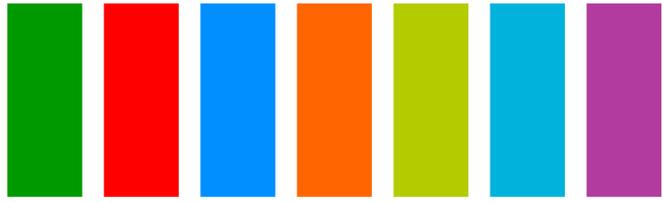
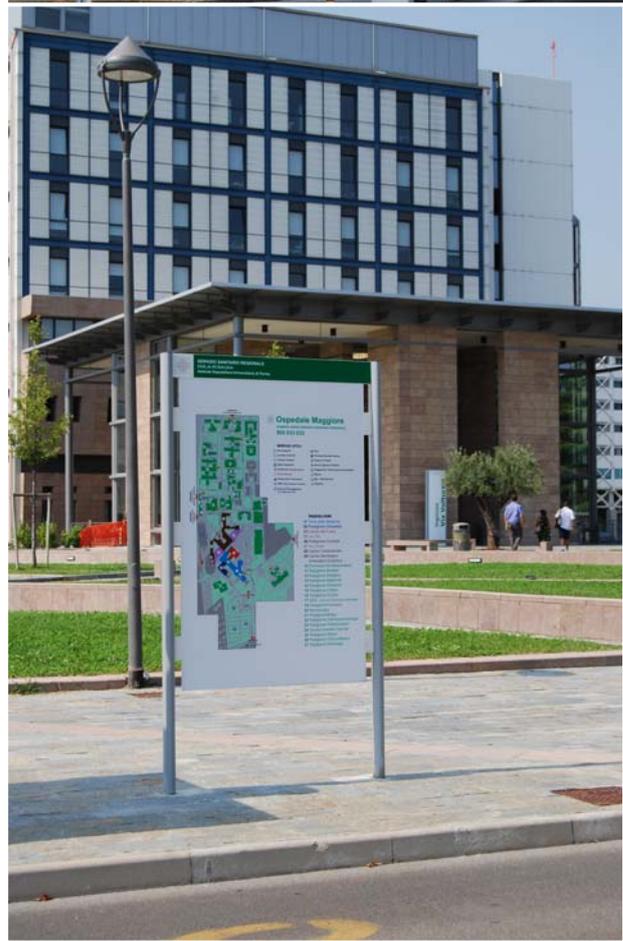
7

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.

- Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale
- Il nuovo Pronto Soccorso
- Innovazioni/progettualità in ostetricia e ginecologia
- La nuova segnaletica dell'area ospedaliera







Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La selezione di alcuni specifici obiettivi di particolare rilevanza istituzionale porta in primo piano anche per il 2008 la crescita del Nuovo Ospedale di Parma, non solo nei suoi aspetti strutturali in buona parte concretizzati.

Il nuovo progetto dell'Ospedale di Parma nasce con l'obiettivo di assicurare la qualità dell'ambiente nel suo complesso mediante un insieme articolato di interventi, realizzati secondo un approccio di progettazione che integra gli aspetti funzionali, strutturali, impiantistici, ambientali e sociali e supera la vecchia concezione della struttura a padiglioni.

In questa logica, il complesso del progetto del Nuovo Ospedale apre una finestra di ascolto e enfaticizzazione della dimensione relazionale. Ne è fulcro e testimonianza l'edificio di ingresso in via Volturmo, elemento di raccordo funzionale e logistico delle varie parti del Nuovo Ospedale e simbolo di un approccio di umanizzazione che si propone fin da subito a chi vi accede come elemento di valorizzazione di una nuova etica del prendersi cura.

Qui si instaura la prima comunicazione con chi arriva: è questo il senso della planimetria generale che, esposta al pubblico anche negli altri due ingressi all'Ospedale (via Gramsci e via Abbeveratoia), stabilisce la volontà di comunicazione e orientamento indirizzata all'utente dalla Direzione dell'Azienda, e anticipa i percorsi interni strutturati con la segnaletica, messa in posa nel corso del 2008, a integrare e completare le singole parti architettoniche.

Sempre qui, nella "sala azzurra", dal settembre 2008, è stato aperto uno dei tre spazi espositivi permanenti, a rimarcare l'importanza delle arti figurative nel recupero della dimensione umana e delle relazioni nella funzione di cura (il progetto Arte in Ospedale è illustrato nel paragrafo *Impatto sul contesto territoriale* del capitolo 2 del presente volume).

Edificio autonomo, con funzione di soglia, che segna il passaggio dallo spazio esterno a quello interno, l'ingresso di via Volturmo sottolinea l'accesso alla nuova comunità. Organizzato per questa importante funzione, oltre che per il raccordo con l'insieme degli edifici che ospitano le funzioni di diagnosi e cura, si apre al visitatore con un'ampia zona di accoglienza e punto di informazione. Il vasto spazio verde antistante conferisce una dimensione umana all'impatto sulle persone che arrivano dall'esterno. Infine, l'estetica particolarmente curata dell'edificio e la luce naturale che filtra all'interno sottolineano la funzione dell'accogliere.

Nell'insieme della realizzazione, dunque, proprio l'elevato impatto tecnologico del Nuovo Ospedale richiama l'esigenza di uno spazio terapeutico di umanizzazione, teso a recuperare la percezione della fiducia e a trasmettere un senso di sicurezza.

Nell'avanzamento del piano complessivo, il 2008 ha visto nascere anche il progetto del nuovo Pronto Soccorso, cuore del generale ammodernamento funzionale e tecnologico, e il completamento della rifunionalizzazione di alcune parti del Poliblocco che, con la piastra tecnica, ospita la gran parte della dotazione tecnologica dell'intero Ospedale al servizio dei reparti di alta specializzazione.

Nello stesso anno, si sono avviati importanti progetti organizzativi, tra i quali quelli in area ostetrico-ginecologica volti ad assicurare la tutela della salute della donna e della buona nascita.

7.1 Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale

Il Nuovo Ospedale di Parma è un percorso in atto. L'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, prevede il superamento della divisione in padiglioni per realizzare strutture con pochi, grandi poli che raccoglieranno e integreranno attività vicine e complementari.

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 (al quale è dedicato un paragrafo nel presente capitolo), l'Ospedale dei Bambini, il completamento della ristrutturazione del Padiglione Barbieri, il IV lotto della Piastra Tecnica, che ospiterà le Unità Operative attualmente collocate nel Padiglione "Nefrologia" di proprietà Universitaria, la nuova centrale dei gas medicali, il polo delle Psichiatrie.



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 2008. 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.

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.

Nel corso dell'anno è stata realizzata l'attivazione delle procedure di affidamento per la realizzazione del nuovo edificio denominato "Piastra IV lotto" (parte del Poliblocco), l'attivazione delle procedure di affidamento per la rifunzionalizzazione del Padiglione "Barbieri", lo studio di fattibilità per la nuova struttura di accesso e orientamento, lo studio per la riqualificazione degli spazi del 7° piano Torre Medicine per ospitare le U.O. di Ematologia e CTMO, il progetto per la ricollocazione dell'U.O. di Medicina Nucleare, lo studio per il trasferimento degli studi medici di Oculistica, Anestesia e Otorino e quello dell'U.O. di Oculistica.

L'Ospedale Polispecialistico o Poliblocco

È stata completata la rifunzionalizzazione di alcune parti del Padiglione Centrale (già Monoblocco) che costituiva l'edificio originale attorno al quale si è sviluppato il Poliblocco. È stato completato il progetto ed è stata attivata la gara per la realizzazione del nuovo accesso al Padiglione Centrale. I lavori consentiranno di accedere agevolmente, tramite un corpo scale e due ascensori al 2° piano del Padiglione Centrale raggiungendo così il percorso che porta alla "Cappella Padre Pio" e alla Galleria dell'Accoglienza dove trova posto un bar caffetteria. Il nuovo percorso si inserisce nel percorso esistente che 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. All'interno del progetto è stata prevista anche la realizzazione di un giardino pensile per i degenti dell'U.O. di Neurochirurgia.

Nel 2008 è stata poi completata l'occupazione dell'Ala Est con l'attivazione al 5° piano delle degenze di Oculistica e il trasferimento provvisorio all'8° piano dell'unità operativa di Oncoematologia Pediatrica.

L'Ospedale dei Bambini

L'Ospedale dei Bambini è la sede delle funzioni dedicate alla donna, alla nascita, crescita e sviluppo del bambino. L'intervento è suddiviso in due fasi: la prima che è in corso e che ha visto la demolizione di una porzione del Padiglione Pediatria e l'attivazione, nel mese di ottobre 2008, del cantiere per la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica, denominato "ospedale di notte"; la seconda che prevede la demolizione completa del Padiglione Pediatria e la realizzazione di un ulteriore corpo di fabbrica che conterrà la parte ambulatoriale delle funzioni pediatriche e le attività di ostetricia e ginecologia.

La fine dei lavori della prima fase dell'intervento è prevista per aprile 2011. Entro il 2008 saranno completate le attività di scavo e avviate significativamente le opere strutturali profonde di fondazione (paratie e pali).

Entro la primavera 2009 saranno completate tutte le opere di fondazione e si potrà dare l'avvio alla realizzazione dell'intera struttura in elevazione, che sarà a sua volta completata entro la primavera 2010. Sempre all'inizio del 2010 si procederà alla realizzazione dei tamponamenti esterni, alla posa delle infrastrutture impiantistiche di distribuzione, alle distribuzioni interne, alla formazione dei sottofondi e alle opere di isolamento e di impermeabilizzazione. Nella seconda metà del 2010 si realizzeranno le opere di finitura interna: pavimenti, rivestimenti, controsoffittature, nonché la posa dei serramenti esterni e interni e della struttura di facciata esterna, nonché il completamento degli impianti meccanici, elettrici, dati e speciali. Le fasi finali di costruzione prevedono l'installazione delle attrezzature elettromedicali e degli arredi sanitari fissi e mobili, ed il completamento delle sistemazioni esterne.

Riqualificazione sale parto

Inoltre, nel 2008 sono iniziati i lavori per la riqualificazione delle sale parto la cui fine è prevista per l'estate del 2009. La riqualificazione prevede di superare l'attuale configurazione a box per passare a vere e proprie stanze di degenza dotate di bagno. I nuovi locali saranno dotati di impianto di ricambio aria e climatizzazione estiva ed invernale oltre che di tutte le attrezzature necessarie per supportare il parto naturale (cfr. la sezione dedicata al Centro Nascita in questo capitolo).



L'Ospedale della Riabilitazione

La collocazione dell'Ospedale della Riabilitazione è prevista all'interno del Padiglione "Barbieri" dopo la sua completa rifunzionalizzazione. Il Padiglione è destinato a contenere le strutture di Pneumologia, di Lungodegenza e di Riabilitazione (il percorso riabilitativo completo dalla fase degenziale intensiva ed estensiva fino alla fase ambulatoriale). Per il completamento della rifunzionalizzazione di tutto lo stabile sono stati concessi i finanziamenti statali ex art. 20 e sono in corso le procedure di affidamento dei lavori che si concluderanno nel 2009 in modo da ipotizzare la fine dei lavori per l'autunno del 2011.

Il Polo per l'assistenza psichiatrica in fase acuta

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, che prevede nel 2009 l'inserimento dell'U.O. di Psichiatria nel Dipartimento di Salute Mentale della stessa. 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'edificio Ugolino.

Il Polo dei Laboratori

La strategia perseguita è quella di superare l'attuale frazionamento dell'attività svolta in più sedi realizzando un contenitore per tutte le funzioni di laboratorio, allineando così la struttura alle più recenti realizzazioni nazionali e internazionali. Unica eccezione sono le attività legate alla Farmacia che rimarranno localizzate nell'omonimo padiglione presso il quale, nel corso del 2008, è stato attivato il laboratorio per la preparazione degli antiblastici (UMACA - cfr. il capitolo 3 del presente volume) e quello per la preparazione dei galenici.

7.2 Il nuovo Pronto soccorso

Il progetto complessivo del Nuovo Ospedale di Parma vede nella realizzazione del nuovo Pronto Soccorso il cuore del generale ammodernamento funzionale e tecnologico nel suo complesso.

La struttura prevista dal progetto (e riprodotta sottoforma di elaborazione in copertina) è essa stessa espressione della tecnologia più avanzata: coniuga spazio e materiali per dare forma a un'architettura innovativa che cambierà l'immagine dell'intero Ospedale, del quartiere e della città.

La forma a navicella spaziale, ovale e allungata, proietta l'intero complesso verso un'idea di futuro, valorizzando l'insieme degli edifici che costituiscono il Nuovo Ospedale di Parma. Essa inoltre potenzia l'immagine di efficienza e qualità e rinnova l'idea del soccorso sottolineando la funzione di accoglienza che la struttura è chiamata ad assicurare.

Il profilo del nuovo Pronto Soccorso è plasmato, con una importante funzione di raccordo, sulle strutture preesistenti e interessate o connesse agli interventi di assistenza in urgenza. Il progetto, dunque, attribuisce all'edificio non più il solo ruolo di involucro della struttura assistenziale ma un ruolo di organizzazione delle relazioni funzionali interne dedicate all'emergenza, di cui diventa espressione. La sua collocazione è stata individuata nella stessa area della struttura preesistente, lungo via Abbeveratoia, con accesso rialzato rispetto al piano stradale per permettere la creazione di un livello sottostante in cui situare gli impianti tecnici e di servizio e di sosta delle ambulanze e dei mezzi di servizio.

L'assistenza alla persona nelle condizioni, spesso avverse, di emergenza e urgenza, è alla base dello studio complessivo, nelle sue parti di architettura e organizzazione. Esso ha seguito dunque un approccio di progettazione integrata che include gli aspetti funzionali, strutturali, impiantistici - il livello tecnologico della struttura è molto alto - e sociali che insieme concorrono a determinare la qualità ambientale complessiva. Per questo il progetto favorisce il rapporto di comunicazione tra la struttura e la persona nel particolare momento di bisogno di cura, a partire dalla scelta dei materiali, dal dosaggio dei colori (per facilitare l'orientamento nei percorsi e nella distribuzione delle attività dei professionisti), per arrivare al sistema di illuminazione: tutti elementi che, insieme, concorrono alla creazione di ambienti che si allontanano dagli schemi ospedalieri istituzionali e recuperano una dimensione di umanizzazione.

L'accesso: la camera calda e l'ingresso per il pubblico

L'ingresso delle ambulanze e delle auto private alla camera calda è previsto con un percorso di facile accesso e dotato di una via immediata di allontanamento per favorire la comunicazione rapida dalla viabilità urbana - via Abbeveratoia - e il deflusso dall'area di emergenza. I pazienti già definiti come codici rossi raggiungeranno direttamente la zona di trattamento.



L'entrata per il pubblico accompagnerà direttamente all'accettazione e alla zona di attesa, quest'ultima dotata di un'area dedicata ai bambini, sulla quale si affacceranno le stanze riservate ai colloqui, ampliate e illuminate in modo naturale, oltre che dotate di accesso retrostante riservato agli operatori. Caratterizzata da un forte passaggio di luce naturale, questa zona marcherà anche l'accesso agli ambulatori per i pazienti deambulanti, e accompagnerà al percorso di collegamento col padiglione centrale (ex Monoblocco), attribuendo alla sagoma della nuova struttura questa funzione di raccordo. Fin dal primo impatto, dunque, la compagine a forma di guscio che sorgerà su via Abbeveratoia invita a sottolineare l'importanza dei percorsi funzionali, la centralità della persona e delle condizioni di fragilità o ansia che caratterizzano l'accesso all'emergenza sanitaria.



Le immagini qui riprodotte si riferiscono alla elaborazione del progetto al 22.6.09

L'accesso alle funzioni di triage

I meccanismi di funzionamento di quest'area sono stati studiati in modo approfondito nella consapevolezza che l'ottimizzazione del funzionamento di un Pronto Soccorso dipenda in larga misura dall'efficacia delle funzioni di triage, che assume, proprio per questo, una posizione di baricentro all'interno del progetto. Dalla zona di attesa si accede al Pronto soccorso attraverso il triage dove avrà luogo la prima visita di soccorso. La posizione dell'infermiere è prevista in prossimità della camera calda, con una prospettiva di visione su tutti gli accessi.

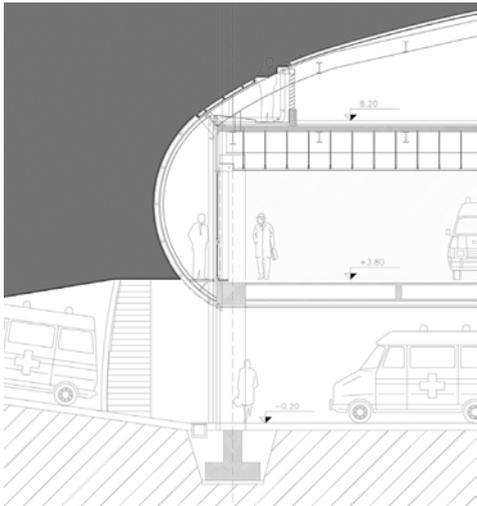
Area per gli interventi di elevata priorità, ad alta intensità di cura

Questa rappresenta il nucleo centrale dell'intera compagine architettonica, la quale ospita la funzione cardine attorno a cui si snoda l'intera organizzazione dell'emergenza. Quattro postazioni di shock room, di cui una allestita con dotazione pediatrica, e quattro box di intervento per codici rossi non traumatici si avvicendano lungo la linea curva che racchiude quest'area. Le postazioni collocate in questo spazio, definito di alta priorità, saranno tutte mantenute sotto lo stretto controllo degli operatori, attraverso un sofisticato sistema di monitoraggio.

Area interventi di media priorità

L'altra parte del corpo centrale dell'edificio sarà occupata da 18 box per i codici verdi e gialli in barella: i box saranno disposti in due emicicli, afferenti ad un banco di lavoro centrale dove confluiranno le informazioni del monitoraggio. Entrambe le aree saranno sottoposte al controllo continuo da parte degli operatori. A fianco di questa zona, sarà allestito uno spazio per le attività di supporto e per i pazienti in barella.





Le forme curve

La sinuosità delle linee curve costituisce nel progetto del nuovo Pronto Soccorso la soluzione architettonica che consente l'edificazione di una struttura di elevata tecnologia in un'area già fittamente costruita. Utilizzate anche all'interno, grazie alla duttilità del cartongesso, le linee curve agevolano gli spostamenti dei pazienti in barella: inoltre consentono lo sfruttamento di una zona di servizio per i percorsi di ispezione, manutenzione e pulizia. Gli spazi interni ne traggono giovamento risultando più gradevoli alla vista e superando il rigido effetto corridoio.

I dati tecnici

Pronto soccorso			
Pianta piano zero	2.800 mq	vani tecnici per impianti e vani di servizio area di sosta per le ambulanze	
Pianta piano primo	2.800 mq	piano funzionale	
		codici verdi e gialli	18 posti letto di cui 2 di isolamento infettivologico e/o tossicologico
		codici rossi	4 posti letto + 4 nella shock room

Il via ai lavori

Il progetto del nuovo Pronto Soccorso di Parma è approvato alla Giunta del Comune di Parma il 6 febbraio 2008, per il via ai lavori e il permesso a costruire. Le operazioni propedeutiche al cantiere sono iniziate nella primavera del 2007, come riportato nel Bilancio di Missione 2007. Il completamento dell'area codici rossi, gialli e verdi è previsto per l'autunno 2009, mentre il completamento dell'area di attesa e dei codici bianchi è previsto per la primavera 2010.

7.3 Innovazioni/progettualità in ostetricia e ginecologia

Il Centro Nascita

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha istituito la Struttura Semplice di Unità Operativa denominata "Percorso – Centro Nascita" afferente all'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, al fine di facilitare l'applicazione della L.R. 26/1998 sull'umanizzazione del parto.

L'obiettivo strategico di tale scelta organizzativa è appunto quello di facilitare l'applicazione della L.R. 26/1998 attraverso l'implementazione della progettualità e delle azioni previste nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001, nel P.O.M.I. e ribadite nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010. Peraltro tale modello organizzativo consente di dare ampia risposta ai contenuti della recente Direttiva alle Aziende Sanitarie (D.R.G. n. 533 del 21.04.08). L'attenzione è posta al tema dell'assistenza di qualità alla gravidanza, al puerperio, alla cura del neonato con raccomandazioni cliniche e azioni di miglioramento delle pratiche basate sulla centralità della donna e dei genitori nei processi assistenziali e nelle prassi volte a promuovere scelte consapevoli.

A tale scopo, l'Azienda ha definito un piano programmatico articolato su tre aree d'intervento da realizzare mediante il lavoro di gruppi multidisciplinari, appositamente costituiti. Le tre aree d'intervento sono così individuate:

1. Implementazione delle Linee di indirizzo per la tutela della "buona nascita" per realizzare un'assistenza - sempre più demedicalizzata - alla gravidanza, al parto e al puerperio multidisciplinare, basata su prove d'efficacia e coinvolgente tutta l'area familiare.
2. Pianificazione e definizione di Percorsi Diagnostico-Assistenziali mediante l'utilizzo di indicatori per il monitoraggio.



3. Potenziamento dell'Integrazione tra Ospedale e Territorio attraverso la stesura e l'attuazione di Progetti comuni e trasversali con il Distretto, i Servizi Sociali ed il Volontariato (di questo percorso si è trattato nel capitolo 3, paragrafo *Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale*, con riferimento al tema *Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto*).

Implementazione delle Linee di indirizzo per la tutela della "buona nascita"

Per realizzare questo obiettivo specifico è stato avviato un intervento di restyling delle sale parto (predisponendo una soluzione temporanea alternativa) allo scopo di migliorare gli ambienti assistenziali, agevolare il processo di umanizzazione della nascita e dell'attaccamento precoce della madre al bambino, in una logica di centralità dell'utenza. A questo fine sono stati realizzati locali chiusi, dotati ciascuno di bagno personale con la possibilità di godere del benefico effetto della doccia durante il travaglio, con un sistema di illuminazione che eviti inutili stimolazioni alla madre e al bambino, con spazi adeguati per effettuare il travaglio e il parto in posizioni alternative e colori dei pavimenti e delle pareti inneggianti alla nascita e alla vita con inserti a forma di "sole" (cfr. *Riqualificazione sale parto* nel paragrafo "Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale" del presente capitolo).

Sul piano organizzativo, sono state effettuate importanti azioni programmando e realizzando il *Rooming-in* 24 ore su 24 e l'apertura di un *Open-space* dedicato alla famiglia, allo scopo di agevolare la creazione di un clima di accoglienza della nuova famiglia e per valorizzare le competenze e le risorse della triade familiare. Il Progetto *Rooming-in* è previsto in una logica di integrazione con il Progetto "Sostegno dell'Allattamento al seno"; nel secondo semestre 2008 sono stati ulteriormente migliorati gli aspetti organizzativi e di logistica degli ambienti (fasciatoi e arredi per favorire un ambiente comodo e agevole). È stata dedicata attenzione anche al tempo che precede la nascita, individuando e predisponendo locali temporanei più adatti e confortevoli per lo svolgimento dei corsi di preparazione al parto, in attesa di una congrua sistemazione definitiva.

Infine, è in corso di valutazione un progetto per la realizzazione di una nuova "Area di prima accoglienza-Osservazione breve con triage ostetrico" atto a migliorare la qualità delle prestazioni offerte in regime di urgenza, a decongestionare la sala parto da urgenze inappropriate, a ridurre i ricoveri impropri e a valorizzare il ruolo dell'ostetrica.

Pianificazione e definizione del Percorso Diagnostico – Assistenziale

(mediante l'utilizzo di indicatori per il monitoraggio)

Per realizzare questo obiettivo in una logica di erogazione del servizio con efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un clima di attenzione alla soddisfazione del paziente e dell'operatore, l'Azienda ha costituito dei gruppi di lavoro multidisciplinari.

- o Gruppo di lavoro "*Rooming-in* e patologia neonatale minima" che ha seguito l'attuazione del Progetto attuativo per il *Rooming-in* h. 24;
- o Gruppo di Lavoro "Zona Prima Accoglienza - O.B.I." che ha curato la realizzazione del Servizio stesso da un punto di vista: organizzativo, strutturale e della formazione del personale;
- o Gruppo di Lavoro "Adeguatezza dell'Assistenza al Travaglio e al Parto" per l'adozione ed implementazione delle Linee Guida Regionali. Sono, a tal proposito, stati istituiti briefing quotidiani per la discussione dei casi clinici riguardanti i tagli cesarei delle precedenti 24 ore, sono stati rivisti e discussi in vari incontri i dati CEDAP regionali ed è stato creato uno strumento di lavoro per il monitoraggio dell'applicazione delle Linee Guida. Questo per migliorare l'appropriatezza dell'assistenza, promuovere una "buona nascita" e, possibilmente, ridurre l'incidenza del ricorso al taglio cesareo. Questo progetto è stato poi condiviso con l'Azienda USL di Parma al fine di realizzare una omogeneizzazione di comportamenti assistenziali;
- o Gruppo di Lavoro su "Assistenza alla Gravidanza a basso rischio", per la valorizzazione del ruolo dell'ostetrica e una corretta *care* della gravida;
- o Gruppo di Lavoro del "Miglioramento continuo" per la risoluzione di criticità organizzative emergenti e per la produzione e condivisione di Procedure/Istruzioni operative/ Linee Guida nonché per la realizzazione di strumenti nell'ottica del *risk management*. È stata messa a punto e realizzata una nuova grafica relativa alla terapia e ai parametri che comporta il superamento della precedente, obsoleta e non conforme alla prevenzione del rischio clinico; il gruppo ha iniziato, inoltre, a prendere in esame la check-list regionale sull'Accreditamento delle strutture sanitarie.



Innovazione in campo ginecologico: introduzione di tecniche chirurgiche mini-invasive avanzate

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nell'ottica di implementare e potenziare l'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa, ha istituito da maggio 2008 il "Programma Chirurgia Ginecologica, Mininvasiva ed Oncologica".

Le tecniche di chirurgia mininvasiva risalgono agli inizi degli anni novanta; a differenza di allora, oggi la chirurgia mininvasiva può trovare spazio anche nei casi di patologia maggiore e di alta complessità quali l'endometriosi profonda, la fibromatosi severa dell'utero, le cisti ovariche complesse, i tumori del collo e del corpo dell'utero e in casi selezionati nei carcinomi delle ovaie.

La mission del Programma è la promozione delle attività di chirurgia ginecologica a ciclo breve e la promozione della chirurgia sia mininvasiva che laparoscopica nelle patologie maligne e benigne. L'obiettivo è fornire alle donne un'offerta assistenziale sempre più completa ed efficace.

Il progetto si basa su tre capisaldi: possibilità di accesso rapido, cura globale della malattia (dalla diagnosi al follow up), modello integrato di servizi, che si prende cura della paziente a stretto contatto con i familiari dal momento dell'ingresso nella struttura sino alla sua dimissione e all'eventuale follow up.

Al momento della presa in carico la paziente viene classificata in base ai criteri regionali di priorità e alla durata presunta dell'intervento. Sulla base di questi due criteri la paziente viene inserita nella prima seduta operatoria disponibile, salvo il caso di patologie non differibili, per esempio i carcinomi ovarici, o differibili non oltre i 30 giorni che seguono un percorso dedicato che consente di dare risposte puntuali e tempestive. Questa modalità offre vantaggi alle pazienti in quanto sanno con largo anticipo quando saranno operate e potranno così programmare i propri impegni familiari e di lavoro.

Prima del ricovero per ciascuna paziente viene tracciato un profilo clinico: tipo di patologia, intervento proposto, patologie ed interventi pregressi e vengono valutate le eventuali condizioni di rischio. Normalmente con un solo accesso viene inquadrato il profilo clinico della paziente, vengono effettuati gli accertamenti specifici e la valutazione degli anestesisti. Nel caso in cui la paziente necessitasse di terapie o trattamenti post ricovero questi vengono pianificati con gli specialisti di riferimento.

Per garantire una gestione coordinata e razionale delle risorse disponibili, facilitando al contempo gli scambi di informazioni tra il personale sanitario e l'ottimizzazione dei percorsi, è stata introdotta una figura infermieristica dedicata ("Case Manager"). L'assistenza perioperatoria (PERIMED) trae indubbio vantaggio da questa figura sanitaria i cui compiti sono: mantenere i contatti con le pazienti, organizzare i percorsi terapeutici e assistenziali sia nel pre che nel post ricovero, accogliere la paziente al momento del ricovero, contattare la paziente nei giorni successivi alla dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale in quanto la stragrande maggioranza delle pazienti viene dimessa, anche per gli interventi di chirurgia maggiore, entro le prime quarantotto ore. In poche parole, la case manager è "il Virgilio" delle pazienti: le informa, le segue e pianifica tutto il percorso diagnostico terapeutico facilitando gli accessi e mantenendo i contatti con i Servizi.

Come abbiamo detto, uno dei punti qualificanti del Programma è la chirurgia mininvasiva. I vantaggi per le pazienti operate con queste procedure consistono soprattutto in un recupero psico-fisico più rapido con conseguente riduzione della degenza ospedaliera e una più rapida ripresa lavorativa.

Il raggiungimento di questi standard assistenziali è stato reso possibile anche grazie alla disponibilità di strumentario chirurgico tecnologicamente avanzato, di materiali di supporto di alta gamma, quali sistemi di visione ad alta definizione, strumenti di taglio e coagulo ad ultrasuoni, strumenti di sintesi vasale a controllo computerizzato.

Nell'ambito della chirurgia mininvasiva, ove se ne verificano le condizioni, trova ampio spazio la chirurgia vaginale, procedura ancor meno invasiva e costosa della chirurgia laparoscopica. La via vaginale consente l'esecuzione degli interventi sia per la correzione della stitichezza, esempio tipico il prolasso della vescica, che per patologie benigne, talvolta anche maligne, dell'utero e dei suoi annessi. È ovvio che questo tipo di approccio, sfruttando uno iato naturale, è gravato di minori complicanze e può avvantaggiarsi appieno dell'anestesia loco regionale quale l'epidurale e consente dimissioni in molti casi precocissime.

L'attività del Programma è iniziata nel secondo semestre 2008. A fronte di una dotazione ufficiale di 4 posti letto, sono stati effettuati 116 ricoveri per interventi chirurgici, dieci dei quali di alta specialità.



7.4 La nuova segnaletica dell'area ospedaliera

Nel 2008, con l'installazione delle nuove insegne all'ingresso automobilistico e pedonale di via Abbeveratoia dell'Ospedale, ha avuto avvio il progetto di modifica della segnaletica del Maggiore pensato per favorire l'orientamento dei visitatori. Sopra l'ingresso della portineria di via Abbeveratoia campeggia ora un'insegna luminosa, lunga 9 metri e alta 80 centimetri, che riporta il logo del Servizio Sanitario Regionale e la scritta "Ospedale Maggiore" in bianco su fondo verde. Il logo del Servizio Sanitario Regionale è stato adottato nel 2003 con delibera della Giunta Regionale n. 2638, ed è stato sviluppato nel quadro del progetto della Regione Emilia-Romagna di definizione di un modello unico di immagine coordinata per tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale. Lo scopo di tale progetto è quello di rappresentare l'insieme delle risorse professionali, tecniche e strutturali attraverso una nuova simbologia omogenea che renda evidente l'idea di integrazione tra le risorse di tutto il sistema regionale. Il processo di adozione del logo del Servizio Sanitario Regionale è stato complesso e ha coinvolto tutti gli strati organizzativi delle Aziende sanitarie. Il nuovo logo viene applicato in tutti i mezzi, luoghi e strumenti delle Aziende sanitarie regionali: tutti i materiali prodotti e utilizzati nel nostro Ospedale (e in tutte le strutture sanitarie pubbliche della Regione) adottano il nuovo logo e le nuove indicazioni grafico-tipografiche. Oltre al logo, la definizione di un unico modello grafico di comunicazione del Servizio Sanitario Regionale è raggiunta mediante adozione della stessa tipologia di caratteri a stampa, dei colori di riferimento, delle regole tecniche di base per la predisposizione dei formati.

Nella declinazione del progetto di revisione della segnaletica interna ed esterna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si sono evidenziati vincoli specifici e criticità. Fra i primi vi è senza dubbio l'organizzazione a padiglioni il cui baricentro è attualmente spostato verso il nuovo Poliblocco, che non assorbe tuttavia tutte le funzioni dell'Ospedale. Inoltre, occorre considerare che la fase tuttora evolutiva del Nuovo Ospedale, con i lavori di completamento del Poliblocco, il cantiere del Pronto Soccorso e quello del Nuovo Ospedale dei Bambini e i trasferimenti/traslochi, costituisce certamente un ulteriore vincolo rispetto al completamento della segnaletica complessiva, anche per la necessità di individuare percorsi alternativi e provvisori per il rispetto dell'area di cantiere. Fra le criticità è stata rilevata la mancanza o l'insufficienza di segnaletica in alcuni punti a fronte di un eccesso di segnaletica in altri, quindi ridondanza e per questo mancata funzionalità; la mancanza di omogeneità di materiali e supporti.

L'obiettivo principale, che la progettazione e la realizzazione della nuova segnaletica per l'Ospedale di Parma si propongono, è la creazione di uno strumento utile per l'**orientamento** del cittadino, uno strumento che accompagni il cittadino nella individuazione del reparto o del servizio di suo interesse, in un momento in cui spesso dominano ansia e paura. In queste condizioni, il ricorso alla struttura ospedaliera e la ricerca del servizio da raggiungere possono trasformarsi in un'operazione complessa, o almeno più complessa di quanto accade di norma: il bisogno di sicurezza aumenta e la funzione di accompagnamento della segnaletica assume un ruolo importante anche nella gestione dell'ansia del momento. Tenendo conto che per chiunque rimane in genere preferibile il contatto diretto con una persona (la richiesta diretta fatta a voce) piuttosto che il ricorso all'aiuto della segnaletica.

La segnaletica deve assolvere il compito di proporre a chi entra in Ospedale tutte le informazioni necessarie e utili e rendere più comprensibili e meglio accessibili i percorsi esterni e interni dell'area ospedaliera.

Inoltre, anche gli operatori, al di là del bisogno di rassicurazione per il loro stesso orientamento, potrebbero trarre dal buon funzionamento di questo strumento il vantaggio di dovere spendere meno tempo a fornire loro stessi informazioni. La comunicazione realizzata attraverso la segnaletica in ospedale deve essere comunque tempestiva perché i fattori esterni che la influenzano, quasi sempre danneggiandola, sono numerosi (malessere, stato di ansia, stress, paura, clima, clima ambientale, capacità visive, presenza di traffico, fretta, eccetera).

L'approccio alla nuova segnaletica è partito dalla definizione di un glossario delle denominazioni dei padiglioni, che sono stati anche numerati al fine di facilitare la proiezione cartografica dell'area ospedaliera. Sono stati definiti anche i criteri per fornire all'area ospedaliera una logica colore che faciliti l'orientamento e produca un immediato senso di sicurezza a chi accede all'ospedale, assegnando alle aree un colore facilmente individuabile, scartando le mezze tinte e tutti i colori che "vibrano". Il colore viene utilizzato anche come "percorso colore" a partire dai singoli ingressi del Poliblocco fino a raggiungere le diverse zone dell'area ospedaliera. Questo strumento consente a chi entra in ospedale di operare uno sforzo iniziale per individuare dove esattamente andare, per poi "abbandonarsi" facendosi accompagnare, generando una forte sensazione di sicurezza e accoglimento.

Sono state predisposte mappe dell'area ospedaliera (vedi la figura 1) orientate secondo il "punto di vista" di ogni ingresso, affinché chi legge possa avere il colpo d'occhio sull'area di proprio interesse.



Il progetto della segnaletica di tutta l'area ospedaliera, partito dall'ingresso di via Abbeveratoia, riguarda tutti i percorsi, interni ed esterni, pedonali e veicolari. Si tratta, come detto, di un progetto in continua evoluzione che si sviluppa parallelamente al completamento del Nuovo Ospedale.

La segnaletica esterna è stata sviluppata secondo una logica omogenea sia nella zona dell'ospedale a padiglioni, che nella parte nuova dell'ospedale, l'area del Poliblocco. I totem propongono le indicazioni anche in lingua inglese. Il completamento della segnaletica esterna tiene conto anche della revisione delle modalità di accesso all'area ospedaliera che ha avuto inizio nel 2007 con la predisposizione del Piano sosta (rendicontato nel Bilancio di missione 2007 dell'Azienda). Obiettivo del piano sosta è offrire un ambiente più confortevole per pazienti, familiari, visitatori e, naturalmente, operatori riducendo progressivamente il traffico interno e ordinando la sosta nell'area ospedaliera, per garantirla solo a chi ne ha effettivo bisogno. Il piano sosta ha anche altri obiettivi generali: rendere più sicuri e accessibili i percorsi pedonali, favorire l'uso delle biciclette, migliorare la qualità dell'aria, ridurre l'inquinamento acustico e, non ultimo, permettere ai degenti e ai loro familiari di "vivere" con tranquillità gli spazi esterni.

La segnaletica interna vede uno sviluppo particolare nel Poliblocco, struttura che racchiude 6 padiglioni, la Torre delle Medicine, l'Ortopedia, il Centro del Cuore, l'Ala Est, l'Ala Ovest e il Padiglione Centrale, e ha due ingressi uno in via Abbeveratoia e uno in via Volturno. Per ogni entrata è stato realizzato un punto informativo con personale preparato e preposto a indicare i percorsi per raggiungere i reparti, partendo dal presupposto già rilevato dell'opportunità del contatto personale come primo momento di accoglienza e orientamento.

È in attuazione il progetto del "percorso colore". L'utente, conoscendo il Padiglione del Poliblocco in cui si deve recare, può accedere da uno dei due ingressi, e attraverso un tracciato guidato raggiungere gli ascensori, per poi dirigersi al piano in cui si trova l'unità operativa. Per orientarsi all'interno del Poliblocco è stata, infatti, pensata una segnaletica a terra con indicazioni specifiche ad ogni svincolo. Il percorso sarà definitivamente completato con l'ultimazione dei lavori di realizzazione di due nuovi ascensori, prevista per l'agosto del 2009, presso il cortile interno del Padiglione Centrale. Gli ascensori porteranno l'utente al piano di accesso diretto ai Padiglioni, migliorando il percorso attuale che risulta tortuoso.

La segnaletica a terra si ispira alla logica dei tracciati dei percorsi delle linee di una metropolitana, si tratta infatti di un percorso (una linea continua applicata in gomma o pitturata sulla pavimentazione), chiamato "binario", che parte dal Padiglione Centrale e arriva fino all'ingresso di via Volturno, articolandosi in complessive 12 fermate e diversi svincoli. Oltre al nero che caratterizza il ramo principale del "binario" sono stati utilizzati altri 5 colori (marrone, viola, azzurro, blu, rosso) per differenziare aree particolari del Poliblocco. I colori sono stati individuati sia per richiamare alcuni aspetti peculiari dell'area che identificano (ad esempio il marrone per il Padiglione Centrale, struttura che è esternamente dello stesso colore, o il rosso per l'area del Dipartimento del Cuore), ma soprattutto per la resa cromatica anche in diverse condizioni di luce.

L'immagine della planimetria (figura 1) consente di rilevare la complessità e l'ampiezza dell'area ospedaliera, il glossario delle denominazioni dei Padiglioni e l'uso dei colori.

Come più volte rilevato, il "progetto segnaletica" è un processo in fieri che segue i necessari obiettivi aziendali di ricollocazione delle funzioni sanitarie, secondo scelte programmatiche tese al miglioramento dell'offerta sanitaria, e necessita quindi di continui aggiornamenti nel tempo, anche per tener conto delle necessità di implementazione ed integrazione che solo l'effettiva fruizione può rendere evidenti. Inoltre, si prevedono interventi di manutenzione mirati al mantenimento in buono stato della segnaletica già installata.

Il progetto è stato presentato al Comitato Consultivo Misto aziendale, portavoce delle difficoltà di orientamento dei cittadini nella complessità dell'area ospedaliera (cfr. capitolo 3 del presente volume).

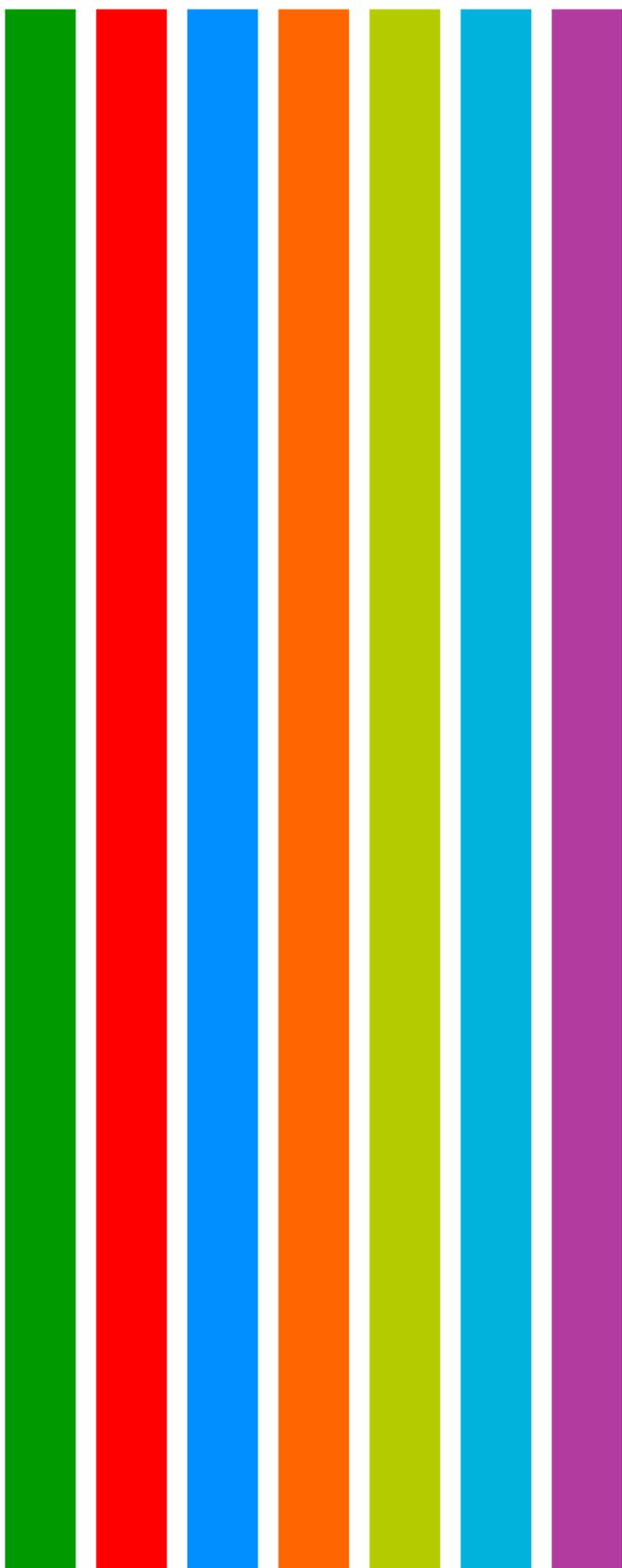


Figura 1: Planimetria dell'area ospedaliera



7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Conclusioni del Direttore Generale





Ospedale dei bambini:
costruiamo l'ospedale di chi
costruirà il futuro.

A graphic illustration of a yellow construction crane lifting a single red brick. The crane is positioned on the left, and the brick is suspended in the air on the right.

Conclusioni del Direttore Generale

Nel 2008 l'Azienda conferma l'andamento economico degli anni precedenti, garantendo il raggiungimento dell'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e dei principali obiettivi aziendali dell'esercizio. Peraltro il 2008 evidenzia un miglioramento della gestione caratteristica, ossia della gestione relativa all'attività di natura sanitaria a cui l'Azienda è istituzionalmente dedicata.

Come già evidenziato nella Premessa al volume, nel 2008 sono stati compiuti ulteriori importanti passi di avvicinamento verso il completamento del Nuovo Ospedale.

È partito il cantiere del Nuovo Ospedale dei Bambini. Un progetto significativo per la nostra città, a cui abbiamo dedicato un importante sforzo di comunicazione, perché il tessuto sociale della città faccia proprio questo progetto, frutto di una pianificazione condivisa di istituzioni, mondo economico, fondazioni e sanità e con la collaborazione del mondo del volontariato unitosi intorno all'Ospedale dei Bambini attraverso la creazione dell'associazione Volontari Ospedale dei Bambini (VOB).

Il nuovo progetto dell'Ospedale di Parma nasce con l'obiettivo di assicurare la qualità dell'ambiente nel suo complesso mediante un insieme articolato di interventi, realizzati secondo un approccio di progettazione che integra gli aspetti funzionali, strutturali, impiantistici, ambientali e sociali e supera la vecchia concezione della struttura a padiglioni.

Nell'avanzamento del piano complessivo, il 2008 ha visto nascere anche il nuovo Pronto soccorso che verrà ultimato verso la fine del 2009.

Una delle parole chiave che possono aiutarci a leggere in modo trasversale questo Bilancio di missione 2008 è orientamento. Infatti, nel 2008 abbiamo avviato il lavoro per facilitare i percorsi delle migliaia di persone che *visitano* il nostro Ospedale attraverso una nuova segnaletica, nella convinzione che un sistema di segnaletica sia uno degli strumenti attraverso i quali l'Ospedale comunica la sua accessibilità e la sua disponibilità ad accogliere. Si tratta di un progetto in fieri, che si sviluppa parallelamente al completamento del Nuovo ospedale, ed è iniziato con la segnaletica esterna.

La parola orientamento ci pare possa essere riferita anche all'"Atto di Indirizzo e coordinamento per la programmazione territoriale 2009-2011 per la salute ed il benessere della comunità" definito dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria verso la fine del 2008. Si tratta dello strumento fondamentale di orientamento (appunto!) della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale in ambito provinciale che parte dalla individuazione dei problemi prioritari e consente la definizione di indirizzi e linee strategiche da attivare in funzione degli obiettivi di welfare da conseguire. In altri termini, è il documento di riferimento per la costruzione del nuovo PAL 2009-2011 (piano attuativo locale), come dei piani di zona e della programmazione territoriale. Questa è la cornice entro cui costruiamo, in stretta collaborazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale, i programmi e i progetti di sviluppo per la salute dei cittadini della provincia di Parma.

Certamente assolve una funzione importante nel nostro sistema di orientamento come Azienda il Comitato di Indirizzo, che con puntualità e attenzione assolve al suo mandato di assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verificare la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Altra parola interessante per la lettura del nostro Bilancio di missione è innovazione. Fondamentale nel sostenere il nostro impegno per la continua innovazione, non solo strutturale e architettonica, del nostro Ospedale è il rapporto con l'Università. Ne è un esempio l'acquisizione della risonanza 3 tesla (aggiudicata nel 2008 e inaugurata ad inizio 2009), che permetterà di incrementare notevolmente la qualità in tutti i settori della diagnostica clinica, in ambito neuroradiologico, pediatrico, cardiologico e vascolare e più in generale in ambito radiologico. In accordo con l'Università degli Studi di Parma tale apparecchiatura sarà inoltre utilizzata anche per attività di ricerca avanzata in ambito neurologico.

Il Bilancio di missione 2008 dà spazio alle innovazioni di tipo organizzativo (fra le tante si consideri il centro nascita) o legate all'introduzione di nuove procedure (come le linee guida per la gestione in Pronto Soccorso del trauma cranico lieve dell'adulto definite in ambito AVEN), nuove tecniche operatorie (ad esempio l'impianto di valvole aortiche transcateretere, l'introduzione di tecniche chirurgiche mini-invasive avanzate in ginecologia, il trapianto di rene ABO incompatibile), attività endoscopiche (come ad esempio l'introduzione della videocapsula). Di interesse è anche il Progetto UMaCA (Unità di Manipolazione

Chemioterapici Antiblastici), il laboratorio propone un'attività ad alta specializzazione multidisciplinare che consente di garantire al paziente una stretta personalizzazione del dosaggio della chemioterapia antiblastica, caratterizzata da una elevata variabilità di farmaci e di regimi terapeutici, e di sviluppare sistemi gestionali più adatti all'abbattimento del rischio e alla protezione dei soggetti.

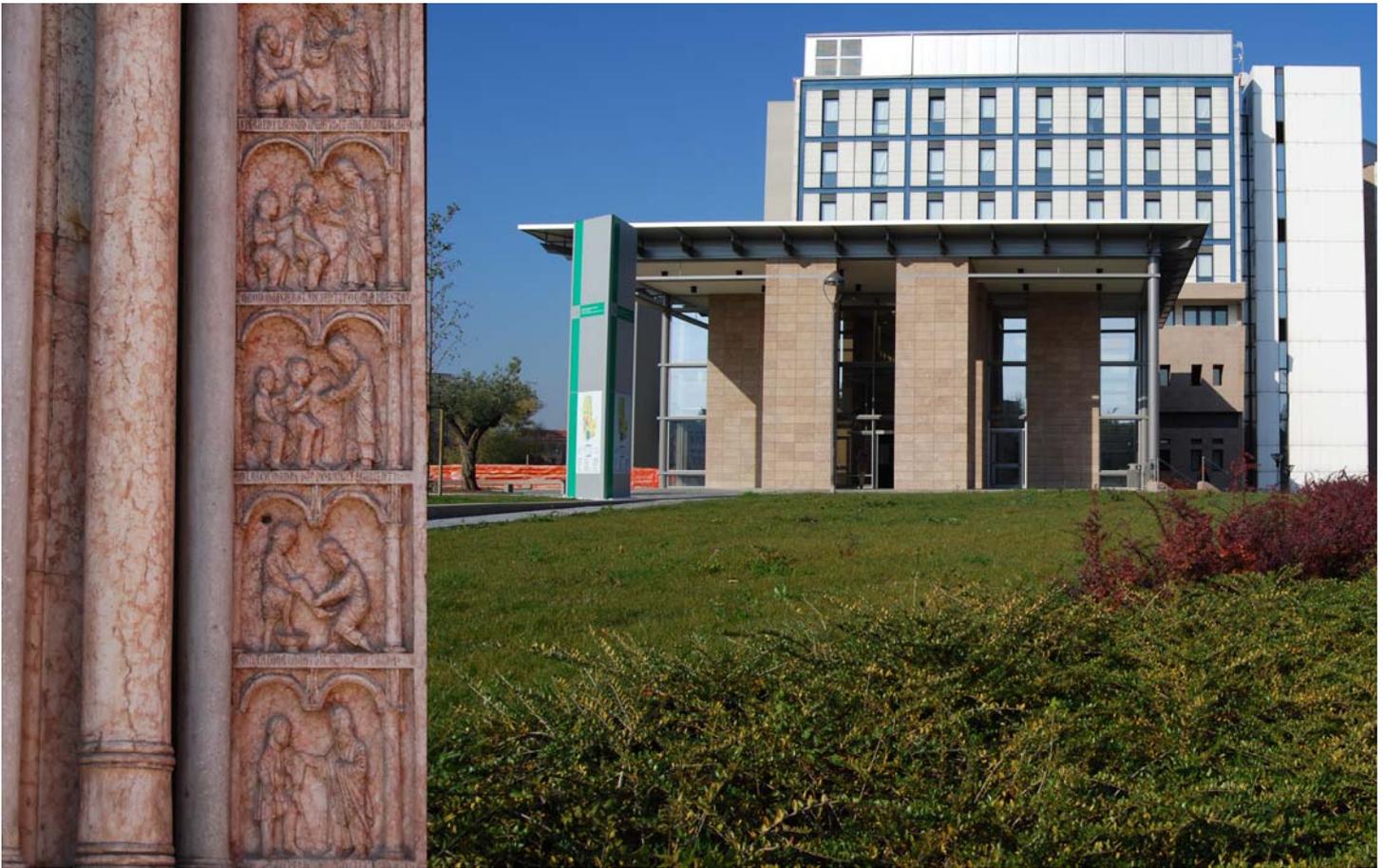
Abbiamo, infine, iniziato ad arricchire il nostro strumento di rendicontazione con alcuni indicatori nell'ottica del bilancio di genere. Il bilancio di genere, in verità, rappresenta uno strumento innovativo di rendicontazione utile per migliorare le condizioni di parità tra uomini e donne e per introdurre la prospettiva di genere in maniera trasversale a livello di politiche gestionali. Questa scelta ci consente di rendere visibile la non neutralità dei luoghi di lavoro, come di nessun altro contesto sociale. Non neutralità dei luoghi e dei contesti, non neutralità degli strumenti di cui ci si dota, cui corrisponde la necessità di pensare alla realizzazione di politiche e operare scelte che siano a favore di donne e uomini. Risale al 4 luglio 2008 la pubblicazione nel nostro Ospedale del Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali (curato dai due Comitati pari opportunità aziendali). L'iniziativa trae origine dalla convinzione che l'area sulla quale è possibile intervenire per diffondere la cultura del rispetto, come insieme di professionisti che lavorano in una grande organizzazione, è proprio quella dello spazio del vivere e lavorare insieme, attivando una serie di iniziative mirate a far accrescere la consapevolezza, l'informazione e una nuova cultura delle relazioni.

Il volume 2008 ci pare presenti diversi elementi di interesse per i nostri referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria, e per 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), ai quali va il nostro grazie.

Per chiudere queste brevi considerazioni finali un ringraziamento a tutti coloro (e sono tanti) che hanno lavorato per restituirci una fotografia di chi siamo e cosa facciamo e a tutti coloro (e sono molti di più) che operano tutti i giorni per l'effettiva, concreta realizzazione della nostra missione: prendersi cura delle persone nel momento di maggiore fragilità.

Parere del Comitato di Indirizzo





Parere del Comitato di Indirizzo

Nella seduta del 7.09.2009 è stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per l'espressione del parere, come previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo: il Bilancio di Missione 2008.

Il Comitato dà atto in particolare che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

Il Comitato ha analizzato i vari capitoli in cui è suddiviso il documento, analizzando in particolare l'aspetto della produttività, il contributo fornito dalla Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza, quello della promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa, la integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca, l'ulteriore sviluppo del progetto del nuovo Ospedale.

Per quanto riguarda in particolare l'aspetto delle produttività, il Comitato sottolinea positivamente il ruolo complessivo svolto dall'Azienda nelle rete dell'offerta regionale, anche se emergono margini di ulteriore miglioramento.

Un dato che emerge è l'aumento importante dei ricoveri di alta specialità (+ 3%) e l'aumento del punto medio relativo ai DRG trattati da tutte le strutture specialistiche.

Il mantenimento della attività delle strutture Hub della Azienda, che oltre a svolgere un importante volano di attrazione per tutta l'Emilia nord, mantengono un livello di attività in termini di casistica trattata ben superiore a quanto previsto dai parametri ministeriali per giustificarne l'individuazione come Hub.

Il tasso di ospedalizzazione provinciale in degenza ordinaria si mantiene in linea con la media regionale. Si evidenzia che la percentuale dei ricoveri in DH rispetto al totale dei ricoveri risulta inferiore alla media regionale, così come sopra la media regionale si mantiene il rapporto tra ricoveri e accessi al P.S.

La mobilità attiva resta costantemente elevata mentre si sta riducendo l'indice di dipendenza della popolazione verso le strutture ospedaliere extra regione (mobilità passiva), particolarmente per quei DRG per i quali la AUSL di Parma aveva fatto specifica richiesta.

Sembra finalmente ridursi il rapporto tra parti cesarei e parti vaginali, quale positiva conseguenza dell'attivazione del percorso nascita all'interno della Clinica ostetrico-ginecologica.

Il contributo fornito dalla Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza è consistente e, oltre a garantire la fornitura da parte della Azienda Ospedaliero-Universitaria di quasi l'80% dei posti letto per acuti pubblico della provincia e la fornitura di circa il 60% della produzione provinciale per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva, concorre a permettere alla AUSL di riferimento un costo pro-capite per il livello di degenza nell'anno 2007 tra i più bassi della regione.

Promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa: la recente istituzione dell'Osservatorio Regionale della Innovazione sta permettendo il monitoraggio della adozione da parte della Aziende Sanitarie di nuove tecnologie e nuove metodiche clinico-organizzative. Il Comitato di indirizzo sottolinea come nel corso del 2008 da parte della nostra Azienda si sia assistito in questo ambito ad alcune significative iniziative. *In campo clinico* il trapianto di rene ABO incompatibile da vivente, la possibilità di impiantare valvole cardiache transcateretere con possibilità di correggere difetti valvolari aortici anche in persone che non potrebbero tollerare l'invasività dell'intervento tradizionale, le indagini miniinvasive in ambito gastroenterologico con l'uso della videocapsula. *In campo tecnologico* si sottolinea in particolare la adozione del sistema PACS/RIS in campo radiologico, la acquisizione di una nuova Risonanza 3T destinata anche alla ricerca nel campo delle neuroscienze, la partenza del progetto UmaCA per la manipolazione degli antiblastici. Significativo poi in ambito di *miglioramento della capacità organizzativa* del nostro Ospedale l'inizio, nell'ambito del percorso della stroke-care, della trombolisi nell'ictus ischemico e del nuovo percorso ambulatoriale di assistenza allo scompenso cardiaco congestizio che ha permesso di ridurre consistentemente il numero dei ricoveri per tale patologia (-115 casi nel corso dell'anno).

Nel campo delle integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca si rileva come l'Accordo Attuativo Locale sulla Formazione specialistica del novembre 2008 costituirà uno stimolo importante alla integrazione ulteriore tra attività assistenziale, di ricerca e didattica mediante una sempre maggiore partecipazione del personale ospedaliero e dei relativi reparti alla attività di formazione specialistica e di tutoraggio e dei medici in formazione alla attività assistenziale.

Il Comitato ritiene però che si renda indispensabile in tempi possibilmente brevi la completa attuazione dell'art. 9 della L.R. 29/2004 che regola la partecipazione economica delle Università alle attività svolte dalle Aziende Sanitarie. Non esiste ancora uno strumento per quantizzare il grado della partecipazione delle Università a tali attività (misurazione della attività assistenziale prodotta dalle strutture universitarie, costi in termini di prodotto didattico e di prodotto ricerca sostenuti dalle Aziende sanitarie eccetera). Anche se in questa versione del Bilancio di Missione è stata tentativamente eseguita

una misurazione in termini di beni durevoli, attrezzature sanitarie e non, giornate pagate dalla Università al personale che svolge attività assistenziali, di contributi aggiuntivi trasferiti dalla Regione alla Azienda per la presenza del personale universitario eccetera, e ritenendo che la recente adozione della timbratura della presenza anche per il personale universitario faciliterà in futuro tali misurazioni, il Comitato auspica che la preparazione da parte della Agenzia Sanitaria regionale di nuovi strumenti finalizzati a tale scopo permetta in futuro di misurare correttamente il reale impatto della attività svolta dalla componente universitaria alla attività assistenziale globale della Azienda, impatto probabilmente al momento ancora sottostimato.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del Progetto del Nuovo Ospedale il Comitato rileva con piacere come nel corso del 2008 vi sia stato un ulteriore significativo passo in avanti con il nuovo Pronto Soccorso, pronto per la fine dell'anno 2009, con l' Ospedale dei Bambini, la ristrutturazione del Polo Riabilitativo al padiglione Barbieri, il Polo della Assistenza Psichiatrica acuta del padiglione Braga che permetterà di trasferire all'interno del Maggiore anche la Clinica Psichiatrica, il futuro Polo dei Laboratori che permetterà di unificare in una unica struttura tutte le attività di laboratorio presenti in Azienda.

Controllo della spesa sanitaria: purtroppo a livello nazionale e regionale i costi per l'acquisto di beni e servizi hanno mostrato una crescita percentualmente più elevata rispetto alle risorse previste, particolarmente per quanto riguarda i farmaci. 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.

Il Comitato di Indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2008 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione della attività svolta nel corso dell' anno dalla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dei rapporti di collaborazione tra Azienda ed Università degli Studi di Parma in termini sia assistenziali che di didattica e ricerca, e confermi l'ottimo posizionamento della Azienda nell'ambito della assistenza sanitaria provinciale e regionale. Esprime pertanto parere favorevole sul documento ed auspica che i positivi risultati ed obiettivi raggiunti possano essere diffusi e fatti conoscere anche ad un livello più vasto di quanto istituzionalmente previsto.

Nel contempo esprime il proprio apprezzamento alla Direzione Generale ed ai collaboratori per il lavoro di raccolta dati e preparazione del documento.

Carlo Coscelli
Presidente del Comitato di Indirizzo

