Bilancio di Missione 2009

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

BILANCIO DI MISSIONE 2009

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 8
Quadro istituzionale locale 10

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università 12

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale 16

1.4 Accordo di fornitura 22

1.5 Osservazioni epidemiologiche 24

2 Profilo aziendale 33

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale 35
Sostenibilità economica 35
Sostenibilità finanziaria 59
Sostenibilità patrimoniale 61

2.2 Impatto sul contesto territoriale 69
Impatto economico 69
Impatto sociale 72
Impatto culturale 77
Impatto ambientale 79

2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza 83
Costo pro-capite per livello di assistenza 83
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro 84
Assistenza distrettuale 85
Assistenza specialistica ambulatoriale 85
Assistenza ospedaliera 95
Qualità dell'assistenza 119

2.4 Ricerca e didattica 122
Attività di ricerca 122
Attività didattica 134

2.5 Assetto organizzativo 138

3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali 147

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria 149

3.2 Universalità ed equità di accesso 162
Governo delle liste di attesa 162
Progetto SOLE 165
Assistenza odontoiatrica 166
Programmi di screening: screening dei tumori del colon-retto 167
Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani 168
Assistenza ai cittadini migranti 168

3.3 Centralità del cittadino 175
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti 175
Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva 175
Percorsi colore 177
Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali 178
Aspetti alberghieri e servizi alla persona 179

3.4 Qualità dell'assistenza e efficienza gestionale 181
Interventi sull'accessibilità 181
Interventi sui processi assistenziali 181
Interventi sulla sicurezza dei pazienti 185
Interventi sulla continuità assistenziale 186

Governo clinico del farmaco 188
Gestione del rischio 192
Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere 193
L'accreditamento 198
Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto 201
Programma Stroke Care 206
Emergenza territoriale 208
Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto 209
Sistema informativo 213

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa 215
L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione 215
Trapianto di pancreas isolato 216
Cardiochirurgia all'avanguardia con nuove tecniche operatorie 216
Azioni e interventi di riorganizzazione 219
Il progetto PERIMED 224
Innovazione tecnologica 231

3.6 Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca 233
Comitato di Indirizzo 233
Collegio di Direzione 236
L'integrazione per la formazione specialistica 239
Formazione, ricerca e assistenza per le professioni sanitarie 241
Il Libretto di Tirocinio per gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie 243
La revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica 244
Rilevazione del contributo dell'Università 244
Finanziamento sistema integrato S.S.R. - Università 246

4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione 249

4.1 La "carta di identità" del personale 251

4.2 La visione di genere dell'organizzazione del lavoro 257
Analisi di genere del personale 257
Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro 268
Comitato Pari Opportunità 270
Progetto Gender 271

4.3 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa 273
Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione 273
Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie 274

4.4 Gestione del rischio e sicurezza 276
Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi 276
Sorveglianza sanitaria 277
Gestione degli infortuni 278

4.5 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali 281
La Direzione del servizio assistenziale (D.S.A.) 281
Monitoraggio Neurofisiologico Intraoperatorio (IOM) in Neurochiurgia 281
Trattamento di irradiazione degli emocomponenti 282
Percorso nascita 282
La centralizzazione della preparazione dei farmaci citotossic 282
Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) 283

4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti 284
I primi passi del processo di valutazione 284
Sistema d'incentivazione del personale dirigente 285
Sistema d'incentivazione del personale dell'area del comparto 287

4.7 Formazione 288
L'analisi del fabbisogno formativo 290
Analisi di fabbisogno formativo in ambito manageriale 292

Il dossier formativo 294

4.8 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura 295
Interventi di prevenzione e riduzione del burn out 295
La comunicazione con il paziente e la famiglia e il lavoro in team 296
I laboratori della comunicazione per i professionisti sanitari 297

4.9 Sistema informativo del personale 299

4.10 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze 300
Libera professione 301
Gestione del contenzioso 301

4.11 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori 303
Il nido aziendale 303
I servizi alla persona 303

5 Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione 305

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi 307

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità 312

5.3 La comunicazione interna aziendale 317

6 Governo della ricerca e innovazione 319

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione 322
Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali 325
Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie 326
Utilizzo appropriato delle innovazioni 352
Reti cliniche e Registri di patologia/intervento 356

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole 358
Attività di formazione del personale 358
Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica 359
Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna 360
Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie 361
Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione 367

6.3 Garanzie di trasparenza 368
Anagrafe della Ricerca 368
Assetto di regole per la trasparenza verso finanziatori pubblici e privati 368
Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico 369
Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali 370

7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale 373

7.1 Il piano di risposta alla pandemia influenzale: modalità organizzative per affrontare la pandemia da virus dell'influenza A(H1N1)v 375

7.2 Innovazione tecnologica 381
Acceleratore lineare in Radioterapia 381
Tomografia con emittenti di positroni – PET/CT 382
Risonanza magnetica 3.0 tesla 384

7.3 Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale 386

Conclusioni del Direttore Generale 389

Parere del Comitato di Indirizzo 393

Presentazione

Il Bilancio di missione si sta consolidando come una ritualità dell'agire organizzativo della nostra Azienda. Siamo arrivati alla quarta annualità.
Ogni anno questo strumento si è arricchito di approfondimenti e analisi che ci paiono di interesse per chi volesse conoscere la nostra organizzazione. A solo titolo di esempio possiamo citare l'introduzione, nel capitolo quattro, di un paragrafo dedicato alla visione di genere dell'organizzazione del lavoro, o le informazioni sulle attività di ricerca in essere nel 2009 nella nostra Azienda dettagliate nel capitolo sei, o ancora gli approfondimenti presentati nel capitolo 2 sul tema dell'impatto sull'ambito territoriale.

Le informazioni che questo documento raccoglie sono certamente complesse, come più volte sottolineato, ma sono davvero a 360 gradi sull'organizzazione, e sono anche capaci di cogliere, almeno in parte, la rete di relazioni con l'esterno, non solo con gli interlocutori di riferimento per noi a livello locale, ossia l'Azienda Usl (con cui condividiamo percorsi e attività, che nel volume abbiamo redatto in modo congiunto) e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (in luce in particolare, con riferimento al 2009, la predisposizione del Piano attuativo locale), ma anche la Regione, che pone i confini e gli obiettivi della nostra attività. Non solo, in questo documento possiamo trovare raccontata la collaborazione con la scuola, l'impegno profuso in progetti che riguardano tutto il territorio provinciale, come quello rivolto al tema della violenza sulle donne e sui minori.

Leggere questo documento, una volta vista l'edizione stampata, certamente pare impresa improba. È per tale motivo che abbiamo pensato, a partire dallo scorso anno, di offrire il documento in versione elettronica, su CD o sul nostro sito. Questa modalità consente di leggere per punti di interesse, di consultare trasversalmente il volume per temi particolari o per parole chiave.
In questo modo, si può scoprire la ricchezza di informazioni che il bilancio di missione presenta, che riguardano non solo gli aspetti più strettamente economici, che la parola bilancio richiama, ma anche l'attività realizzata dai nostri professionisti nel corso dell'anno e che viene rendicontata attraverso indicatori nel capitolo due e presentata in forma più discorsiva nel capitolo tre. In quest'ultimo, si dà conto di quanto realizzato con riferimento ai valori portanti del nostro Sistema Sanitario Regionale: universalità ed equità, centralità del cittadino, legame con il territorio e ruolo degli enti locali, e, di rilievo particolare per un'Azienda ospedaliera, la promozione dell'eccellenza e i percorsi di integrazione con l'Università, che si intrecciano con i percorsi di integrazione fra funzioni (assistenza, didattica e ricerca) e con il tema della qualità dell'assistenza e la necessaria efficienza gestionale.

Si conferma, nel 2009, il ruolo propositivo del Collegio di Direzione aziendale nei confronti della Direzione generale riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione. Nel 2009, inoltre, si è insediato il Collegio delle professioni sanitarie, organo elettivo che comprende tutte le componenti professionali dell'Azienda. Il Collegio valorizza lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori in collaborazione con il Collegio di direzione e promuove la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale nell'ambito di forme di organizzazione del lavoro integrate.

Resta sempre il rammarico, come già ribadito nel corso degli anni, di non 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. Resta, dunque, ancora lavoro da fare.

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

palazzo

Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Il contesto di riferimento e il quadro istituzionale entro i quali sono chiamate ad operare le aziende sanitarie sono assai complessi: in particolare sono numerose le disposizioni normative nazionali e regionali che, succedutesi negli ultimi anni, hanno prodotto effetti significativi per l'assetto e l'attività delle aziende sanitarie, determinando un complesso contesto di riferimento normativo ed istituzionale. È in questo contesto le aziende operano con orientamenti di politica sanitaria e linee di sviluppo strategiche, nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del sistema.
Di seguito, dunque, vengono richiamate le disposizioni più significative emanate nel 2009, sia a livello nazionale che regionale, che hanno avuto impatto sulle attività aziendali e che si caratterizzano per una forte rilevanza di carattere trasversale. Si precisa che nella trattazione dei singoli temi riportati nel presente documento, si è comunque cercato di richiamare la normativa di riferimento. Per eventuali approfondimenti che possono riguardare i periodi precedenti si rinvia al Bilancio di Missione 2008 e al Bilancio di Missione 2007, sempre reperibili, nella loro versione integrale scaricabile, sul sito aziendale all'indirizzo www.ao.pr.it/azienda/chi-siamo.htm

Quadro normativo nazionale

Legge 9 gennaio 2009, n. 1 "Conversione in legge con modificazioni, del decreto legge 10 novembre 2008 n. 180, recante disposizioni urgenti per il diritto allo studio, la valorizzazione del merito e la qualità del sistema universitario e della ricerca"

Decreto del Presidente della Repubblica 20 gennaio 2009, n. 8 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni al decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 115, concernente il riordino della Commissione per le pari opportunità tra uomo e donna"

Legge 4 marzo 2009, n. 15 "Produttività del lavoro pubblico e efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
Questa legge delega contiene gli indirizzi fondamentali della riforma della pubblica amministrazione, cosiddetta "Riforma Brunetta". Nella legge sono contemplati i temi principali della riforma: performance, trasparenza, premi e sanzioni disciplinari, dirigenza, contrattazione collettiva e azione collettiva.

Decreto del P.C.M. 31 marzo 2009, n. 49 "Regolamento di integrazione al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 novembre 2006, n. 312, concernente il trattamento dei dati sensibili e giudiziari presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri"

Decreto 28 aprile 2009, n. 132 "Regolamento di esecuzione dell'articolo 33 comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e dell'articolo 2, comma 362, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 per la fissazione dei criteri in base ai quali definire le transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o affetti da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, che abbiano instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti"

Legge 18 giugno 2009, n. 69 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"
Essa contiene una serie di misure collegate al Piano Industriale della pubblica amministrazione. Alcune di queste misure, come le norme sulla riduzione delle assenze, sono di diretta applicazione. Altre, come la riforma del codice dell'amministrazione digitale, prevedono l'adozione di specifici decreti legislativi.

Decreto del Presidente della Repubblica 30 luglio 2009, n. 189 "Regolamento concernente il riconoscimento dei titoli di studio accademici, a norma dell'articolo 5 della Legge 11 luglio 2002, n.148" (G.U. n. 300 del 28.12.2009)

Contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto il 31 luglio 2009 per il personale del comparto, relativo al biennio economico 2008-2009

Il contenuto del Contratto è prettamente economico: esso prevede un incremento degli importi stipendiali mensili lordi, per tredici mensilità, diversificati per categoria e fascia di appartenenza, secondo determinate tabelle. Tali incrementi assorbono l'indennità contrattuale già corrisposta per il medesimo biennio.

D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 Disposizioni integrative e correttive del 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"

La normativa regolamenta la sicurezza dei luoghi di lavoro e richiama tutti al rispetto di determinati obblighi, dal datore di lavoro al dirigente, dal preposto al singolo lavoratore, dal responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione al Medico competente. Essi sono tenuti a rispettare, allo scopo di assicurare, ciascuno per propria competenza e ruolo, il mantenimento dei parametri di sicurezza stabiliti dal testo normativo. In funzione di ciò, può conseguire il raggiungimento di standard operativi che consentono di mitigare le situazioni di rischio dovute a esposizioni alle quali i lavoratori risultano soggetti. Tra gli obblighi sussiste quello di procedere ad una diffusa informazione sui rischi aziendali a tutto il personale lavoratore. Per questo motivo, la nostra Azienda ha prodotto un opuscolo informativo, pubblicato anche sulla Intranet aziendale, con l'intento di informare il lavoratore sulle principali tipologie di rischio riscontrabili in Azienda. L'opuscolo non nasce con la pretesa di esaurire il sapere in tema di sicurezza, ma di fatto, si propone come occasione di informazione e scambio con i lavoratori, dai quali peraltro sono stati acquisiti elementi essenziali per rendere più sicuro e vivibile anche il più piccolo spazio di lavoro.
I provvedimenti ridisegnano 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.
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*.

Decreto 28 settembre 2009 Ministero dell'Interno di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione "Regole tecniche e di sicurezza relative al permesso ed alla carta di soggiorno"

Decreto 14 ottobre 2009 del Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche sociali "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al co-finanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - anno 2009"

D.Lgs. 27 ottobre 2009, n.150 "Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"

Le disposizioni del presente decreto vogliono assicurare una migliore organizzazione del lavoro, il rispetto degli ambiti riservati rispettivamente alla legge e alla contrattazione collettiva, elevati standard qualitativi ed economici delle funzioni e dei servizi, l'incentivazione della qualità della prestazione lavorativa, la selettività e la concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, la selettività e la valorizzazione delle capacità e dei risultati ai fini degli incarichi dirigenziali, il rafforzamento dell'autonomia, dei poteri e della responsabilità della dirigenza, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, nonché la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità. Il decreto istituisce inoltre due soggetti fondamentali della riforma: gli Organismi indipendenti di valutazione e la Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrazione delle amministrazioni pubbliche.

Decreto 12 novembre 2009 del Ministero della Sviluppo Economico "Disposizioni relativamente al servizio del numero telefonico unico di emergenza europeo 112"

Accordo 26 novembre 2009 della Conferenza unificata "Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata"

Patto per la Salute 3 dicembre 2009 per gli anni 2010-2012

Siglato tra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dovrà poi confluire nella Finanziaria, è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale si è convenuto sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, a 24 miliardi di euro, e sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali, rivolte a pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che: a) anche al fine di agevolare i processi di de-ospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e altri soggetti non autosufficienti, sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA; b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata ad una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali; c) sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al Nuovo sistema informatico sanitario (NSIS). La valorizzazione delle prestazioni registrate in tali flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA, relativi all'assistenza residenziale e domiciliare. Quanto al monitoraggio e alla verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si conviene di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia (di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56), nonché di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito set di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, e di monitorare l'andamento degli stessi LEA in relazione alla definizione dei costi standard in attuazione del federalismo fiscale.

Decreto 11 dicembre 2009 Ministero del lavoro della Salute e delle Politiche sociali "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità"

Con questo decreto, è istituito nel nuovo sistema informativo sanitario il monitoraggio degli errori in sanità, la cui realizzazione e gestione è affidata al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali –settore salute – Direzione generale del sistema informativo. Il sistema è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri.

Decreto P.C.M. 18 dicembre 2009 "Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia"

All'art. 1 intitolato Fasce orarie di reperibilità, il presente Decreto indica che, in caso di assenza per malattia, le fasce di reperibilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono fissate secondo i seguenti orari: dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18. L'obbligo di reperibilità sussiste anche nei giorni non lavorativi e festivi.

Legge 23 dicembre 2009, n. 191 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato"

E' composta di soli due articoli, ma ben 247 commi, il testo della Finanziaria per il 2010 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2009. Con questa manovra, sono previsti in particolare i seguenti stanziamenti: adeguamento antisismico delle scuole, sostegno al settore dell'autotrasporto, costruzione di nuove strutture carcerarie e/o ampliamento di vecchie strutture, incremento del fondo 2010 per il finanziamento dell'Università, incremento del fondo per la tutela dell'ambiente e la promozione dello sviluppo del territorio, stabilizzazione di lavoratori Asu, finanziamento di emittenti radiotelevisive locali, scuole private. Tra le principali novità in arrivo, si segnalano: la creazione della cosiddetta Banca del Mezzogiorno S.p.a., la proroga della detassazione dei contratti di produttività per tutto il 2010, assessori e consiglieri comunali (taglio del 20%), norme di attuazione del Patto per la Salute (triennio 2010-2012),

invalidità civile: incremento di 100 mila verifiche Inps al fine di prevenire le frodi, acconto Irpef 2009 (riduzione del 20%).

Quadro normativo 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 Ospedaliero-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 cardiochirurgia, 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.

Regolamento regionale 23 aprile 2009, n. 2 "Regolamento di semplificazione delle commissioni e di altri organismi collegiali operanti in materia sanitaria e sociale in attuazione dell'art. 8 della Legge regionale 19 febbraio 2008, n. 4"

D.G.R. 4 maggio 2009 n. 602 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regione per l'anno 2009"

La Giunta regionale con questa delibera imposta la programmazione finanziaria per il 2009, destinando le risorse per il finanziamento del SSR, quantificando il fabbisogno residuo da finanziare a carico del bilancio regionale 2010, provvedendo al finanziamento per livelli di assistenza e a quota capitarla secondo i criteri e i contenuti illustrati nel documento "Criteri di Finanziamento delle Aziende Usl della Regione Emilia-Romagna-Anno 2009", allegando linee di programmazione (che costituisce il quadro degli obiettivi) e impegnando le Direzioni aziendali al rispetto dell'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario, sia in fase di previsione che di consuntivo, stabilendo anche che ogni Azienda è chiamata a contribuire al raggiungimento degli obiettivi di area vasta, e – da ultimo – definendo che la verifica dell'andamento della gestione aziendale rispetto all'obiettivo economico finanziario assegnato debba essere ordinariamente effettuata con cadenza trimestrale e che, dell'esito, debbano essere informate le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

D.G.R. 20 luglio 2009, n. 1035 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della D.G.R. 1532/2006"

Con questo provvedimento, la Regione Emilia-Romagna ha ridefinito i criteri di esenzione e di compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni erogate in Pronto soccorso. Le nuove regole, entrate in vigore il 26 settembre 2009, sono state adottate per favorire un uso appropriato di queste strutture, garantendo con certezza, in modo omogeneo e trasparente in tutto il territorio regionale, l'esenzione dal ticket per tutte le prestazioni e i servizi che effettivamente devono essere erogati in Pronto soccorso, ferme restando le esenzioni previste dalla normativa vigente.
Le nuove regole sono ispirate a principi di omogeneità e trasparenza. Vogliono favorire un uso appropriato delle strutture d'emergenza, garantendo l'esenzione dal ticket alle prestazioni che devono effettivamente essere erogate nel Pronto Soccorso, oltre a quelle già previste nella normativa vigente. La novità principale è che il pagamento del ticket viene svincolato dal codice di priorità d'accesso, assegnato dall'infermiere all'ingresso nel Pronto Soccorso. In sintesi, sono esenti dal pagamento del ticket le prestazioni: erogate nell'ambito dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) per situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle sei e non superiore alle 24 ore; le prestazioni seguite da ricovero; le prime prestazioni riferite a trauma con accesso al Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento; le prestazioni riferite a trauma con accesso al Pronto Soccorso oltre 24 ore dall'evento, nei casi in cui si dia contestualmente corso ad un intervento terapeutico; le prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti; le prestazioni erogate ai soggetti di età inferiore a 14 anni; le prestazioni riferite a infortuni sul lavoro; quelle riferite ad accessi in Pronto Soccorso formalmente richiesti dai medici e pediatri di famiglia, da medici di continuità assistenziale (guardia medica) o da medici di altro Pronto Soccorso; quelle fornite a soggetti esenti per patologia e/o reddito, o per altre condizioni previste dalla normativa vigente; quelle riferite alle persone straniere temporaneamente presenti (STP), se indigenti ed ai sensi della normativa vigente. Risultano quindi assoggettati al ticket i pazienti che accedono al Pronto Soccorso dopo più di 24 ore dall'evento traumatico, a meno che non vengano erogate prestazioni relative al trauma con valenza terapeutica (come suture, bendaggi, rimozioni di corpi estranei e altro) e coloro che non accedono per trauma e non sono sottoposti a ricovero o a procedura di osservazione breve intensiva (OBI). Sono tenuti al pagamento del ticket anche coloro che lasciano il Pronto Soccorso volontariamente, dopo la visita del medico, senza attendere la conclusione dell'iter clinico.

Legge regionale 23 luglio 2009, n. 9 "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'art. 40 della Legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione della Legge di assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2009 e del bilancio pluriennale 2009-2011. Primo provvedimento generale di variazione"

All'art. 9 della presente legge si rileva l'autorizzazione disposta, a valere sul Capitolo 51708, per risorse vincolate, in relazione anche alle prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza erogate dalle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2009. All'art. 21 si rileva anche l'autorizzazione disposta per il

fondo per la non autosufficienza. All'art. 22 si rilevano invece gli interventi di promozione e supporto nei confronti delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale.

Legge regionale 23 luglio 2009, n. 10 "Assestamento del bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2009 e del bilancio pluriennale 2009-2011 a norma dell'articolo 30 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40. Primo provvedimento generale di variazione"

D.G.R. 27 luglio 2009, n. 1155, "Linee Guida Gestione dei Rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna".

D.G.R. 27 luglio 2009, n. 1171 "Definizione delle linee di indirizzo regionali per l'attività di controllo in materia di ricovero"

D.G.R 9 novembre 2009, n. 1706 integrata dalla D.G.R. 21 dicembre 2009, n. 2108 (che sostituisce interamente l'allegato 1) "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio"

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.

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 2009

Documento che contiene l'insieme delle proposte di intervento che le Aziende intendono perseguire sia come obiettivi specifici che di integrazione.

Delibera del Direttore Generale 24 febbraio 2009, n. 47 "Adozione del Regolamento operativo per la rilevazione del controllo orario informatizzato dei docenti universitari con compiti assistenziali"

Con questo atto, la nostra Azienda adotta un Regolamento operativo per la rilevazione del controllo orario informatizzato dei docenti universitari con compiti assistenziali e dispone l'entrata in vigore della regolamentazione a decorrere dall'1 marzo 2009.

Delibera 18 marzo, n. 62 "Costituzione del Collegio aziendale delle professioni sanitarie - presa d'atto dei risultati delle elezioni dei suoi componenti"

Questa deliberazione costituisce la presa d'atto dei risultati delle elezioni dei componenti del Collegio aziendale delle professioni sanitarie e, al contempo, la procedura di nomina dei componenti (con nominativi evidenziati nella premessa dell'atto stesso) con la quale si costituisce pertanto il Collegio

aziendale delle professioni sanitarie, in attuazione a quanto indicato dall'art. 20 dell'Atto aziendale che lo indica quale organismo che concorre allo sviluppo delle competenze professionali presenti in Azienda.
La decisione assunta con quest'atto è comunicata ai Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata, ai Direttori dei Dipartimenti Amministrativo e Tecnico e delle Tecnologie, al Direttore del Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e al Direttore del Servizio assistenziale.

Delibera 20 marzo 2009, n. 64 "Adozione delle Linee guida per la rilevazione della presenza dei medici in formazione specialistica"
La decisione assunta con questa deliberazione riguarda Linee guida per la rilevazione della presenza dei medici in formazione specialistica che entrano in vigore a decorrere dal 1 aprile 2009.

Delibera 30 marzo, n. 71 "Approvazione del Regolamento di funzionamento del Collegio aziendale delle professioni sanitarie"
Questo atto approva il Regolamento di funzionamento del Collegio aziendale delle professioni sanitarie, parte integrante e sostanziale dell'atto stesso.

Delibera 25 novembre 2009, 285 "Approvazione del manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi di cui al D.P.C.M. 31.10.2000"
Il manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e per gli archivi (così come formulato nel testo allegato all'atto) è approvato con questa decisione. Esso prevede, tra l'altro, l'istituzione del Servizio per la tenuta del protocollo informatico, la gestione dei flussi documentali e degli archivi.

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 2009-2010, nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i Corsi di laurea, nell'a.a. 2009-2010 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, Sport e Salute), 1 corso di laurea magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

Il numero complessivo degli studenti iscritti nei Corsi di Laurea nell'a.a. 2009-2010 è di 3755, di cui 1138 (30,4%) residenti nella provincia di Parma, 791 (22%) infraregione, 1548 (41,2%) fuori regione e 278 (7,4%) stranieri. Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, nell'a.a. 2009-2010 sono in essere 40 corsi, di cui 18 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi. A seguito del riassetto delle Scuole di Specializzazione generato dal DM. 1 agosto 2005, attualmente le Scuole autonome sono 17; 5 sono le Scuole aggregate la cui sede amministrativa è Parma e 18 le Scuole aggregate avente come con sede amministrativa un altro Ateneo. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'a.a. 2009-2010 è pari a 563. Per quanto riguarda i Corsi di dottorato post-laurea, nell'a.a. 2009-2010, sono stati attivati 12 dottorati con un numero complessivo di dottorandi pari a circa 124. Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nell'a.a. 2009-2010 ne sono stati attivati 7 con un numero complessivo di partecipanti pari a circa 65.

Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento. Nell'a.a. 2009-2010 ne sono in essere 10 con un numero complessivo di circa 150 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.

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 2009. In quest'anno, in particolare, 13 tra docenti e ricercatori hanno cessato di svolgere la loro attività, tra questi ben 12 prestavano servizio in convenzione; mentre 1 solo docente ha preso servizio nel 2009.
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 31.12.2009

Facoltà Medicina e Chirurgia	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Assistenti ordinari
Personale docente afferente alla Facoltà	64	68	110	1
di cui convenzionati	44	49*	82**	0

** di cui 2 ricompresi nel Dai dell'Ausl dal 29.7.2009*
*** di cui 2 ricompresi nel Dai dell'Ausl dal 29.7.2009*

Tabella 2 Docenti universitari cessati-assunti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, anni 2007-2009

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2007	1	0	7	1	1	2	0	0
2008	2	3	4	0	5	0	0	0
2009	6	0	5	1	2	0	0	0

Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nel triennio 2007-2009 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
2007	0	0	6	1	1	1	0	0
2008	1	2	3	0	3	0	0	0
2009	2	0	6*	1	4*	0	0	0

** di cui 2 ricompresi nel Dai dell'Ausl dal 29.7.2009*
*** di cui 2 ricompresi nel Dai dell'Ausl dal 29.7.2009*

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 2009-2010 vede coinvolti in modo attivo 223 docenti universitari di cui 1 di altro Ateneo e 2 provenienti da un'altra Facoltà. Impegnati nell'attività di docenza e tutorato per le *professioni mediche* sono anche 16 professionisti del S.S.R. – di cui 14 della nostra Azienda e 2 dell'Ausl – 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 193, di cui 43 di altre Facoltà e 1 proveniente da un altro Ateneo.
I professionisti appartenenti al S.S.R. impegnati per le professioni sanitarie, con i suoi 11 Corsi di laurea, sono numerosi. Tra questi: 296 hanno incarico di insegnamento o modulo, 103 dei quali appartengono alla nostra Azienda, 94 all'Azienda unità sanitaria locale di Parma e 99 a quella di Piacenza. Svolgono funzioni di tutotato 32 tutor d'anno (di cui 21 della nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria, 4 dell'Ausl di Parma e 7 di quella di Piacenza) e circa 800 tutor dedicati ai tirocini. Assumono funzione di coordinamento o direzione di corso 7 coordinatori teorico-pratici, di cui 4 della nostra Azienda, 1 dell'Ausl di Parma e 2 dell'Ausl di Piacenza. Infine 56 professionisti svolgono attività di didattica integrativa; tra questi, 46 afferiscono al nostro policlinico, 4 all'Asul di Parma e 6 a quella di Piacenza. Infine, si segnala che 191 professionisti del S.S.R. svolgono incarichi di docenza o tutoraggio per le Scuole di specializzazione: questo dettaglio è evidenziato nelle pagine del capitolo 3.6 di questo volume, dedicato all'*Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*.

Per fare fronte a specifiche esigenze in merito alla formazione medico-specialistica, ai sensi dell'art.14 comma 4 del Protocollo d'Intesa Regione-Università, l'Università degli studi si avvale di strutture pubbliche e private convenzionate: la Chirurgia generale e l'ortopedia e traumatologia presso il presidio ospedaliero di Fidenza-San Secondo e la Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare presso il Presidio sanitario della Fondazione Don Carlo Gnocchi "Centro S.M. ai Servi di Parma".
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 analoga 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, nel periodo antecedente il 2009:

- 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,
- 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,
- convenzione con Politecnico di Milano per studenti e/o laureati e/o diplomati,
- convenzione tra l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano per lo svolgimento di tirocini di formazione e orientamento,
- convenzione quadro tra l'Università degli Studi di Firenze per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento,
- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento del tirocinio pratico post-laurea dei laureati in psicologia,
- 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,
- 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,
- 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",

- 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,
- convenzione unica tra l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini di orientamento,
- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Farmacia per lo svolgimento del tirocinio professionale,
- convenzione con l'Università degli Studi di Siena per tirocinio di formazione e orientamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia per tirocinio formativo e di orientamento, ,
- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per il tirocinio di formazione e orientamento,
- convenzione con l'Università di Pisa, Facoltà di Lettere e Filosofia, per tirocinio formativo e di orientamento

Di seguito sono riportate le convenzioni stipulate nel corso del 2009:

- convenzione con l'Università degli Studi di Aquila, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per tirocinio di formazione e orientamento,
- convenzione con l'Università telematica Telma di Roma per tirocinio formativo e di orientamento,
- convenzione con l'Università telematica Pegaso di Napoli per il tirocinio di formazione e orientamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano, Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche e Diagnostiche, per tirocinio formativo,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia, Dipartimento di Psicologia, per il tirocinio pratico post laurea,
- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia corso di Laurea in Tecniche di Fisiopatologia Cardiovascolare e perfusione cardiovascolare, per tirocinio formativo e di orientamento.

Nell'ambito del percorso di collaborazione avviato dal Servizio Sanitario Regionale con le Università dell'Emilia-Romagna, per quanto concerne l'attività di integrazione con le Facoltà di Medicina e Chirurgia relativamente alla formazione medico-specialistica, punto cardine è rappresentato dall'incentivare il pieno utilizzo della rete formativa di ciascuna Scuola di specializzazione e, prioritariamente, delle strutture di sede, ossia delle strutture a direzione universitaria e/o ospedaliera facenti parte dell'Azienda di riferimento, nella quale insiste la struttura universitaria sede della direzione della Scuola di specializzazione. A livello locale, in questo contesto, l'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica stipulato in data 7.11.2008 ha accentuato la disponibilità delle strutture di sede a direzione ospedaliera a soddisfare le esigenze formative previste dai piani di formazione delle Scuole di specializzazione di area sanitaria dell'Università degli Studi di Parma.
Nel contesto dell'utilizzo delle strutture ospedaliere per lo sviluppo della formazione professionalizzante, oltre alle sinergie realizzate con le Scuole di specializzazione del nostro Ateneo, si rileva anche l'offerta per altre Università a fini della didattica integrativa. Nel merito si elencano le seguenti convenzioni:

- convenzione con l'Università di Verona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica, per attività di didattica integrativa presso l'unità operativa di Chirurgia pediatrica,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia, Scuola di specializzazione in Chirurgia pediatrica, per attività integrativa presso l'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica,
- convenzione con l'Università di Ferrara, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Radiodiagnostica,
- convenzione con l'Università di Bologna, Facoltà di Farmacia, Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera,
- convenzione con l'Università di Modena-Reggio Emilia, Facoltà di Farmacia, Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera, per attività didattica integrativa presso il Servizio Farmacia,
- apposita convenzione è stata altresì instaurata con l'Università degli Studi di Parma a seguito dell'istituzione, nel mese di gennaio 2009, della Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera.

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 sempre più anche la valorizzazione del ruolo dei professionisti del S.S.R. nel percorso formativo, come evidenziato nel paragrato *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca* del capitolo 3 del presente volume.

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

Sulla base dei dati presenti nella 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 nel 2009 dalla Regione all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Piano sociale e sanitario 2008-2010, Linee di programmazione per il 2009).
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. Nel corso del 2009, infatti, il tasso di ospedalizzazione della provincia di Parma, standardizzato per età, ha registrato rispetto all'anno precedente un decremento complessivo di circa 3 punti, passando da 180 per mille abitanti del 2008 a 181 del 2009, consolidando il trend degli ultimi anni (tabella 4 e grafico 1). La riduzione è concentrata sul regime ordinario, che passa da 136 del 2008 a 131 del 2009 attestandosi ad un livello inferiore alla media regionale, mentre per il day hospital si osserva un valore superiore alla media regionale, in ragione di un maggior numero di ricoveri sia chirurgici che medici, rispetto all'anno precedente.

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 51% 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 (15%) della media regionale (18%), mentre l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma è pari al 17% del totale dell'attività, quota superiore a quella rilevata a livello regionale, 11% dei ricoveri (grafici 2 e 3).

Tabella 4 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2007-2009

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	
2007	137	23	24	48	185	137	21	25	46	183
2008	136	24	23	47	184	136	21	23	44	180
2009	131	25	24	49	181	133	21	23	44	177

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna.
Note: I dati sono comprensivi del 5° invio regionale e della mobilità passiva extraregionale 2008
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 2008-2009

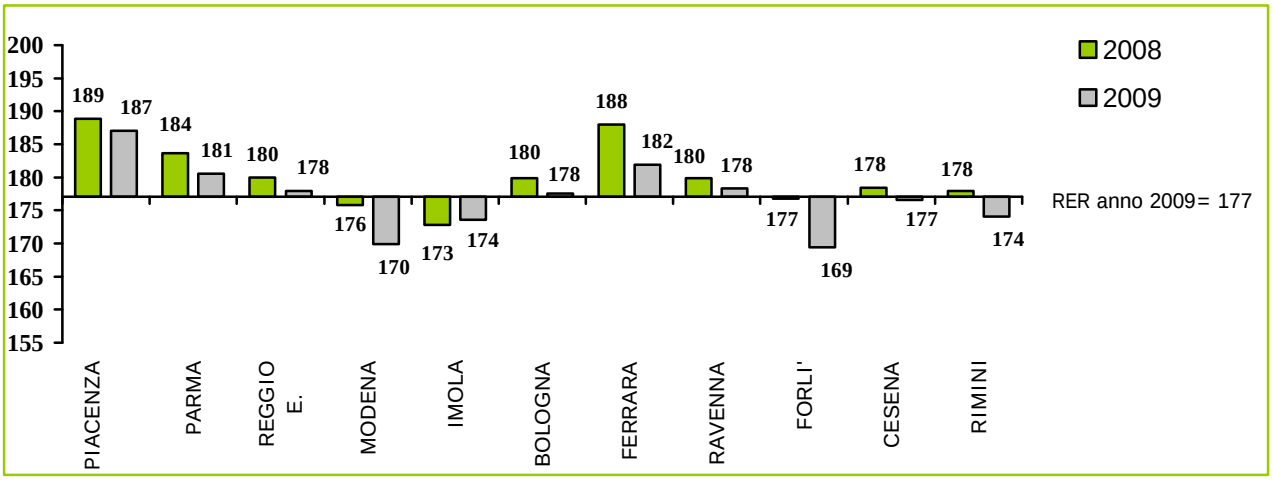


Tabella 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2007-2009

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 (ANNO 2008)	% totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2007	17	17	52	86	5	1	8	100
2008	17	17	52	86	5	1	8	100
2009	18	17	51	86	5	1	9	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 2009 - 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
18	17	51	5	1	9		47	11	26	9	2	7

Fonte: Banca dati SDO
Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani
Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2008

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2009

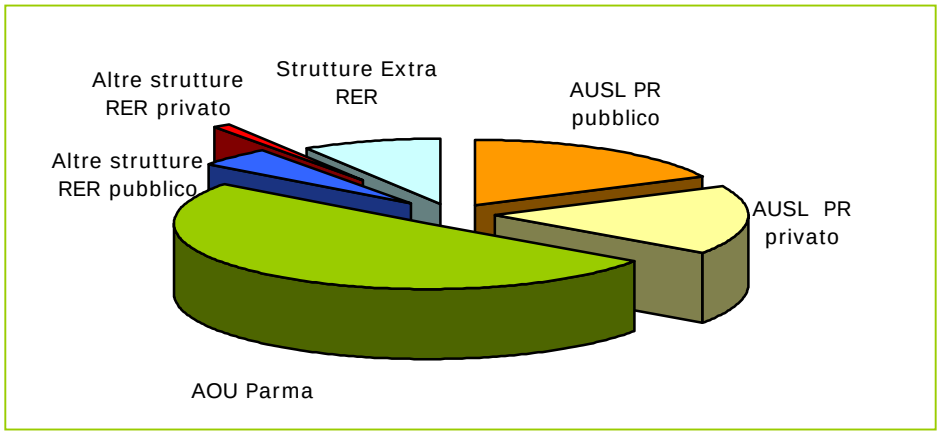
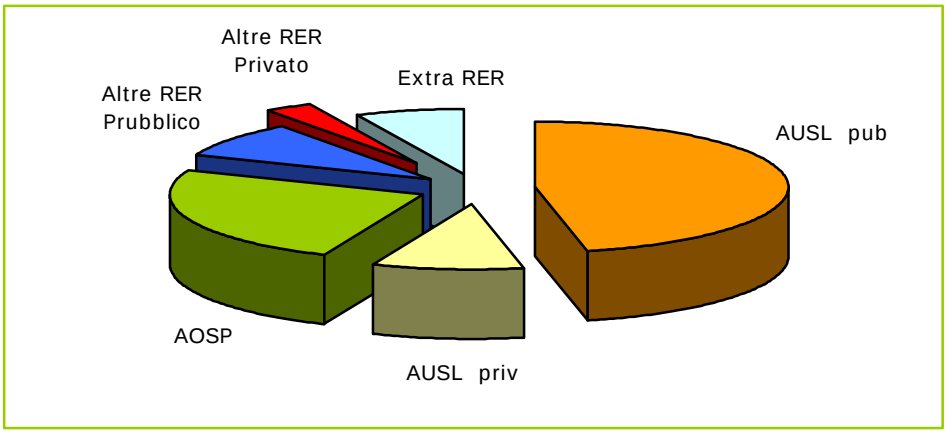


Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2009



La capacità di attrazione di un ospedale viene espressa mediante l'indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha mantenuto costante l'indice di attrazione nel corso del triennio 2007-2009 che si attesta intorno al 22% (si vedano la tabella 7 e i grafici 4 e 5).

Tabella 7 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione – confronto AOU Parma e Aziende ospedaliere della RER, anni 2007-2009

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
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
2009	AOU PR	47,6	30,2	10,5	11,7
	AOSP RER	45,5	28,4	9,1	17

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 2009

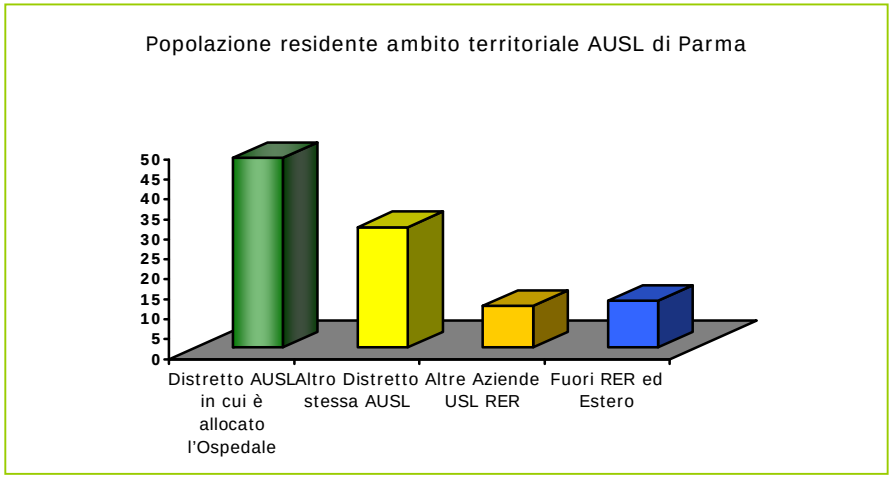
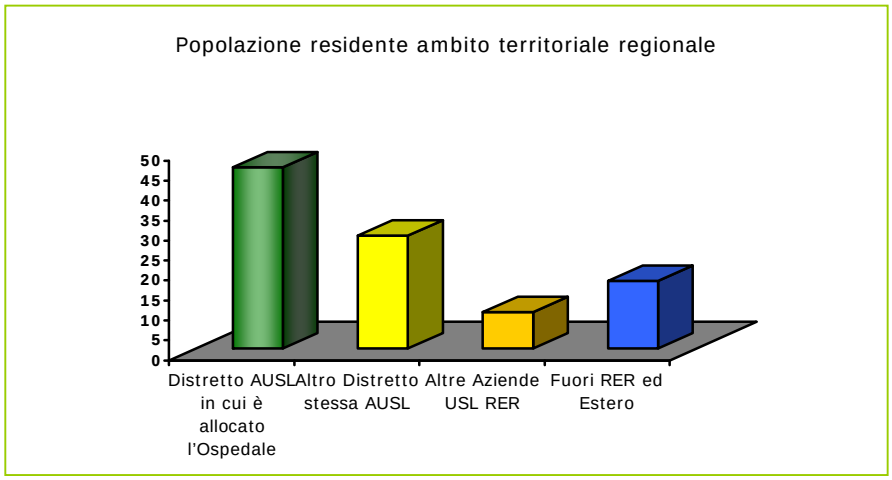


Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2009



Relativamente all'attività erogata in regime ambulatoriale (tabella 8 e grafici 6 e 7), per l'analisi dei bisogni della popolazione, è stato scelto un indicatore sovrapponibile a quello utilizzato per i ricoveri: l'indice di consumo (numero di prestazioni annuali per 1000 residenti) standardizzato per età, 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 uno dei più bassi a livello regionale.

Tabella 8 Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione, anni 2007-2009

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
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
2009	PR	1354	9586	385	452	1592	13369	3783
	RER	1500	11249	453	494	1479	15175	3926

Fonte: Banca dati ASA
Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2009
Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2008

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2009

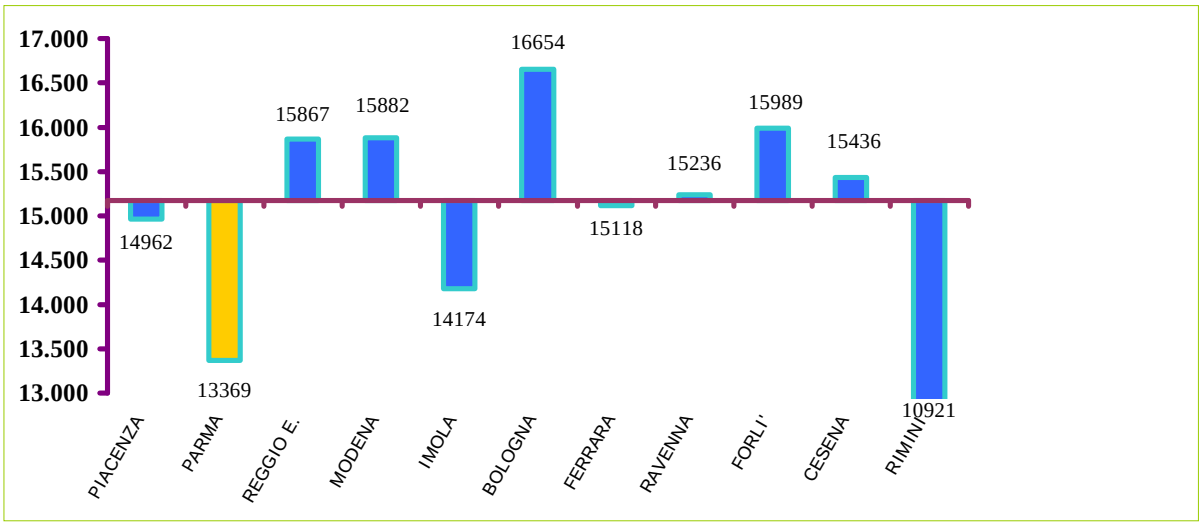
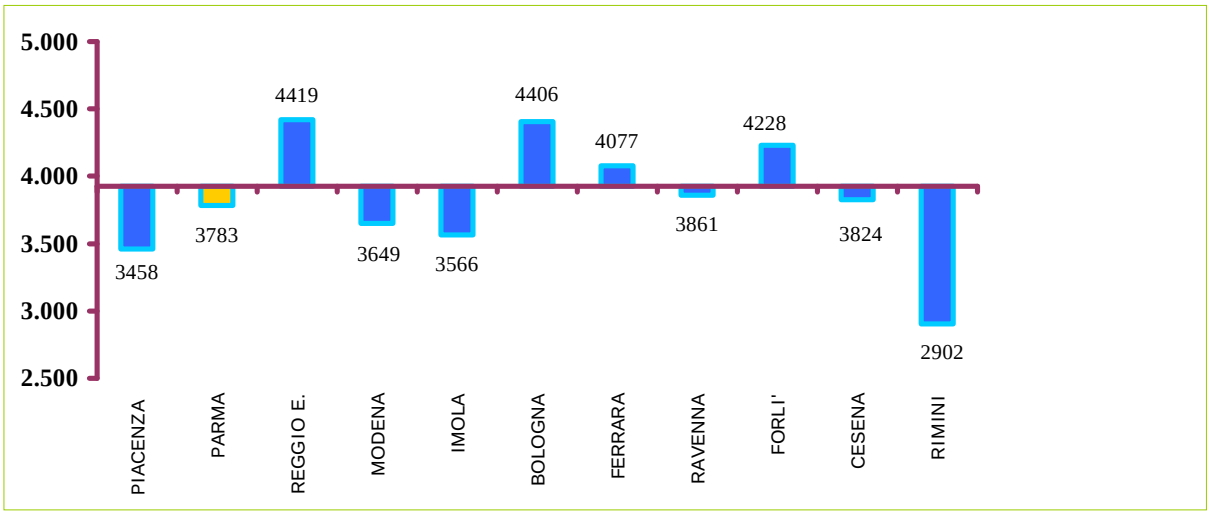


Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2009



Dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione (tabella 9), si evince che i parmigiani si rivolgono in modo significativo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria del capoluogo di provincia, che eroga il 42% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti, contrariamente al dato medio regionale, in cui le Aziende Usl emergono come i maggiori erogatori a favore dei cittadini residenti (66% delle prestazioni).
Un altro indicatore di particolare interesse è l'indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dalla popolazione, dal quale si evince che l'AOU di Parma eroga oltre il 50% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto (tabella 10 e grafico 10).

Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2007-2009

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda ospedaliera che insiste sul territorio	(*)Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2008)
2007	PR	48,6	42,5**	4,5	4,4
	RER	66,0	22,8	7,0	4,2
2008	PR	49,4	40,6**	4,8	5,3
	RER	66,1	22,2	7,2	4,5
2009	PR	48,0	42,4 **	4,1	5,6
	RER	65,5	22,4	7,2	4,9

Fonte: Banca dati ASA (dalle pagine riservate per il BdM)
** La voce "Altre Aziende R.E.R." comprende anche II.OO.R.*
*** nel dato non sono ricomprese le prestazioni di laboratorio (attività punti prelievi cittadini) effettuate dall'AOU*
Nota: Non sono disponibili i dati di mobilità passiva per l'anno corrente. Sono considerate le schede dell'anno 2008

Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2009

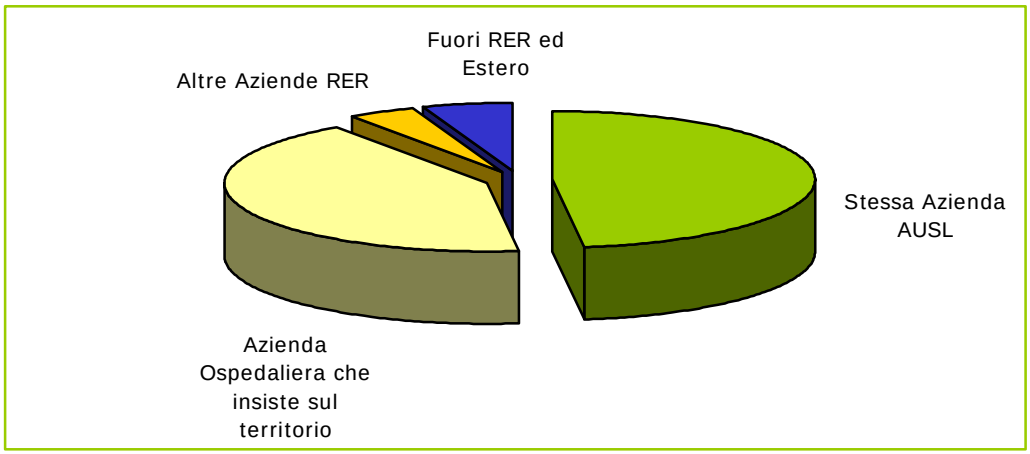


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2009

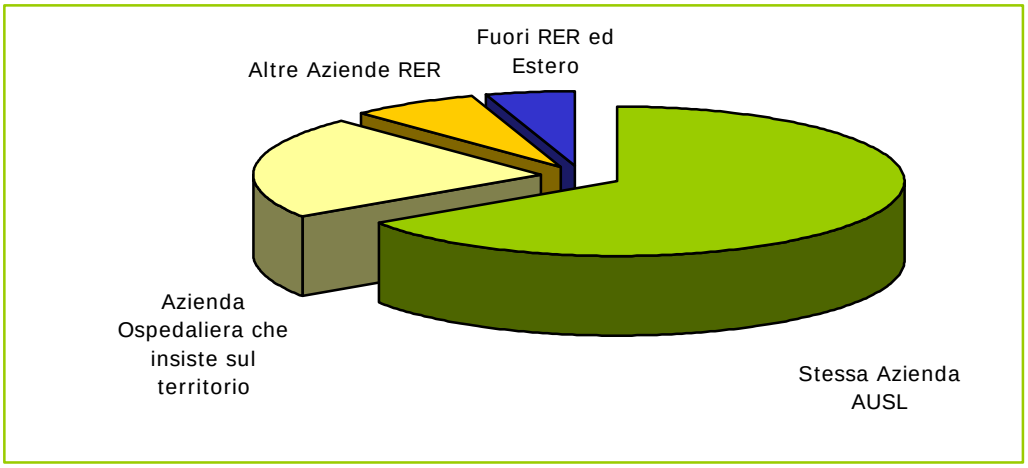


Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2007-2009, tutte le prestazioni

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
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
2009	AOU PR	51	28	9	12
	AOSP RER	52	30	8	11

Fonte: Banca Dati ASA (dalle pagine riservate per il BdM). Sono escluse le prestazioni di Laboratorio

Grafico 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dalla popolazione, anno 2009

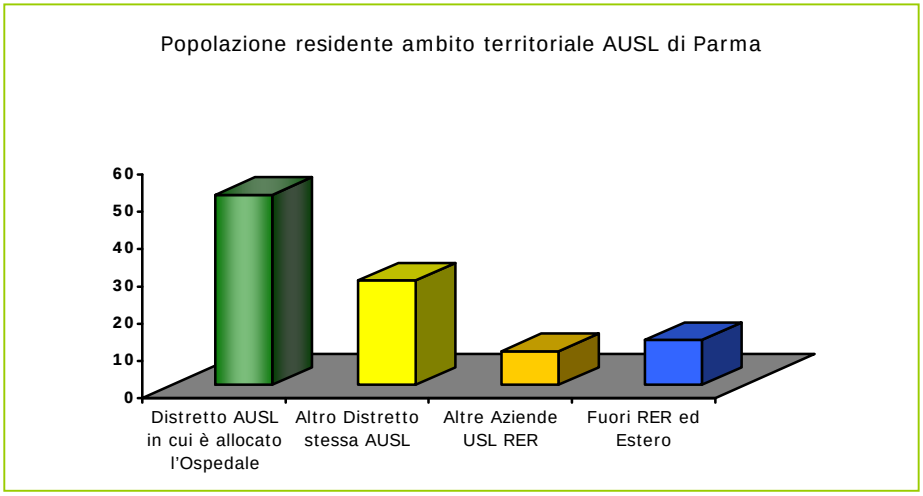
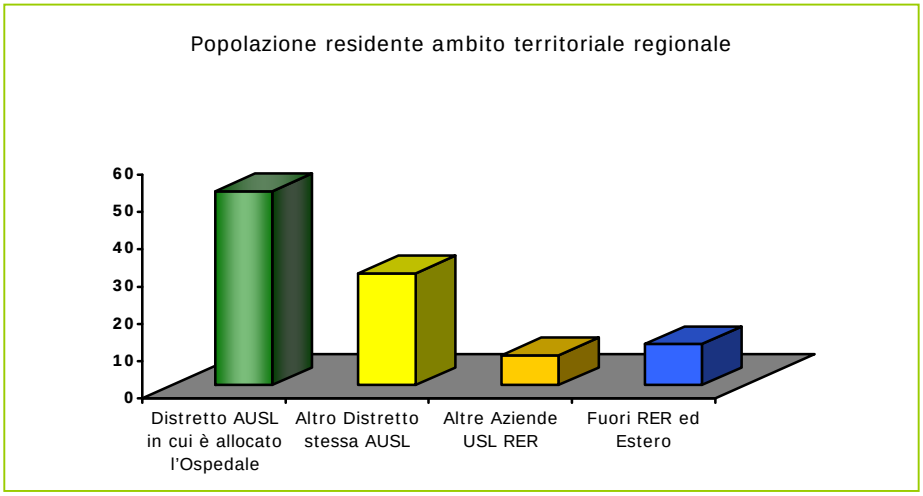


Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2009



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 sono state apportate 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 2009.
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 di 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 inappropriatezza da regime ordinario a day hospital,
- 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 obbiettivi 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 2009 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 (DGR 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 seguente sono riportate le reti ufficialmente riconosciute dalla Regione Emilia-Romagna, 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, coordinanta dal Centro Riferimento Trapianti della RER, a cui afferiscono residenti e non della Regione. Le iscrizioni in lista presso il Centro Trapianti di Parma, sono al 31/12/2006 (ultimo dato disponibile) 535 di cui 25% residenti in Emilia Romagna ed il 75% fuori regione. Il dato regionale al 31/12/2007 e 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 Inegrato 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 Cardiochiurgica 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-ocidentale. 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

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

Alte specialità riabilitative:			
Riabilitazione gravi mielolesioni		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva		Centro Spina Bifida	
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 terittori di PC e PR
Terapia Intensiva Neonatale	Terapia Intensiva Neonatale		Bacino d'utenza è realtivo alle province di Parma e Piacenza
Sistema Trasfusionale-Piano Sangue		Servizio Immunotrasfusionale	
Sistema Centrali Operative (118), Emergenza Territoriale	Dipartimento Emergenza- Urgenza		La rete è costituita dalla Guardia Medica, dal 118 e dal Pronto Soccorso, e comprende tutte le Associazioni di volontariato impegnate con le proprie ambulanze nella pubblica assistenza. Il bacino d'utenza è la provincia di Parma
Malattie Rare			
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	Centro Emostasi, UO Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		Come risulta evidente dalla rappresentazione grafica della rete per l'Emofilia e le malattie emoragiche congenite, l'Azienda è confermata nel suo ruolo hub unico in tutta la regione
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	DipartimentoTesta-Collo (Struttura Semplice ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Il bacino di riferimento per questa funzione Hub (istituita con Delibera di giunta Regionale 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

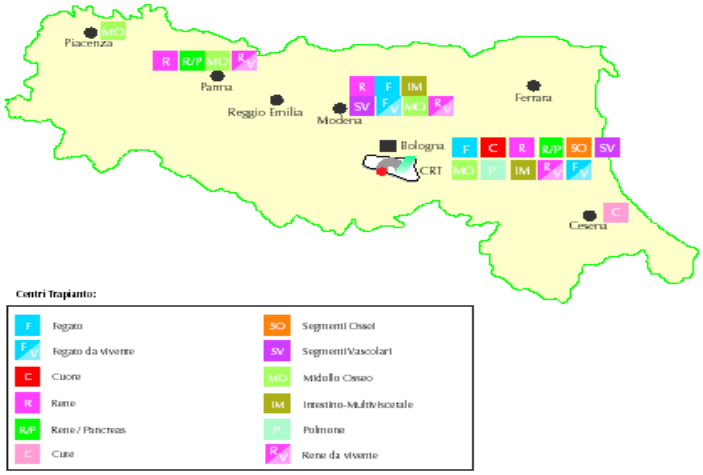
Figura 1 Rappresentazione geografica delle reti integrate regionali, per le discipline in cui i reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono componenti hub o spoke

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

Trapianti d'Organo



ri

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.

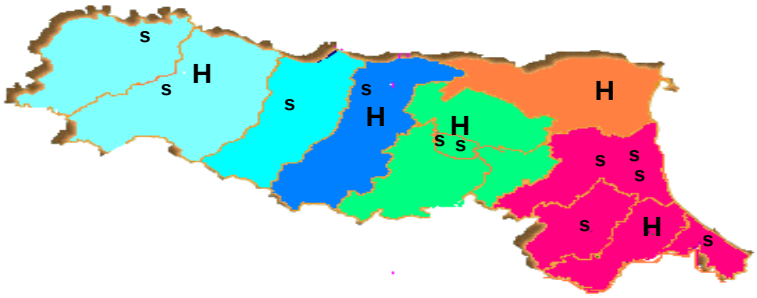
Cardiochirurgia ed Emodinamica diagnostica ed interventistica

Legenda:

s Unità Terapia Intensiva Cardiologica
h Hub sede di emodinamica diagnostica ed interventistica
H Hub cardiochirurgico 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



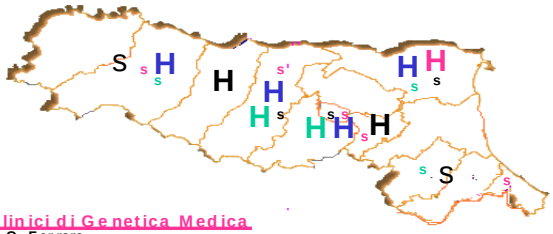
Le funzioni hub di Neurochirurgia e Neuroradiologia, che all'interno dell'Azienda si integrano funzionalmente, garantiscono l'assistenza ai pazienti con patologie del Sistema nervoso centrale e periferico, caratterizzate da bassa incidenza, elevata complessità e necessità di supporti di alto contenuto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

Legenda:

H = Hub Neurochirurgico/Neuroradiologico/Neurologico
s = Spoke: U.O. di Neurologia

Criteri:
1 Centro Hub ogni 800.000/1.000.000 unità di popolazione residente

Servizi di Genetica Medica



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.

Servizi Clinici di Genetica Medica
H = Hub: A.O. Ferrara ;
S = Spoke: A.O. Modena, Bologna e Parma, AUSL Imola e AUSL Rimini

Laboratori di Citogenetica
H = Hub: A.O. Reggio Emilia, AUSL Imola
S = Spoke: A.O. di Modena, Ferrara e Bologna, Area Piacenza-Parma, Area Cesena-Forlì-Rimini

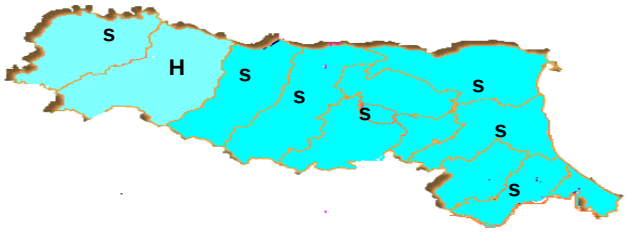
Laboratori di Genetica Molecolare
H = Hub: A.O. di Ferrara, Modena, Bologna e Parma

Servizi Clinici di Genetica Oncologica
H = Hub: A.O. Modena
S = Spoke: A.O. di Parma, Bologna, Ferrara; AUSL Forlì

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).

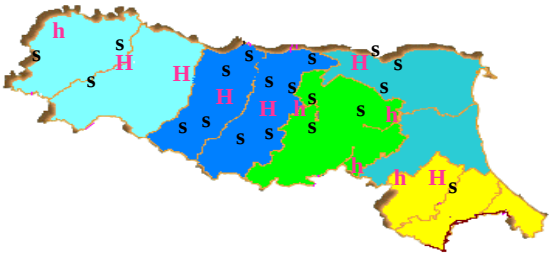
La nostra Azienda è confermata anche nel 2009 nel suo ruolo hub (unico in tutta la regione) per il coordinamento della rete per le malattie emorragiche congenite.

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)

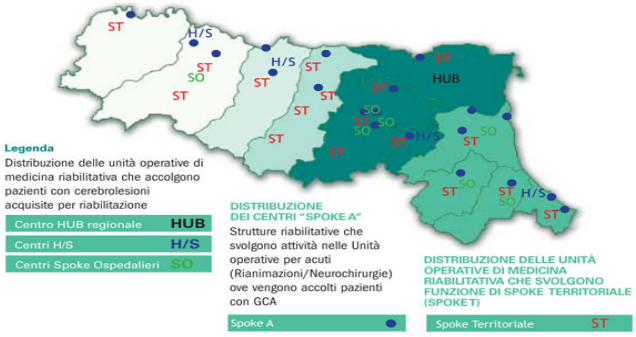
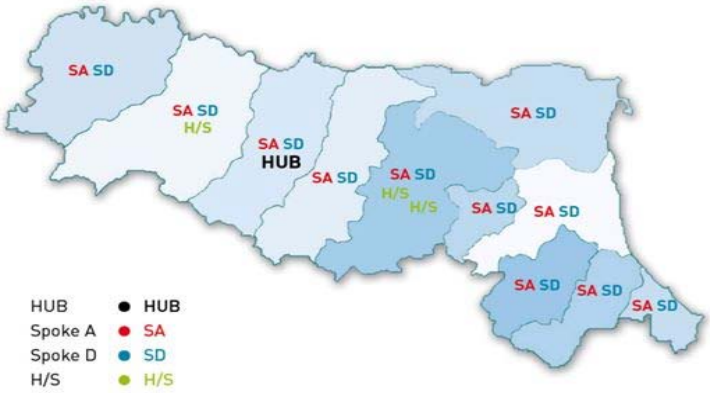


Figura 3 Alte specialità riabilitative: rete hub & spoke per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva



Legenda:

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

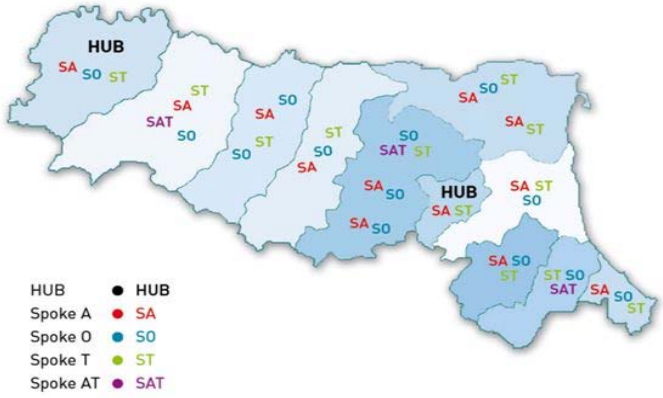
Spoke A (aziendali) = generalmente a valenza aziendale/provinciale o di area vasta, sono costituite dalle consulenze espresse da più servizi specialistici, territoriali o ospedalieri.

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 ospedaliere 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 tre 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 mielolese.

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/anno attribuiti ai DRG 405, 473, 481 per ciascuna struttura. La nostra Azienda, come si evince dalla tabella seguente (tabella 12), attraverso la funzione hub Centro trapianti Midollo Osseo – CTMO, con i suoi complessivi 256 casi (incrementati rispetto al 2008) dimostra un'elevata capacita di trattamento di questa casistica particolarmente complessa e ad alta severità per la quale nel 2009 si è anche ridotta la mortalità intraospedaliera passando dal 13% al 10% .

Tabella 12 Attività oncoematologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2008-2009

\DRG	Dimessi 2009	Dimessi 2008	Valore soglia minimo
405 M-leucemia acuta senza interventi chirurg. maggiori, età <18	104	97	
473 M-leucemie acute no interventi maggiori, età >17	137	108	
481 C-trapianto di midollo osseo	15	21	
Totale complessivo	256	226	**50**

L'indicatore relativo al volume minimo di attività da erogare presso una Terapia intensiva neonatale rileva, nonostante la riduzione dei casi rispetto al 2008, l'elevata capacita della AOU di Parma di trattare casistica complessa, individuata mediante il set di DRG indicato dal gruppo ministeriale ed elencato nella tabella successiva (tabella 13).
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 2008-2009

DRG	Dimessi 2009	Dimessi 2008	Valore soglia minimo
385 -Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale	42	40	
386 -Neonato gravemente immaturo/sindr. da distress respiratorio	32	46	
387 -Prematurita' con affezioni maggiori	38	60	
388 -Prematurita' senza affezioni maggiori	147	174	
389 -Neonati a termine con affezioni maggiori	119	210	
390 -Neonati con altri affezioni significative	647	1.011	
Totale complessivo	1.025	1.541	**506**

In merito al Trauma Center (tabella 14), la casistica è identificata nei tre DRG indicati in tabella e il valore soglia minimo è stato stabilito in 25 ricoveri/anno per struttura. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha trattato nel 2009 un numero significativamente superiore di casi rispetto a quello indicato dal gruppo di lavoro ministeriale. Si rilevano, inoltre, un incremento della casistica rispetto all'anno precedente e una riduzione della mortalità intraospedaliera.

Tabella 14 Attività di Trauma Center dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, confronto 2008-2009

DRG	Dimessi 2009	Dimessi 2008	Valore soglia minimo
484 C-craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	3	4	
485 C-reimpianto di arti, interv.su anca e femore per traumat.mult.	20	11	
486 C-altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilev.	33	27	
Totale complessivo	56	42	**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 (n.15) proposta di seguito (evidenziati con sfondo più chiaro); secondo il gruppo di lavoro ministeriale è sufficiente anche un numero esiguo di casi trattati per ritenere qualificato il Centro ustioni a trattare casi complessi. Nel 2009 si rileva un incremento della casistica. 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 2008-2009

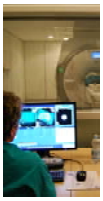
DRG	Dimessi 2009	Dimessi 2008
504 C-ustioni estese di terzo grado con innesto di cute	22	18
505 M-ustioni estese di terzo grado senza innesto di cute	2	2
506 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz.si cc/trauma	3	15
507 C-ust.estese tutto spess.innesto cute/lesione inalaz.no cc/trauma	100	88
508 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.cc/trauma	5	1
509 M-ust.estese tutto spess.no innesto cute/lesione inalaz.no cc/trauma	10	12
Totale complessivo	142	136

Fonte: Banca Dati regionale SDO - Tulle le precedenti tabelle sono state elaborate prima del 13° invio

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

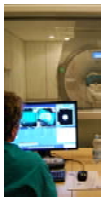
Risultato d'esercizio

Il risultato di esercizio anno 2009 consente di affermare che l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali dell'esercizio sono da considerarsi raggiunti.
La perdita dell'esercizio 2009, pari a 10,841 ml. di euro, è contenuta nei limiti dell'autorizzazione regionale (D.G.R. 234/2010) che ha individuato come obiettivo per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario un importo pari all'ammontare delle quote di ammortamento al netto della "sterilizzazione" dei beni durevoli in inventario al 31.12.2007 pari a 10.892.548 euro. La perdita conseguita risulta inferiore a tale limite di 51.348 euro.
Nel corso dell'esercizio si è registrato, rispetto al bilancio preventivo, un incremento del "valore della produzione" pari a 9,95 ml. di euro e dei "costi di produzione" pari a 9,90 ml. di euro. È evidente come l'incremento dei costi della produzione, rispetto a quanto preventivato, sia stato interamente assorbito dall'aumento del valore della produzione. Quest'ultimo è stato prodotto sia da maggiori contributi in conto esercizio (trasferimenti della Regione o di altri Enti destinati a finanziare alcune attività specifiche, a remunerare costi non considerati nelle tariffe fissate per la compensazione dell'attività resa in mobilità, oppure contributi erogati con destinazione vincolata a determinati progetti) che da maggiori proventi e ricavi di esercizio in relazione all'incremento del valore delle prestazioni di degenza ospedaliera extraregionale per l'aggiornamento delle Tariffe Uniche Convenzionali.
La gestione finanziaria ha inciso positivamente sul risultato di esercizio (costi inferiori rispetto a quanto preventivato), soprattutto per la diminuzione degli interessi passivi sui mutui e sulle anticipazioni del Tesoriere.

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Risultato netto d'esercizio	-12.164	-8.764	-10.841

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 2009 abbia inciso sul risultato operativo della gestione caratteristica l'incremento del valore della produzione. I minori ricavi, rispetto al preventivo, per prestazioni in regime di attività libero-professionale, sterilizzazione delle quote di ammortamento, compartecipazioni alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) e trasporti sanitari in eliambulanza di pazienti non residenti nella regione sono stati ampiamente compensati dai maggiori ricavi per contributi in conto esercizio, attività di somministrazione farmaci, prestazioni diverse e cessione di beni, sopravvenienze attive e insussistenze del passivo e per rimborsi e consulenze. Si precisa che tra i contributi finalizzati dell'esercizio figurano anche contributi relativi ad esercizi precedenti e fra questi le quote dei contributi per i programmi di ricerca Regione – Università riscontati nell'esercizio precedente e utilizzati nel corso del 2009. Nell'aggregato sono contabilizzate anche l'assegnazione delle "Risorse regionali per l'equilibrio economico-finanziario" pari a 3,8 ml. e le somme trasferite da altre Aziende della Regione per i programmi di ricerca in cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma non è capofila e altre assegnazioni di Enti pubblici.

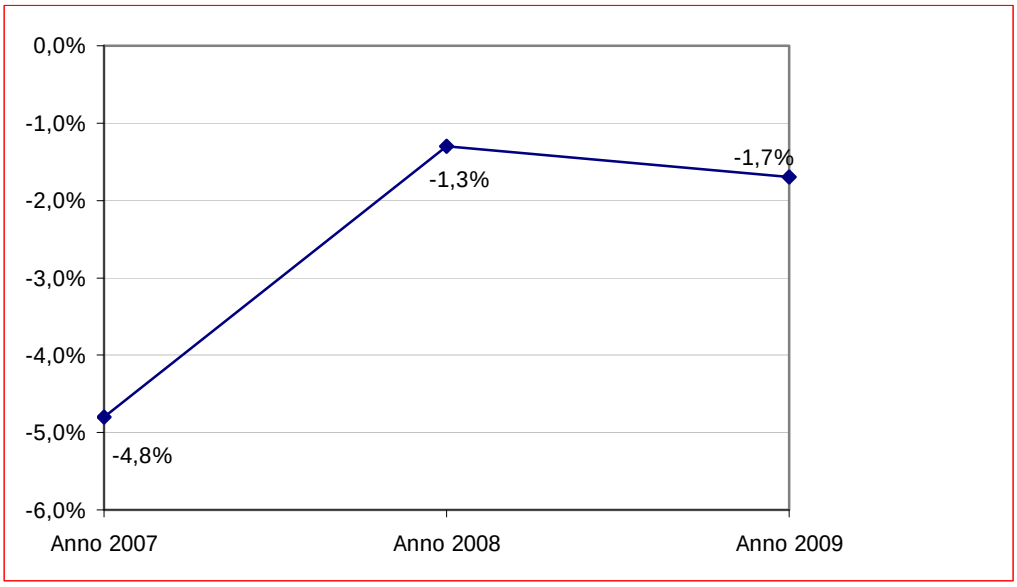


	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-122,0%	-50,4%	-55,4%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	22,0%	-49,6%	-44,6%

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.

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

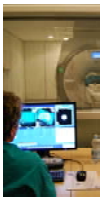
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Risultato della gestione caratteristica / Ricavi disponibili	-4,8%	-1,3%	-1,7%



Proventi e ricavi d'esercizio

I proventi e ricavi di esercizio 2009 presentano un valore superiore (+5,104 ml. di euro) rispetto alle previsioni derivante da: ricavi per prestazioni di ricovero (+1,764 ml.), attività libero professionale (-0,635 ml.), ricavi per prestazioni ambulatoriali in mobilità (+0,092 ml.), per somministrazione farmaci (+3,745 ml.), prestazioni diverse (+0,178 ml.), trasporti (-0,051 ml.) e consulenze (+0,011 ml.). La struttura dei proventi e ricavi di esercizio rileva la forte incidenza dei ricavi per prestazioni tariffate sul totale dei ricavi.

In particolare si segnala che, nel corso dell'anno 2009, si è proceduto nel processo di razionalizzazione e riduzione 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 riguardo, è stata incentivata nel 2009 la realizzazione di reti integrate di servizi aziendali (RIS) per le seguenti patologie: Tumori Colon-Retto, Tiroide e Diabete. 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

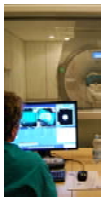


cardiologiche interventistiche e dei grandi traumi (trauma center) per l'interazione tra fase acuta e fase riabilitativa.
Nel corso del 2009 il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Parma standardizzato per età (utilizzando per la mobilità passiva extra-RER il dato 2008 in quanto l'anno 2009 non è ancora disponibile) ha registrato un decremento complessivo di circa 3 punti rispetto all'anno precedente passando da 184 per 1.000 abitanti nel 2008 a 181 per 1.000 abitanti nel 2009, consolidando così il trend degli ultimi anni. La riduzione è concentrata sul regime ordinario, che passa da 136 del 2008 a 131 del 2009, attestandosi ad un livello inferiore alla media regionale, mentre per il DH si osserva un valore superiore alla media regionale in ragione di un maggior numero di ricoveri sia chirurgici che medici rispetto all'anno precedente. Dall'analisi complessiva dei principali indicatori di attività si evince che nell'anno 2009 si è proseguito nel processo di consolidamento e di sviluppo dei risultati conseguiti in questi anni sia in termini di appropriatezza che di efficacia e efficienza. I risultati di tale politica sono riscontrabili nell'anno 2009 in una diminuzione dell'attività in regime ordinario (-3%) a cui si associa uno speculare incremento dei ricoveri in regime di Day Hospital (3%) ed un aumento, sempre in Day Hospital, della casistica relativa ai DRG chirurgici. Questo risultato conferma l'efficacia del processo intrapreso dall'Azienda rispetto al trasferimento di attività dal regime ordinario a quello diurno, in relazione alla ricerca del miglior setting organizzativo nell'erogazione delle prestazioni, in un'ottica di ottimizzazione e responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse a disposizione. Tale dinamica ha concorso alla razionalizzazione della dotazione di posti letto e si osservano, inoltre, effetti positivi sia sul tasso di occupazione che sulla degenza media. Sempre correlato alla promozione di modalità organizzative alternative al ricovero ordinario, si rileva un significativo decremento dei DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario (-11%) rispetto all'anno 2008. Infine, si osserva che nel 2009 l'attrazione di pazienti provenienti da altre Province della Regione e da altre Regioni rappresenta complessivamente il 23% della casistica trattata in regime di ricovero ordinario rispetto al 22% dell'anno precedente, con un lieve incremento che ha riguardato l'incidenza delle altre Province della Regione.

L'attività erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2009, comprensiva delle prestazioni derivanti dall'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda USL, ha registrato un notevole incremento dal punto di vista dei ricavi dell'attività prodotta (+7% pari a 3.298.310 euro), ma ha subito una lieve flessione in termini di numero di prestazioni rispetto all'anno precedente (-2% pari a –78.434 prestazioni). Da anni infatti l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è impegnata nel miglioramento delle modalità organizzative di erogazione, nel garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre che nella fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.
Dai dati di mobilità attiva si rileva una modesta riduzione, sia in termini quantitativi che di ricavi, dell'attività erogata a favore di pazienti provenienti da altre regioni e di pazienti stranieri o sconosciuti. L'attività connessa all'assorbimento della diagnostica di laboratorio dei punti prelievo dell'Azienda USL si mantiene in incremento (+1% di prestazioni pari a +545.456 euro). Per quanto riguarda invece i pazienti residenti a Parma e Provincia o provenienti da altre Province della Regione Emilia-Romagna, si evidenzia una relativa diminuzione del numero delle prestazioni erogate (-2% e –4%) cui però ha corrisposto un notevole incremento dei ricavi (+7% pari a +2.280.461 euro e +23% pari a +730.415 euro). Esaminando in dettaglio le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali, risultano maggiormente evidenti i risultati delle azioni intraprese dall'Azienda al fine di razionalizzare i percorsi dei pazienti e ottimizzare le risorse a disposizione, in adesione alle disposizioni regionali e a quanto programmato nel Piano Attuativo Locale. Si registra infatti nel 2009 un incremento nell'utilizzo della modalità di Day Service, in relazione all'attivazione in corso d'anno di diversi percorsi specifici per patologia, oltre che a una migliore gestione dei pazienti attraverso l'Osservazione Breve Intensiva (+15% di accessi). L'attività di Pronto Soccorso non seguito da ricovero si è mantenuta costante, mentre sono aumentati gli accessi diretti o per visite urgenti h 24. I tavoli congiunti con l'Azienda territoriale e i Medici di Medicina Generale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva hanno determinato una lieve flessione anche sull'attività programmata (prime visite e controlli) e sugli accessi in urgenza differibile.

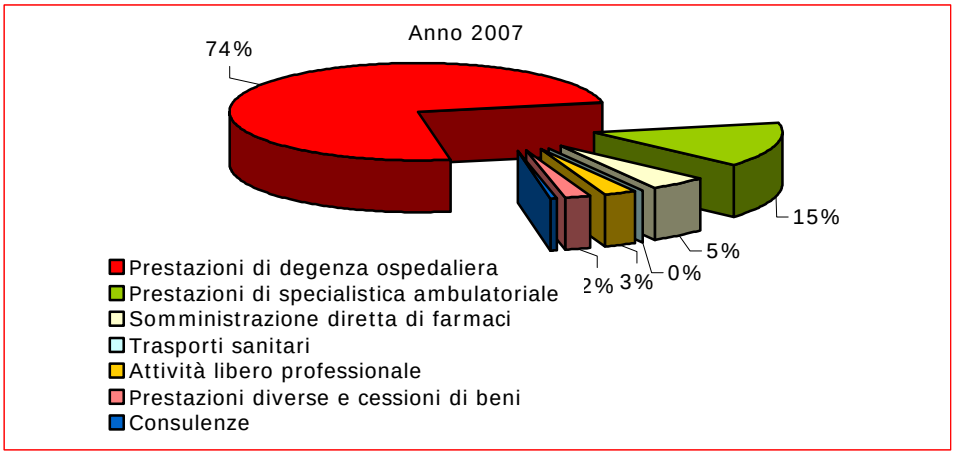
Si precisa che, dal 1 agosto 2009 l'Unità Operativa di Psichiatria è stata integrata nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Parma e che il trasferimento ha comportato una riduzione del numero dei ricoveri (-271 ricoveri rispetto all'anno 2008) e delle prestazioni ambulatoriali (-31.000 euro).

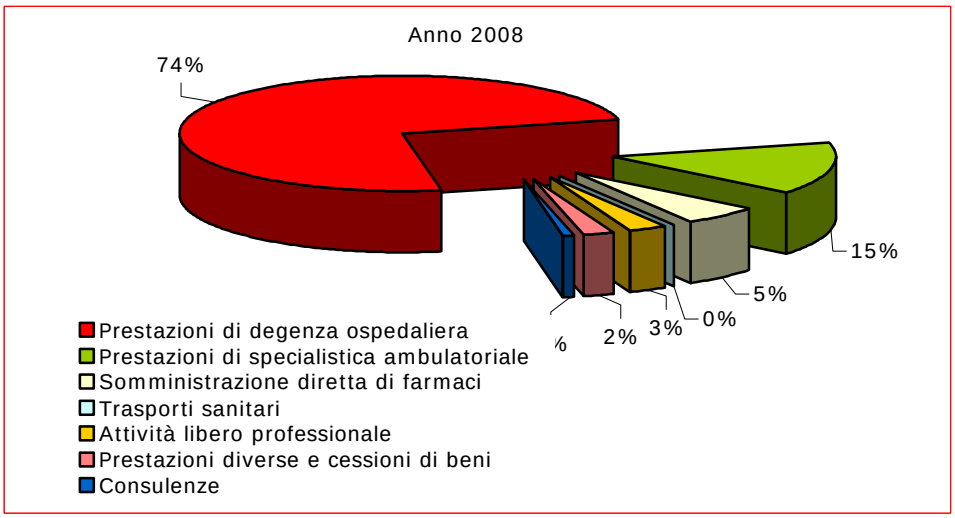
Per quanto riguarda l'attività di somministrazione farmaci, i dati di fine esercizio evidenziano un sostanziale incremento rispetto alle previsioni iniziali (+3,745 ml.). In particolare, è risultato in aumento il valore relativo all'attività resa a favore dei residenti nella Provincia di Parma (+1,73 ml.), dei residenti nelle altre Province della Regione (+0,472 ml.) e extra Regione (+1,545 ml.)

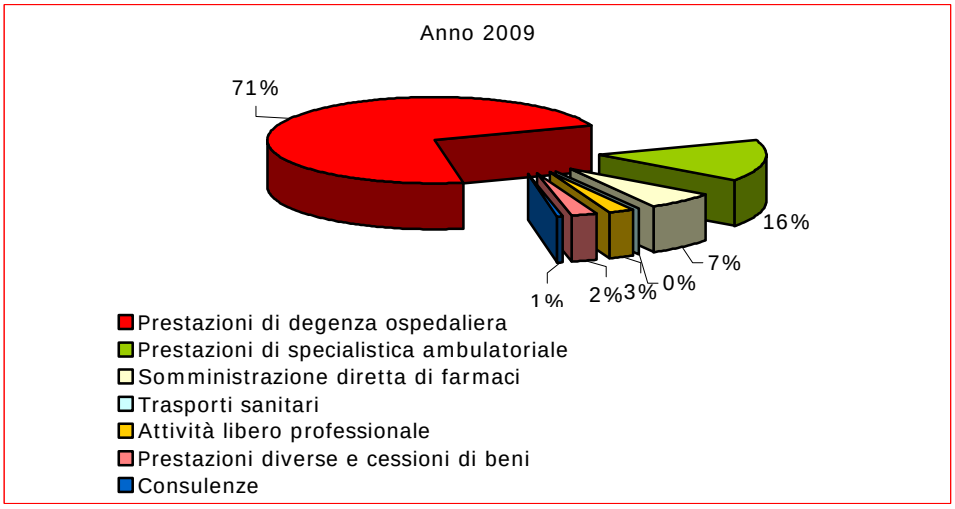


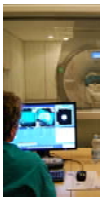
Di seguito si riportano i dati con le singole voci di dettaglio al fine di consentire una migliore valutazione sull'andamento dei ricavi dell'esercizio 2009 rispetto al biennio precedente.
Si ricorda che il trend dei ricavi di esercizio è influenzato dai valori relativi all'attività in mobilità che, 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 1a, 1b, 1c Proventi e ricavi di esercizio, anni 2007-2009







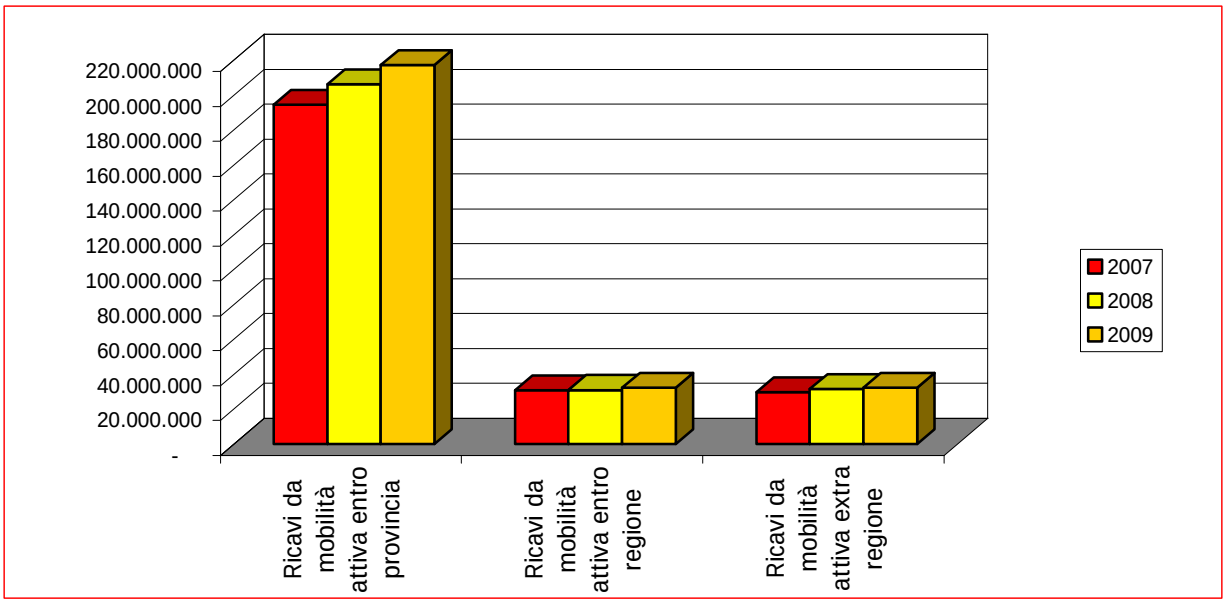


Per quanto riguarda i ricavi da prestazioni rese in mobilità (ricovero, ambulatoriali e somministrazione farmaci) a favore di pazienti residenti nei territori di competenza si evidenzia:

- **Azienda USL di Parma** i dati riportati nello schema di bilancio tra i proventi e ricavi d'esercizio corrispondono a quanto concordato in sede di predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e indicato nell'Accordo di Fornitura. Unica eccezione: il corrispettivo relativo alla somministrazione farmaci che è stato concordato a fine esercizio sulla base delle risultanze emerse dalla banca dati regionale. In sede di valutazione dell'attività prodotta, si è ritenuto prioritario agire in accordo con l'Azienda USL di Parma nel rispetto delle indicazioni regionali che consistevano nel confermare la validità degli Accordi di Fornitura sottoscritti, visto il mancato adeguamento delle tariffe, e di ricercare l'equilibrio del sistema sanitario provinciale. La valorizzazione dell'attività di ricovero è stata influenzata, oltre che dal mancato adeguamento delle tariffe e dalla riduzione del valore di alcuni DRG (vedi D.G.R. 2079/2009 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della RER applicabili a decorrere dall'1/1/2009") anche dall'applicazione di azioni rivolte al miglioramento dell'appropriatezza e alla promozione del governo clinico.

- **Aziende Sanitarie Infra-Regionali** si evidenzia, rispetto all'anno precedente, un incremento dei ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale (+0,71 ml.), per somministrazione farmaci (+0,51 ml.) e attività di ricovero.

- **Aziende Extra-Regionali** si evidenzia un incremento dei ricavi rispetto al 2008 determinato principalmente dall'attività di somministrazione farmaci (+1,6 ml.). Risultano invece in lieve flessione le altre voci relative alle prestazioni tariffate in mobilità.



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 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 e dei trasporti sanitari, effettuati in eliambulanza, di pazienti non residenti nella Regione.

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:

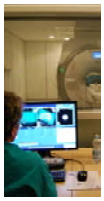
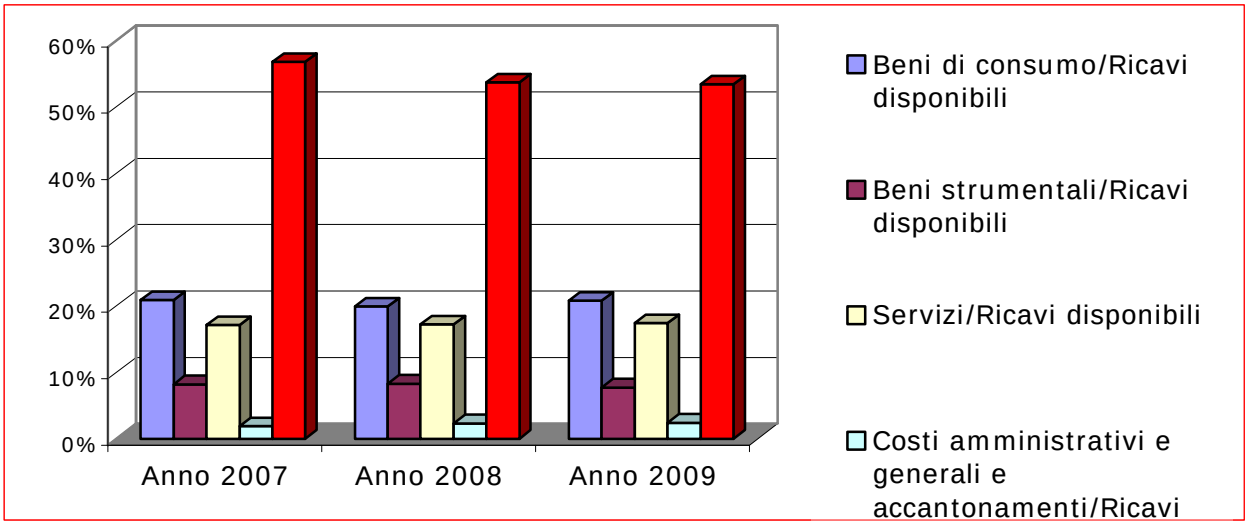


Tabella 1 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Beni di consumo/Ricavi disponibili	20,9%	19,9%	20,8%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	8,2%	8,3%	7,7%
Servizi/Ricavi disponibili	17,1%	17,2%	17,4%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	1,9%	2,3%	2,4%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	56,8%	53,7%	53,4%



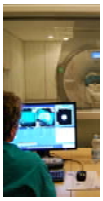
Anche nel corso dell'anno 2009 la Direzione Aziendale si è impegnata, nel pieno rispetto degli adempimenti sanciti con il Protocollo d'Intesa 28 settembre 2006 (Patto per la Salute) e finalizzati al controllo della spesa sanitaria, a sostenere le azioni necessarie a migliorare la qualità delle prestazioni e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. L'obiettivo, particolarmente significativo, si è sviluppato attraverso azioni di ottimizzazione e razionalizzazione della spesa essenziali per garantire il governo e la sostenibilità economico-finanziaria a fronte dell'impatto di variabili espansive della spesa quali:

- aspetti demografici e epidemiologici
- progresso scientifico e tecnologico
- automatismi di revisione dei prezzi contrattuali
- fenomeni inflattivi

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

- promuovere l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e il governo clinico
- rivalutare la dotazione di posti letto, implementare nuove modalità organizzative e rafforzare l'integrazione con il territorio
- garantire la costante adesione alle convenzioni attive di INTERCENT-ER incrementando così la quota di "committenza" e favorire la partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro e alle successive attività di gara al fine di contribuire a una sempre maggiore qualificazione della struttura regionale quale principale riferimento per le politiche di acquisto delle aziende sanitarie
- contribuire all'ulteriore crescita dei processi di aggregazione della domanda in Area Vasta
- recuperare ulteriori margini di efficienza nelle politiche di acquisto e di gestione dei contratti di fornitura
- promuovere il miglioramento della politica di gestione delle scorte

In particolare nell'anno 2009 la partecipazione aziendale in sede di Area Vasta (AVEN) si è ulteriormente qualificata ed ha assunto il ruolo di referente in diverse procedure di gara nel settore dei dispositivi medici mettendo così a frutto l'esperienza aziendale ormai consolidata in tale campo connotato da una costante evoluzione tecnologica e da un forte impatto economico. Si segnala l'attività di Azienda referente nella gara AVEN/Intercent-er per l'acquisizione di endoprotesi coronariche, conclusa nel 2009 con positivi risultati sia economici che qualitativi, anche in termini di collaborazione con l'Agenzia Regionale di

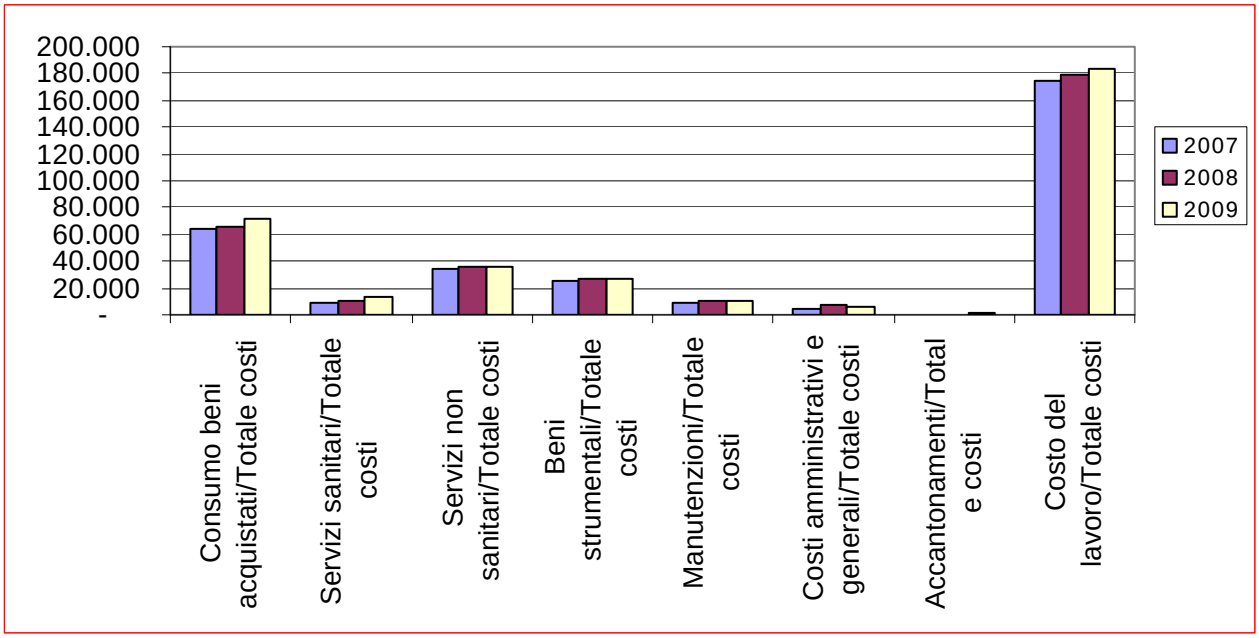


Acquisizione telematica. L'Azienda ha inoltre partecipato attivamente alle prime sperimentazioni in unione di acquisto per il settore delle forniture in service, divenendo capofila per il service di IVUS (gara aggiudicata nel 2009) e per il service di immunocoloratore (gara bandita nel 2009 e conclusa nel 2010). Sono state, mantenute tutte le procedure ed i controlli previsti dal legislatore in caso di acquisti in autonomia di beni e servizi comparabili ovvero di prodotti similari ma con caratteristiche non comparabili, confermando, quindi, il principio di necessaria adesione alle convenzioni – quadro stipulate da CONSIP ovvero ai parametri di prezzo-qualità alla base delle stesse convenzioni.

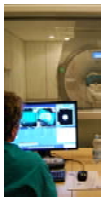
In relazione agli obiettivi di produzione 2009 e alle risultanze delle rimanenze finali anno 2008, la previsione economica per il 2009 considerava un incremento complessivo del 3,86% del costo della produzione rispetto al consuntivo 2008. L'incremento complessivo dei costi della produzione dell'esercizio 2009 rispetto al preventivo è stato pari a 2,85% (+9,909 ml.). In considerazione dell'incremento del valore della produzione anno 2009 rispetto alle previsioni (+9,955 ml.), si evince come l'aumento dei costi sia stato interamente assorbito da quello del valore della produzione.
La composizione percentuale dei costi della produzione negli anni 2006-2008 è stata la seguente:

Tabella 2 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Totale Costi	323.532	336.530	350.490
Consumo beni acquistati/Totale costi	19,9%	19,6%	20,4%
Servizi sanitari/Totale costi	2,8%	3,2%	4,0%
Servizi non sanitari/Totale costi	10,7%	10,8%	10,1%
Beni strumentali/Totale costi	7,8%	8,1%	7,6%
Manutenzioni/Totale costi	2,8%	3,0%	3,0%
Costi amministrativi e generali/Totale costi	1,6%	2,2%	1,9%
Accantonamenti/Totale costi	0,2%	0,1%	0,5%
Costo del lavoro/Totale costi	54,2%	53,0%	52,5%



Per quanto riguarda il periodo 2007-2009, 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.
In particolare, si precisa che per quanto riguarda l'acquisto di beni di consumo è stato registrato uno scostamento determinato esclusivamente dall'acquisto di beni sanitari dal momento che per i beni non



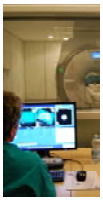
sanitari si è avuto un decremento rispetto al preventivo del 5,97% (-0,107 ml.). L'incremento dei beni di consumo rispetto al preventivo è stato determinato principalmente dalla dinamica dei beni di consumo sanitari e, nello specifico, dal trend dei farmaci in compensazione che hanno registrato un incremento del 27% rispetto all'anno 2008 ed un +23% rispetto al preventivo. I costi di acquisizione dei beni non sanitari risultano invece, nel complesso, inferiori nella misura del 5,9% rispetto alle previsioni per una minore necessità registrata nel corso dell'esercizio di supporti informatici, software a rapida obsolescenza e di articoli per la manutenzione ordinaria di beni mobili e immobili.

L'acquisto di servizi sanitari evidenzia un incremento in relazione all'attivazione di collaborazioni sanitarie finanziate con risorse finalizzate, e quindi non presenti nel bilancio preventivo, e all'aumento di acquisiti di servizi sanitari da privato (+45% pari a +0,97 ml.) derivante dalla proroga della convenzione con struttura privata per tutto l'esercizio 2009 per l'erogazione di prestazioni RMN a pazienti ambulatoriali e di PET-TC in attesa di poter disporre dell'attrezzatura di cui è già stata programmata l'acquisizione e l'installazione all'interno dell'Azienda. Registrano invece un decremento complessivo dell'1% (-0,494 ml.) rispetto alle previsioni i costi per l'acquisto di servizi non sanitari. I costi delle manutenzioni, in particolare manutenzioni e riparazioni su attrezzature sanitarie, sono nel complesso incrementati (+5%) anche in relazione alla fine del periodo di garanzia, contrattualmente previsto in sede di acquisizione, di molte delle attrezzature acquisite per il Nuovo Ospedale. Sono invece risultati in lieve decremento i servizi tecnici, le utenze, i costi per assicurazioni.

Per quanto riguarda il godimento di beni di terzi, preme evidenziare una riduzione complessiva dell'aggregato rispetto al preventivo pari a -2,16% (-0,319 ml.). In particolare, si è registrato un incremento dei costi per il noleggio di attrezzature, e soprattutto di sistemi antidecubito, per maggiore utilizzo, ma anche per un incremento del prezzo unitario del servizio. Invece, costi relativi ai "service" (acquisizioni in appalto di determinazioni diagnostiche, esami di laboratorio, ecc.) evidenziano una riduzione (-3,97%). La dinamica, rispetto al preventivo, dei costi relativi al godimento dei beni di terzi mostra quindi una riduzione determinata dal trend dei service sanitari che compensano l'incremento che si osserva per i noleggi. L'estensione delle forniture in service rientra nella politica di ottimizzazione e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle modalità di acquisizione dei fattori della produzione e tale azione ha concorso al contenimento dei costi legati al consumo di materiale di laboratorio e diagnostico. Oltre alla razionalizzazione dell'attività, ha influito positivamente la prosecuzione dell'utilizzo, laddove risultava tecnicamente possibile, della nuova modalità contrattuale della fatturazione a determinazione, sistema innovativo che ha dato un ulteriore impulso alla razionalizzazione dei costi.

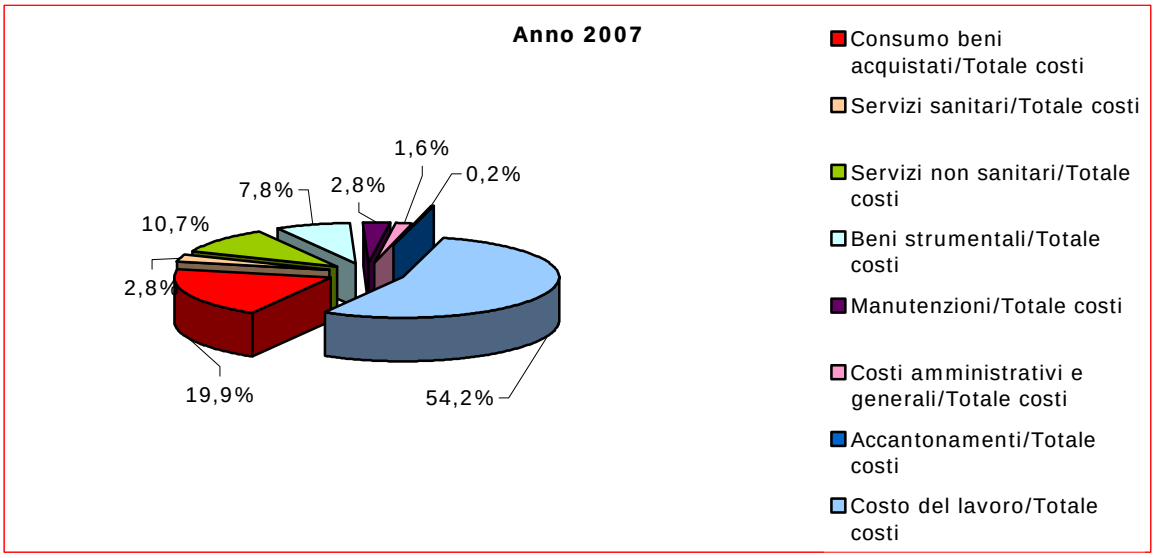
Dal raffronto delle risultanze con i dati previsionali emerge un incremento complessivo dei costi del personale dipendente pari a +4,494 ml. (+ 2,70%). Si precisa che tra gli "Altri accantonamenti" del Bilancio Preventivo erano stati previsti 5,206 ml. comprensivi di IRAP. Escludendo a questi 1,245 ml. relativi al biennio contrattuale 2008/09 dell'Area della Dirigenza, i restanti 3,961 ml. relativi al costo del "CCNL biennio 2008/9" dell'Area Comparto, sottoscritto in data 31.7.2009 e di cui 0,246 ml. per IRAP, rispetto al Preventivo danno origine a un incremento che è stato contenuto in +0,779 ml. pari allo 0,46%. Tale incremento risulta dalla somma di economie e maggiori oneri determinato da diversi fattori: il maggior costo dei fondi contrattuali è da ricondurre alla sottoscrizione dell'Intesa Regionale avvenuta il 21 maggio 2009 in materia di valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica e alla quantificazione economica, formalizzata in via definitiva in corso di esercizio, di progetti finanziati con fondi regionali (procurement, trapianti, elisoccorso.); economie per le voci accessorie e oneri personale in quiescenza determinate essenzialmente dal mancato addebito, da parte degli Istituti di Previdenza, degli oneri per adeguamenti contrattuali al personale cessato (in fase previsionale non è possibile quantificare con esattezza l'impatto economico di tali oneri nonché la tempistica dell'inoltro degli stessi); maggiori costi per l'indennità di esclusività derivanti dall'attribuzione delle fasce economiche superiori per effetto della maturazione dell'anzianità di servizio di 5 e 15 anni. Relativamente agli oneri riflessi, si evidenzia un minor costo nonostante l'incremento dei costi riferito alle competenze fisse, fondi contrattuali e indennità di esclusività. Ciò trova giustificazione nella diversa modalità di calcolo della contribuzione Inail in fase revisionale, rispetto all'allocazione del costo finale. Infatti, mentre la previsione dei premi assicurativi Inail viene effettuata applicando il tasso stabilito sul totale delle competenze a preventivo, la determinazione a consuntivo del premio è calcolata tenendo conto dei massimali di retribuzione individuale previsti di anno in anno dall'Inail.

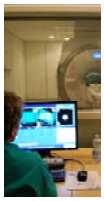
L'andamento complessivo nel 2009 conferma che il numero medio dei dipendenti rispetto alla dotazione media del 2008 risulta diminuito di 66,13 unità. Tale dato è da riferire alle politiche di gestione degli organici, che sono state condotte coerentemente con le indicazioni regionali. Il raggiungimento dell'obiettivo regionale ha infatti comportato l'esigenza di procedere ad una rigorosa gestione del turn over del personale ed ad una conseguente oculata gestione della tempistica delle sostituzioni e delle assunzioni, concentrate per la maggior parte negli ultimi mesi dell'anno. Occorre inoltre precisare che a

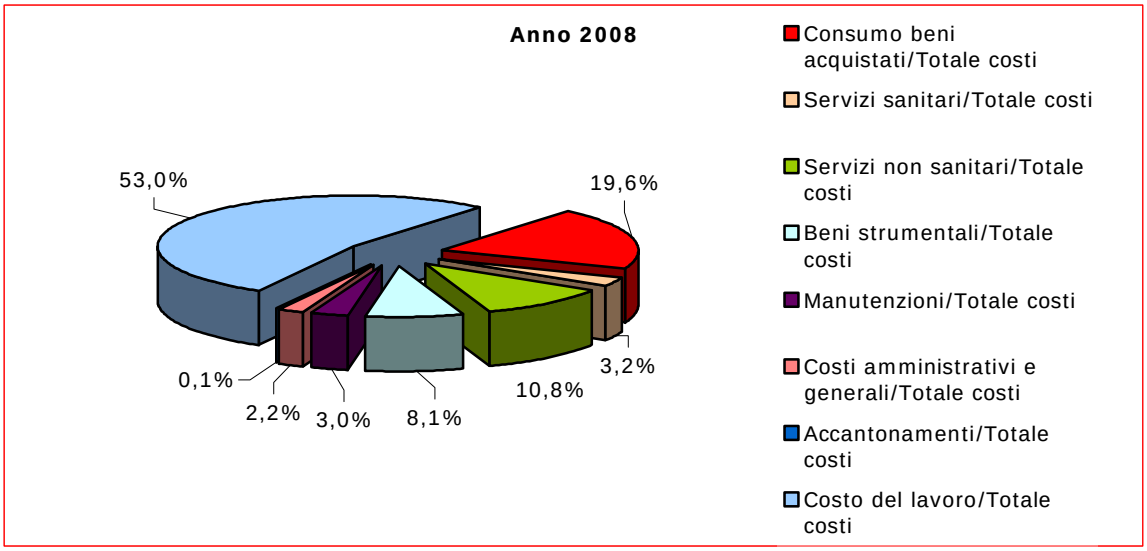


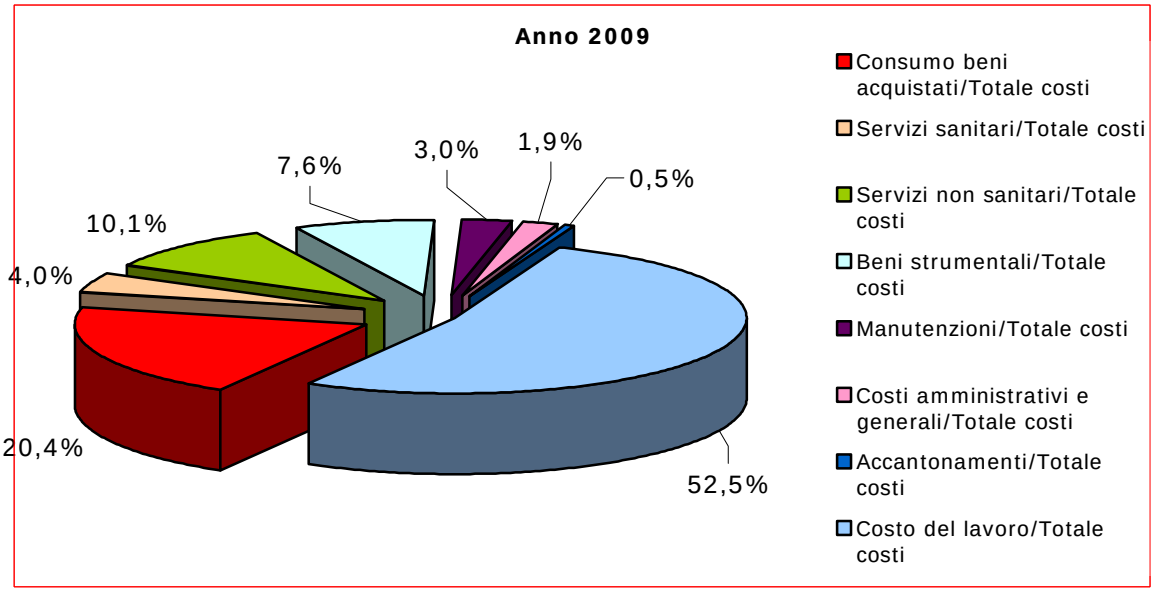
seguito di un apposito accordo stipulato con l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda USL di Parma, l'U.O. di Psichiatria è stata integrata nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL, in quanto struttura a direzione universitaria prevista nell'elenco allegato n. 1 all'Accordo Attuativo Locale, stipulato fra l'Azienda Ospedaliera e l'Università. Pertanto, a decorrere dall'1 agosto 2009, il personale dell'area della dirigenza medica (2 unità ospedaliere) e del comparto (n. 17 unità) è stato trasferito all'Azienda USL di Parma.
L'accantonamento al Fondo Svalutazione Crediti (0,9 ml.) risulta più alto rispetto al preventivato (0,2 ml.), in quanto è stata accantonata una quota più realistica e prudenziale rispetto alla massa dei crediti iscritta a bilancio.
Gli Accantonamenti per rischi, che riguardano l'accantonamento della somma a copertura delle necessità presunte dell'esercizio per i sinistri che rientrano nei limiti della franchigia prevista nel contratto per RCT, a consuntivo è costituito per 0,9 ml. dalla franchigia per assicurazione RCT/RCO ed è effettuato cautelativamente a copertura del risarcimento sinistri 2009, attualmente "riservati" sulla base delle richieste di risarcimenti pervenute alla Compagnia di Assicurazione e che saranno definiti e liquidati presumibilmente nel corso dell'esercizio 2010 e nei successivi. I restanti 1,56 ml. di euro sono relativi all'accantonamento al fondo ferie maturate e non godute del personale. Nel preventivo 2009 erano stati inseriti nell'accantonamento al fondo rinnovi contrattuali gli oneri presunti di competenza dell'esercizio derivanti dai rinnovi dei CCNL inerenti il biennio 2006/7 ed il Biennio 2008/9. In sede di consuntivo, l'accantonamento al Fondo rinnovi contrattuali è stato effettuato in esecuzione alle disposizioni contenute nella deliberazione n. 353 dello 08.02.2010 della Giunta Regionale e riguarda l'onere di rinnovo contrattuale dell'Area Dirigenza (biennio 2008-2009), parametrato al tasso di inflazione programmato (3,2% Monte Salari 2007) dedotto l'onere di vacanza contrattuale che è stata riconosciuta nel corso del 2009 ed imputata al costo del personale.
Per quanto riguarda i costi amministrativi, in sede di previsione non erano state inserite le valorizzazioni relative alle dotazioni necessarie allo svolgimento dei programmi di ricerca Regione – Università per i quali erano state assegnate risorse alla fine dell'esercizio 2007. I ricavi sono contabilizzati nell'esercizio in cui si sostengono i costi che, pur non essendo stati previsti, dispongono della necessaria copertura economica. Ai programmi di ricerca, va aggiunta la convenzione per lo svolgimento di un programma di ricerca con la Commissione della Comunità Europea per l'Informazione e la Comunicazione Tecnologica denominato "Neomark", in base alla quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è capofila di un consorzio di Enti ed Istituti con sede in Italia, Germania, Spagna, Portogallo e Grecia (secondo anno di attivazione).
Infine, si rileva un incremento degli oneri per interessi moratori addebitati dai fornitori causa l'aumentato ritardo medio nei pagamenti delle forniture e un calo, rispetto alle previsioni iniziali, degli interessi passivi su mutui in relazione alla diminuzione dei tassi d'interesse avvenuta nell'anno 2009.
I costi dell'IRAP risultano incrementati rispetto alle previsioni soprattutto in relazione alla quota riferibile agli aumenti contrattuali inserita tra gli accantonamenti, come precisato in sede di commento dei costi del personale.

Grafici 2a, 2b, 2c Composizione percentuale costi, anni 2007-2009









Andamento consumo farmaci

Il consumo di farmaci anno 2009 è stato il seguente:

	Valore Farmaci	Somministrazione diretta farmaci File F	Consumo interno
Anno 2009	33.167.172	19.955.404	13.211.768

A fronte di acquisti di farmaci superiori del 14% rispetto all'esercizio precedente, si rilevano maggiori ricavi per i farmaci oggetto di compensazione (file F). A consuntivo 2009 i costi per farmaci per consumo interno, quindi al netto del valore della compensazione economica, hanno evidenziato un incremento complessivo del 3,4% rispetto all'anno precedente. Complessivamente, l'incremento dei consumi di farmaci rispetto al tetto dell'8% per il 2009, è sostenuto in gran parte dai farmaci erogati direttamente ai pazienti ambulatoriali. 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). Di seguito si fornisce il dettaglio del confronto esercizio 2009 vs 2008 della percentuale sul totale del valore dei farmaci in compensazione registrato per ciascuna causale di erogazione:

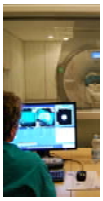


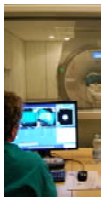
Tabella 3 Farmaci in compensazione economica "File F", confronto 2009–2008

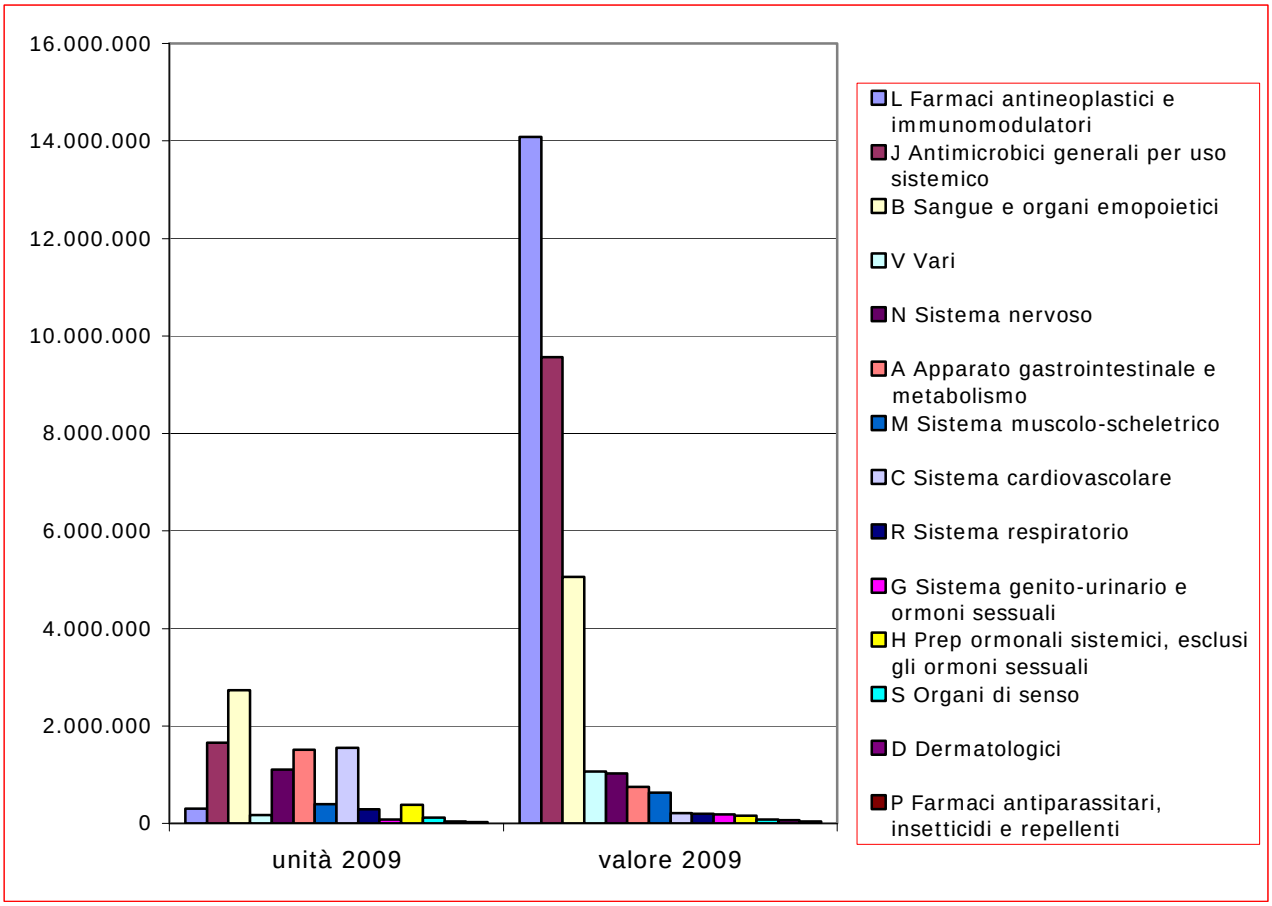
	Anno 2008	Anno 2009	Differenza
	Percentuale sul valore totale	Percentuale sul valore totale	
Dimissione Degenze	3%	2%	-1%
Ambulatoriale	68%	65%	-3%
DH	11%	11%	-
Fattori della Coagulazione	4%	8%	4%
Circ. 3/07 DH	14%	13%	-1%
Circ. 3/07 regime ordinario	1%	1%	-

Nell'anno 2009 l'attività di governo clinico si è ulteriormente consolidata attraverso un miglior controllo della rilevazione della compensazione economica dei farmaci.
I costi anno 2009 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 2009	Valore 2009	Percentuale sul valore totale	Percentuale cumulata
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	299.508	14.086.953	42,56	42,56
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.654.740	9.559.275	28,88	71,45
B	Sangue e organi emopoietici	2.730.640	5.052.641	15,27	86,71
V	Vari	174.590	1.067.786	3,23	89,94
N	Sistema nervoso	1.107.536	1.025.099	3,10	93,04
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.517.036	747.118	2,26	95,30
M	Sistema muscolo-scheletrico	391.217	624.731	1,89	97,18
C	Sistema cardiovascolare	1.546.054	207.947	0,63	97,81
R	Sistema respiratorio	283.968	195.223	0,59	98,40
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	75.981	186.870	0,56	98,97
H	Prep ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	378.534	151.301	0,46	99,42
S	Organi di senso	120.372	83.698	0,25	99,68
D	Dermatologici	41.639	69.642	0,21	99,89
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	30.915	37.674	0,11	100,00
	TOTALE	10.352.730	33.095.958		

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)

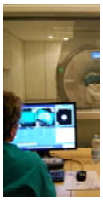




ATC	Descrizione	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	299.508	282.056	17.452	14.086.953	11.814.626	2.272.327
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.654.740	1.642.007	12.733	9.559.275	8.751.945	807.330
B	Sangue e organi emopoietici	2.730.640	2.819.367	-88.727	5.052.641	4.000.851	1.051.790
V	Vari	174.590	182.578	-7.988	1.067.786	1.046.553	21.233
N	Sistema nervoso	1.107.536	1.095.660	11.876	1.025.099	970.345	54.754
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.517.036	1.485.249	31.787	747.118	813.504	-66.386
M	Sistema muscolo-scheletrico	391.217	400.850	-9.633	624.731	532.864	91.867
C	Sistema cardiovascolare	1.546.054	1.565.854	-19.800	207.947	238.611	-30.664
R	Sistema respiratorio	283.968	298.652	-14.684	195.223	225.528	-30.305
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	75.981	83.817	-7.836	186.870	200.132	-13.262
H	Prep ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali	378.534	383.698	-5.164	151.301	175.482	-24.181
S	Organi di senso	120.372	115.469	4.903	83.698	75.083	8.615
D	Dermatologici	41.639	47.174	-5.535	69.642	90.304	-20.662
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	30.915	25.530	5.385	37.674	51.611	-13.937
	TOTALE	10.352.730	10.427.961	-75.231	33.095.958	28.987.439	4.108.519

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)

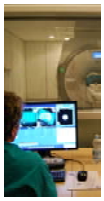
Le tabelle mostrano l'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC nel confronto tra gli anni 2008 e 2009. Le categorie dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, dei farmaci Antimicrobici e dei farmaci del Sistema Sangue costituiscono una spesa pari all'86,7% della spesa totale. In particolare, la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2009 un aumento della spesa relativa di circa



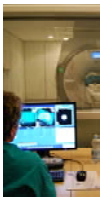
il 19% rispetto a quella del 2008, a sua volta già in aumento dell'14% rispetto a quella sostenuta nell'anno 2007.
Tale aumento assorbe oltre il 55% dell'aumento totale della spesa per farmaci classificati come ATC.
Gli antimicrobici hanno fatto registrare un aumento della spesa del 9,2 % rispetto al 2008 addebitabile in particolare ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo.
La categoria dei farmaci del sangue ha fatto registrare un aumento della spesa rispetto all'anno 2008 dovuto al maggiore utilizzo del fattore VII ricombinante (Novoseven) e VIII ricombinante (Feiba). Un minor aumento della spesa si è verificato per l'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 stati registrati nelle categorie dei farmaci del sistema gastro-intestinale, cardiovascolare, respiratorio, del sistema genito-urinario, dei preparati ormonali e dei farmaci dermatologici.

Tabella 4 Monitoraggio dell'aderenza prescrittiva ai lotti di farmaci aggiudicati in equivalenza terapeutica in unione d'acquisto, anno 2008

DESCRIZIONE	Quantità erogata	Percentuali di Equivalenza stabilita in AVEN	Percentuali di adesione della prescrizione	Note
EBM Dalteparina U.I. Enoxaparina U.I. Reviparina U.I. Totale U.I.		70% Daltep. 30% altre	72 % 28 %	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	97 % 3 % 94 % 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	87 % 13%	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% Epo alfa	100 % 0 %	



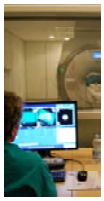
DESCRIZIONE	Quantità erogata	Percentuali di Equivalenza stabilita in AVEN	Percentuali di adesione della prescrizione	Note
SARTANI Valsartan 80 mg cp Valsartan 160 mg cp Candesartan 8 mg cp Candesartan 16 mg cp Losartan 50 mg cp Irbesartan 150 mg cp Irbesartan 300 mg cp		80% Valsartan 20% altri	65 % 35 %	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	100 % 0 %	Il calcolo è stato fatto paragonando i totali dei dosaggi dei due farmaci.
PENICILLINE + INIBIT. BETA-LATTAMASI Ampicillina sulb. 1,5 gr E.V. Ampicillina sulb. 3 gr E.V. Ampicillina sulb. 1,5 gr. I.M. Amoxicillina clav. 1,2 gr E.V. Amoxicillina clav. 2,2 gr E.V.		100 % Ampicillina sulb.	100 % 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	48 % 52 %	
AMINOGLICOSIDI Gentamicina 10 mg fl Gentamicina 80 mg gl Tobramicina 20 mg fl Tobramicina 100 mg fl Amicacina 500 mg fl		100% Gentamicina	97 % 3 %	



La tabella mostra l'adesione alla prescrizione dei farmaci posti in equivalenza terapeutica in Area Vasta Emilia Nord. Risulta evidente che l'adesione è ottima, 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 effettuato nella fase di espletamento della validazione continua delle richieste.

Il dettaglio dei primi 30 farmaci in ordine decrescente di spesa nell'anno 2009 ed il loro rapporto differenziale con l'anno 2008 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 rilevant,i in riferimento alle molecole a maggior induzione di aumento di spesa, sono le molecole antiblastiche, gli anticorpi monoclonali e gli antiretrovirali.
Segnale positivo viene invece dalle molecole: Trastuzumab, Etanercept, IG Vena, Albumina Umana, Idursulfase e Gemcitabine; in forte regressione di prescrizione e di spesa.
In particolare, la diminuzione della spesa di Gemcitabina è da rapportare alla produzione Drug Day nel laboratorio UMaCA che ha consentito di utilizzare sacche multidose avendo concentrato l'allestimento delle terapie e quindi diminuito gli eventuali scarti di produzione.

ATC	DESCRIZIONE	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza	Criterio di compensabilità
L01	RITUXIMAB 500MG/50ML FLAC. EV	1.084	768	316	1.428.760	1.010.396	418.364	50%
J05	EMTRICITABINA 200 + TENOFOVIRMG 245 CP	88.680	82.350	6.330	1.179.333	1.094.808	84.525	100%
L04	INFLIXIMAB MG 100 FL EV	2.189	1.706	483	1.020.483	794.037	226.446	100% (*)
L01	IMATINIB MESILATO MG 100 CP	60.840	48.120	12.720	1.017.854	804.177	213.677	100%
L01	TRASTUZUMAB 150 MG FL EV	1.688	1.828	-140	975.489	1.056.094	-80.605	50%
J05	ABACAVIR MG 600 + LAMIVUDINA MG 300 CP	76.410	53.970	22.440	921.960	650.727	271.233	100%
L04	ADALIMUMAB MG 40 FL-SIRINGA ML 0,8	1.960	1.724	236	915.831	817.837	97.994	100% (*)
L04	ETANERCEPT MG 25 SIRINGA PRERIEMPITA	6.704	8.108	-1.404	802.449	970.337	167.888	
L04	ETANERCEPT MG 50 SIRINGA PRERIEMPITA	652	0	652	156.083	0	156.083	
	totale etanerceptl (tranne artrite reumat infantile)				*958.533*	*970.337*	***-11.804***	100%
L04	ETANERCEPT EV MG25/MLUSO PED	600	1.080	-480	71.818	129.103	-57.285	100% (*)
L01	BEVACIZUMAB 400 MG/ 16 ML INFUS.	614	281	333	750.664	332.509	418.155	50%
B02	EPTACOG ALFA ATT 2MG/ML (100KUI) FL	560	0	560	732.312	0	732.312	
B02	EPTACOG ALFA ATT 5 MG (1MG/ML) 250 KUI FLI	56	0	56	183.078	0	183.078	
B02	EPTACOG ALFA ATT 1MG/ML (50 KUI) FL	175	0	175	114.424	0	114.424	
B02	FATTORE VII ATT RICOMB.FL1,2MG(60 KUI)	71	452	-381	55.702	354.612	-298.910	
	totale Fattore VII ricombinante			0	**1.085.516**	**354.612**	730.904	100%



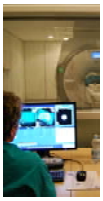
J06	IMMUNOGLOBULINA UM EV FL.MG 5000	6.607	6.747	-140	682.505	696.978	-14.473	100% (*)
J05	LOPINAVIR MG 200 + RITONAVIR MG 50 CP		189.840	21.000	601.255	541.088	60.167	100%
L04	ECULIZUMAB MG 300 FL ML 30 EV	134	38	96	548.991	147.258	401.733	100%
B05	ALBUMINA UMANA FL.20% ML 50 EV	20.340	23.496	-3.156	547.146	632.042	**-84.896**	
L01	BORTEZOMIB MG 3,5 FL	450	290	160	452.945	291.912	161.033	50%
J01	LEVOFLOXACINA FL EV MG 500 100ML	21.592	18.352	3.240	449.129	381.863	67.266	
J01	TEICOPLANINA FL.MG 200 IM E EV	22.227	29.018	-6.791	404.700	534.349	-129.649	
B02	OCTOCOG ALFA 1000U.I. (F VIII RIC) FL	609	180	429	401.090	118.829	282.261	100%
L03	INTERFERONE BETA 1A 30MCG(6MIL.U.I.)ML	2.304	2.224	80	397.408	383.728	13.680	100%
J02	AMFOTERICINA B LIPOSOMIALE 50 MG FL	2.810	1.620	1.190	374.975	215.986	158.989	
J05	EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR(MG 600+200+245) CP	18.900	1.800	17.100	374.176	215.986	158.190	100%
L01	SUNITINIB MALATO MG 50 CP (capsule rigide)	2.130	1.230	900	334.021	136.370	197.651	100%
L01	PEMETREXED (DISODICO) 500 MG FLAC. EV	296	169	127	333.762	191.329	142.433	50%
L03	FILGRASTIM 30MIL U/0.5ML FL - SIRINGA (300 MCG)	6.471	5.705	766	317.282	281.098	36.184	
L01	RITUXIMAB 100 MG/10ML FIALA EV MONOUSO	1.152	1.132	20	303.712	297.975	5.737	50%
J01	PIPERACILLINA 4 G+TAZOBACTAM 500 MG FL EV	31.109	28.112	2.997	301.380	298.683	2.697	
M05	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG FL EV	1.421	1.062	359	272.662	203.580	69.082	
J01	MEROPENEM FL 1000MG EV	17.140	17.010	130	270.977	268.697	2.280	
A16	IDURSULFASE MG2/ML FL 3ML	91	106	-15	266.175	310.050	-43.875	100%
J05	RALTEGRAVIR MG 400 CP RIV	20.940	5.100	15.840	261.742	63.750	197.992	100%
L01	GEMCITABINA 1G FL EV	2.380	2.842	-462	242.469	330.351	-87.882	

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali
I casi dei farmaci con asterisco si riferiscono a farmaci utilizzati anche in pediatria, dove spesso i pazienti sono in regime di ricovero

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 19,8% nel 2009 rispetto al 2008. La categoria dei farmaci immunosopressivi ha evidenziato un aumento di spesa del 24% nel 2009 rispetto al 2008, nonostante una forte diminuzione del numero di unità posologiche utilizzate. Si tratta di un indicatore del ricorso a farmaci più costosi e di recente commercializzazione.

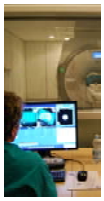
ATC	Descrizione	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
L01	Antineoplastici	203.135	184.120	19.015	8.565.893	7.152.347	1.413.546
L04	immunosoppressivi	74.170	77.082	-2.912	4.155.496	3.346.121	809.375
L03	Immunostimolanti	20.239	18.644	1.595	1.287.872	1.238.955	48.917
L02	Terapia endocrina	1.964	2.210	-246	77.692	77.435	257
	TOTALE	299.508	282.056	17.452	14.086.953	11.814.858	**2.272.095**

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



L'elenco dei primi 30 farmaci antineoplastici in ordine decrescente di spesa nel confronto 2008-2009 evidenzia che i farmaci responsabili del maggior aumento di spesa sono: Rituximab, Imatinib, Sunitinib, Bevacizumab, Pemetrexed. In regressione di spesa sono invece: Trastuzumab, Gemcitabina, Oxaliplatino, Temozolamide e Verteporfina.

DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
RITUXIMAB 500MG/50ML FLAC. EV MONOUSO	1.084	768	316	1.428.760	1.010.396	418.364
IMATINIB MESILATO MG 100 CP	60.840	48.120	12.720	1017854,4	804.177	213.677
TRASTUZUMAB 150 MG FL EV	1.688	1.828	-140	975489,11	1.056.094	-80.605
BEVACIZUMAB 400 MG/ 16 ML (CONC. PER SOLUZ. PER INFUS.)	614	281	333	750664,02	332.509	418.155
(rmp) BORTEZOMIB MG 3,5 FL	450	290	160	452944,77	291.912	161.033
SUNITINIB MALATO MG 50 CP (capsule rigide)	2130	1.230	900	334021,15	136.370	197.651
PEMETREXED (DISODICO) 500 MG FLAC. EV	296	169	127	333762,41	191.329	142.433
RITUXIMAB 100 MG/10ML FIALA EV MONOUSO	1152	1.132	20	303712,01	297.975	5.737
GEMCITABINA 1G FL EV	2380	2.842	-462	242469,12	330.351	-87.882
DOCETAXEL ANIDRO 80MG + FL 6ML	423	548	-125	212455,96	275.105	-62.649
SORAFENIB TOSILATO MG 200 CP	8400	3.808	4.592	210780,11	85.667	125.113
BEVACIZUMAB 100 MG / 4 ML (CONC. PER SOLUZ. PER INFUSIONE)	690	292	398	210675,05	85.096	125.579
AZACITIDINA 100 MG polvere per sosp.iniettabile 1 VIAL (amp)	545	176	369	185881,68	52.032	133.850
ERLOTINIB CLORIDRATO CP 150 MG OS (rivestite con film)	2130	1.080	1.050	139336,29	70.649	68.687
OXALIPLATINO 100MG FL EV	1171	1.297	-126	138788,15	269.320	-130.532
SUNITINIB MALATO MG 25 CPS (capsule rigide)	1680	960	720	134926,61	74.189	60.738
CAPECITABINA 500MG CP	47520	41.040	6.480	134594,7	116.015	18.580
DASATINIB 50 MG cp rivestite (56 cp)	2128	1.736	392	125820,38	102.643	23.177
CETUXIMAB 100 MG FLAC EV	636	442	194	114218,51	79.260	34.959
DOCETAXEL ANIDRO 20MG +FL1,5ML	742	572	170	99805	76.844	22.961

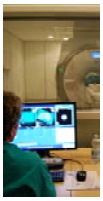


(rmp)TEMOZOLOMIDE 100MG CP X OS(TEMODAL)	1280	1.880	-600	95857,09	140.651	-44.794
DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA 2MG/ML FL 10 ML	283	468	-185	86483,13	142.978	-56.495
BEXAROTENE 75 MG CP PER OS	5200	4.100	1.100	51622,64	40.702	10.921
(rmp)TEMOZOLOMIDE 250 MG CP X OS (TEMODAL)	270	480	-210	50549,36	89.822	-39.273
TOPOTECAN MG 4 FL	210	105	105	46946,29	23.443	23.503
IRINOTECAN 100 MG FL. 5 ML EV	1226	1030	196	45923,4	60.310	-14.387
ANAGRELIDE 0.5MG CP X OS (SCAT.100 CP)	12100	13.700	-1.600	45499,51	51.490	-5.990
ALEMTUZUMAB 10MG/1ML FL DA 3ML	123	60	63	45363,92	22.946	22.418
SUNITINIB MALATO MG 12,5 CPS (capsule rigide)	900	810	90	35701,21	31.878	3.823
PACLITAXEL (TAX) FL 150 MG/25 ML EV	755	30	725	34242,56	1.636	32.607
ERLOTINIB CLORIDRATO MG 100 CP OS (rivestite con film)	570		570	29885,89		29.886
OXALIPLATINO 50MG FL EV	515	795	-280	28676,4	84.278	-55.602
VERTEPORFINA MG 15 FL EV	25	150	-125	25179,5	152.402	-127.223

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

La categoria dei farmaci immunosopressori nel 2009 ha fatto registrare un aumento di circa il 24% in confronto all'anno 2008. I maggiori responsabili dell'aumento sono: Eculizumab, Infliximab, Adalimumab, Natalizumab, Lenalidomide ed Abatacept. 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 e relativi a un numero esiguo di pazienti.
La maggior parte della spesa per questi farmaci è recuperata tramite compensazione economica.

DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
INFLIXIMAB MG 100 FL EV	2.189	1.706	483	1.020.483	794.037	226.446
ADALIMUMAB MG 40 FL-SIRINGA ML 0,8	1.960	1.724	236	915.831	817.837	97.994
ETANERCEPT MG 25 SIRINGA PRERIEMPITA	6.704	7.748		802.449	927.416	
ETANERCEPT MG 50 SIRINGA PRERIEMPITA	652	0		156.083	0	
tot enbrel	7.356	7.748	-392	958.533	927.416	31.117
ETANERCEPT EV MG25/ML USO PED	600	720		71.818	86.182	
ETANERCEPT MG 25 FL + SIR	0	360		0	42.921	
tot enbrelartrite reumatoide infantile	600	1080	-480	71.818	129.103	-57.285
ECULIZUMAB MG 300 FL ML 30 EV	134	38	96	548.991	147.258	401.733
NATALIZUMAB MG 300 FL EV ML 15	129	118	11	203.274	185.940	17.334
LENALIDOMIDE 10 MG capsule rigide OS	504	126	378	113.697	32.846	80.851
ABATACEPT MG 250 FL + SIR	201	42	159	64.456	13.468	50.988
LENALIDOMIDE 5 MG capsule rigide OS	210	189	21	51.862	31.117	20.745



IG CONIGLIO ANTITIMOCITI UMANI 25 MG FL	360	530	-170	39.758	58.533	-18.775
THALIDOMIDE 100 MG CP	10.080	9.300	780	30.240	27.900	2.340
BASILIXIMAB MG 20 FL EV	27	73	-46	25.402	69.647	-44.245
TACROLIMUS MG 1 CP	17.640	18.780	-1.140	25.344	27.815	-2.471
MICOFENOLATO MOFETILE 500 MG CPS	10.750	11.500	-750	24.510	26.155	-1.645
LENALIDOMIDE 15 MG capsule rigide OS	105	0	105	23.050	0	23.050
LENALIDOMIDE MG 25 capsule rigide OS	84	105	-21	12.636	18.954	-6.318
AC MICOFENOLICO SALE SOD MG 360 CP	2.050	1.850	200	4.118	3.716	402
TACROLIMUS MG 5 CP	600	990	-390	4.017	6.797	-2.780
MICOFENOLATO MOFETILE 250MG CP	2.700	4.200	-1.500	3.074	4.767	-1.693
TACROLIMUS MG 0,5 CAPSULA	4.470	4.920	-450	3.004	3.405	-401
CICLOSPORINA CP.MG 100 OS	1.560	1.680	-120	2.991	3.295	-304
CICLOSPORINA CP.MG 50 OS	2.850	2.150	700	2.912	2.248	664
CICLOSPORINA SOL.MG 100/ML ML50 OS	17	33	-16	1.596	3.175	-1.579
CICLOSPORINA CP.MG 25 OS	2.100	1.550	550	1.089	837	252
EFALIZUMAB MG100/ML FL + SIR	4	20	-16	979	4.893	-3.915
SIROLIMUS MG 1 CP OS	200	400	-200	741	1.482	-741
AZATIOPRINA CP.MG 50 OS	4.850	5.350	-500	586	716	-130
TACROLIMUS 5MG 1ML E.V. FL	20	10	10	533	273	260
ACIDO MICOFENOLICO SALE SODMG 180 CP	100	200	-100	100	201	-101
CICLOSPORINA 10MG CPS MOLLE	350	300	50	76	65	11
CICLOSPORINA FL.MG 50/ML FL DA 5ML	-30	310	-340	-203	2.114	-2.317
EVEROLIMUS MG 0,25 CP	0	60	-60	0	109	-109

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 è stato il seguente:

Tabella 5 Biologici in reumatologia (artrite reumatoide, spondilite, ...)

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Etanercept 25mg	5.476	6.608	-1.132	655.461	790.961	-135.500
Etanercept 50mg	476	0	476	113.950	0	113.950
Adalimumab mg 40 fl	1.700	1.606	94	794.343	761.860	32.483
Infliximab mg 100	1.216	1.128	88	566.883	525.014	41.869
Abatacept 250 mg	162	18	144	51.950	5.772	46.177
TOTALE	9.030	9.360	-330	2.182.588	2.083.607	98.981

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

Tabella 6 Biologici nel progetto psocare

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Etanercept 25	1.228	1.140	88	146.988	136.455	10.533
Etanercept 50	176	0	176	42.133	0	42.133
Infliximab	367	282	85	171.091	131.253	39.837
Adalimumab	10		10	4.673		4.673
Efalizumab	4	20	-16	979	4.893	-3.914
TOTALE	1.785	1.442	343	365.863	272.601	93.262

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

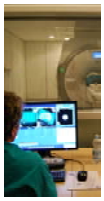


Tabella 7 Biologici per artrite reumatoide in pediatria

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Abatacept mg 250	39	24	15	12.506	7.696	4.810
Etanercept 25mg fl	600	1.080	-480	71.818	129.103	-57.285
TOTALE	639	1.104	-465	84.325	136.799	-52.475

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 8 Biologici nel morbo di crohn in pediatria

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Adalimumab	270	100	170	126.160	47.438	78.722
Infliximab	432	305	127	201.393	141.959	59.434
TOTALE	702	405	297	327.553	189.397	138.156

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 9 Biologici nel morbo di crohn (adulti) in gastroenterologia

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Infliximab	141	100	41	65.732	46.544	19.189
Adalimumab	60	46	14	28.036	21.822	6.214
TOTALE	201	146	55	93.768	68.365	25.403

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

Tabella 10 Biologici nel mieloma multiplo

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
LENALIDOMIDE 10 MG capsule rigide OS	504	126	378	113.697	32.846	80.851
LENALIDOMIDE 5 MG capsule rigide OS	210	189	21	51.862	31.117	20.745
THALIDOMIDE 100 MG CP	10.080	9.300	780	30.240	27.900	2.340
LENALIDOMIDE 15 MG capsule rigide OS	105	0	105	23.050	0	23.050
LENALIDOMIDE MG 25 capsule rigide OS	84	105	-21	12.636	18.954	-6.318
TOTALE	10.983	9.720	1.263	231.484	110.817	120.667

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

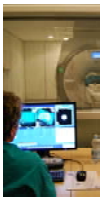
Tabella 11 Biologici nella emoglobinuria notturna parossistica

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
ECULIZUMAB MG 300 FL ML 30 EV	134	38	96	548.991	147.258	401.733

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali
I trattamenti sono somministrati presso l'Unità Operativa di Ematologia a n. 2 pazienti di cui uno in ottemperanza alla Legge 648, l'altro sotto monitoraggio AIFA

Tabella 12 Biologici nella sclerosi multipla

	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
NATALIZUMAB MG 300 FL EV ML 15	129	118	11	203.274	185.940	17.334
INTERFERONE BETA 1A 30MCG(6MIL.U.I.)ML	2.304	2.224	80	397.408	383.728	13.680
INTERFERONE BETA1-A 44MCG/0,5ML (=12MIL U.I) SIR. P.U	2.928	3.060	-132	238.165	248.564	-10.399



GLATIRAMER ACETATO MG 20 (= MG18 BASE) FL-SIRINGA	5.432	4.032	1.400	129.146	95.798	33.348
INTERFERONE BETA 1-A 22MCG(= 6 MIL. U.I.*) SIR. P.U. 1ML	1.296	1.632	-336	78.411	98.709	-20.298
INTERFERONE BETA-1B 0,25MG (8MIL. U.I.)/ML FL	465	375	90	24.262	19.804	4.458
INTERFERONE BETA 1 A CARTUCCIA SC 24.000.000UI/ML	8	0	8	1.953	0	1.953
INTERFERONE BETA 1 A CARTUCCIA SC 12.000.000UI/ML	8	0	8	1.452	0	1.452
TOTALE	12.570	11.441	1.129	1.074.071	1.032.543	41.528

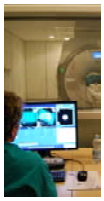
N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

L'aumento di spesa nella categoria dei farmaci antinfettivi è stato prodotto, in gran parte, da antivirali per uso sistemico per la cura dei pazienti affetti da HIV e da antimicotici per uso sistemico legati soprattutto a pazienti ematologici o HIV.

ATC	Descrizione	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
J05	Antivirali per uso sistemico	901.506	884.191	17.315	5.227.246	4.545.621	681.625
J01	Antibatterici per uso sistemico	682.956	689.685	-6.729	2.573.983	2.510.447	63.536
J06	Sieri immuni e immunoglobuline	9.378	11.123	-1.745	986.218	1.097.430	-111.213
J02	Antimicotici per uso sistemico	32.934	30.682	2.252	753.976	577.646	176.329
J04	Antimicobatteri	25.611	23.732	1.879	9.936	8.209	1.726
J07	Vaccini	2.355	2.594	-239	7.918	12.426	-4.509
	TOTALE	1.654.740	1.642.007	12.733	9.559.275	8.751.780	807.495

Una nota estremamente positiva viene dal contenuto aumento dei farmaci della classe antibatterici per uso sistemico per i quali si osserva una diminuzione consistente di utilizzo di unità posologiche a fronte di un maggiore ricorso a molecole recenti di alto costo. Il dettaglio dell'utilizzo e la conseguente spesa per antibatterici sistemi nell'anno 2009 vs 2008 è stato il seguente:

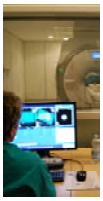
DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
LEVOFLOXACINA FL EV MG 500 100ML	21.592	18.352	3.240	449.129	381.863	67.266
TEICOPLANINA FL.MG 200 IM E EV	22.227	29.018	-6.791	404.700	534.349	-129.649
PIPERACILLINA 4 G+TAZOBACTAM 500 MG FL EV	31.109	28.112	2.997	301.380	298.683	2.697
MEROPENEM FL 1000MG EV	17.140	17.010	130	270.977	268.697	2.281
LINEZOLID 2MG/ML SACCHE INF ML 300	3.320	2.800	520	182.431	155.299	27.132
PIPERACILLINA G2+TAZOBACTAM G 0,250FL 4ML	23.990	39.994	-16.004	124.122	213.222	-89.100
LINEZOLID 600 MG CP	2.060	1.440	620	114.126	79.842	34.284
TIGECICLINA MG 50 FL ML5 INFUS	1.970	680	1.290	96.798	33.403	63.395
TEICOPLANINA 400MG/3ML fl	2.809	0	2.809	91.714	0	91.714
MEROPENEM FL 500MG EV	10.880	12.180	-1.300	85.981	96.108	-10.127
AMPICILLINA 2 G +SULBACTAM 1 G EV	54.590	64.957	-10.367	44.962	45.629	-667
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML SOL. X INF. EV	7.340	8.450	-1.110	40.164	59.684	-19.520
CIPROFLOXACINA 400MG/200ML SOL. X INF. EV	3.800	3.538	262	39.518	51.341	-11.823
CEFTAZIDIMA FL.GR 2 EV.	12.673	10.964	1.709	33.346	31.745	1.601
AZITROMICINA MG 500 FL IV	5.990	4.490	1.500	24.931	18.980	5.951
METRONIDAZOLO FL.MG 500/ML 100 EV	41.986	39.504	2.482	23.021	22.490	531
AMPICILLINA+SULBACTAM FL.GR 1+0,5 EV	46.860	45.395	1.465	19.108	18.123	985
DAPTOMICINA MG 350 FL EV	229	89	140	16.332	6.199	10.132



CEFOTAXIMA (SALE SODICO) FL.G1IM O EV	24.087	895	23.192	16.169	617	15.552
CEFTAZIDIMA (PENTAIDR.) FL.G1 IM	11.716	10.901	815	15.473	15.880	-406
CEFTRIAXONE (SALE DISODICO) FLGR 2 EV	15.718	15.191	527	14.056	13.683	374
AMOXICILLINA + AC.CLAV CP.MG 875 + MG 125 OS	87.528	92.520	-4.992	13.976	16.204	-2.228
CEFEPIME DICLOR G.1 FL IM-EV	3.432	3.709	-277	12.994	13.906	-912
VANCOMICINA CLORIDR.F 1G EV OS	4.718	5.633	-915	11.996	16.937	-4.940
VANCOMICINA CLORIDR.FL.MG 500 EV	7.727	7.706	21	11.042	11.798	-756
COLISTINA MESILATO SODFL. 1.000.000 U.IM	3.945	2.990	955	11.041	8.207	2.834
TRIMETOPRIM+SULFAMETOX FL.MG 80+MG 400 EV	5.808	4.490	1.318	8.984	7.186	1.799
AMIKACINA (SOLFATO) FL. MG 500 IM O EV	11.616	10.854	762	8.897	7.128	1.770
AZITROMICINA BIIDRATO (= BASE 500MG) CP DIVIS	9.534	10.665	-1.131	8.379	12.059	-3.680
OXACILLINA (SALE SODICO) FL.GR 1 IM O EV	4.356	3.460	896	5.937	4.718	1.219
GENTAMICINA FL.MG 80/ML 2 IM O EV	15.064	15.366	-302	5.876	5.999	-123
CEFAZOLINA 1 G FL EV	10.975	10.247	728	5.478	5.277	201
AZTREONAM FL. GR 1 IM O EV	627	1.295	-668	4.744	9.782	-5.038
PIPERACILLINA (SALE SODICO) FL. GR 2 IM	4.623	2.045	2.578	4.729	1.456	3.273
LEVOFLOXACINA 500MG CP	2.130	0	2.130	4.695	0	4.695
CEFIXIMA 400MG CP	4.320	4.865	-545	4.315	4.877	-561
CEFTRIAXONE (SALE DISODICO) FLGR 1 EV	6.411	6.178	233	4.005	3.916	89
AMOXICILLINA + AC. CLAV BST MG 875 + MG 125 OS	21.732	26.004	-4.272	3.937	5.055	-1.119
(rmp) ERTAPENEM 1G FL EV	116	116	0	3.816	3.819	-3

Sono in particolare aumento di utilizzo e di spesa le due molecole recenti e ad alto costo Amfotericina B Liposomiale e Caspofungin, efficaci per pazienti non responders alle terapie tradizionali. In regressione di spesa si osserva il farmaco fluconazolo per effetto della aggiudicazione della gara alla forma genericata il cui prezzo è di circa 1/3 della corrispondente specialità medicinale.

DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
AMFOTERICINA B LIPOSOMIALE 50 MG FL	2.810	1.620	1.190	374.975	215.986	158.989
CASPOFUNGIN AC MG 55,5 (= MG50) POLV + FL ML10	478	340	138	191.806	136.621	55.185
VORICONAZOLO 200 MG POL SOL EV	695	673	22	78.203	75.951	2.252
VORICONAZOLO 200 MG CP	700	896	-196	26.497	34.060	-7.563
FLUCONAZOLO FL MG200 EV	4.946	2.392	2.554	24.089	35.998	-11.908
FLUCONAZOLO FL MG400 EV	2.276	4.637	-2.361	19.943	35.357	-15.415
ITRACONAZOLO EV 10 MG/ML SOL. X INFUSIONE ML 25	156	198	-42	12.683	16.132	-3.449
CASPOFUNGIN AC MG 77,7 (= MG70) POLV + FL ML10	16	14	2	8.166	7.149	1.017
FLUCONAZOLO FL.MG 100 EV	3.076	2.744	332	7.041	9.049	-2.008
FLUCONAZOLO 100MG CP	16.110	15.650	460	3.749	5.984	-2.235
FLUCITOSINA FL.1% ML 250 EV	245	10	235	1.898	79	1.819
AMFOTERICINA B FL.MG 50 EV	333	256	77	1.740	1.339	400
FLUCONAZOLO SOSP ORALE 350MG (50MG/5ML)	171	232	-61	1.153	1.573	-420
ITRACONAZOLO 10MG/ML SOL. ORALE 150ML	67	104	-37	1.041	1.790	-749
POSACONAZOLO SOSP OS MG40/ML FLAC ML 105	1	0	1	618	0	618
FLUCONAZOLO CP. MG 150 OS	358	396	-38	246	438	-192
ITRACONAZOLO 100MG CP	496	520	-24	128	140	-11

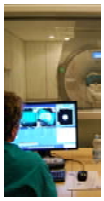


Dal settembre 2009 sono stati posti sotto monitoraggio intensivo gli antibiotici ad alto costo Daptomicina, Ertapenem, Linezolid, Meropenem, Pipecillina Tazobactam, Teicoplanina, Tigeciclina tramite l'utilizzo di richiesta dedicata motivata personalizzata. La misura si è rivelata già efficace per una notevole riduzione del ricorso e della spesa soprattutto per Teicoplanina e Piperacillina Tazobactam. Si dettagliano quindi i consumi e la spesa per antibiotici ed antimicotici sottoposti a monitoraggio intensivo, con prescrizione solo su richiesta motivata personalizzata (RMP). Ogni richiesta viene controllata dal Servizio di Farmacia ed inserita in un data-base dedicato per i dati di follow-up.

DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 01/09/09 31/12/09	Numero unità 01/09/08 31/12/09	Differenza	Valore 01/09/09 31/12/09	Valore 01/09/08 31/12/09	Differenza
MEROPENEM FL 1000MG EV	7.490	8.330	-840	118.416	131.605	-13.189
PIPERA-TAZOBACTAM 4,5 G FL EV	11.072	14.081	-3.009	107.264	146.504	-39.240
TEICOPLANINA FL.MG 200 IM E EV	5.168	12.044	-6.876	94.097	221.391	-127.294
TEICOPLANINA 400MG/3ML POLV. E SOLV. X SOL. INIETTABILE	2.446	0	2.446	79.862	0	79.862
LINEZOLID 2MG/ML SACCHE INFUSIONE MONOUSO ML 300	1.280	1.620	-340	70.335	89.754	-19.419
TIGECICLINA MG 50 FL ML5 INFUS	1.400	480	920	68.790	23.580	45.211
LINEZOLID 600 MG CP	580	890	-310	32.133	49.338	-17.205
PIPERA-TAZOBACTAM G 2,25 FL 4ML	6.121	16.300	-10.179	31.668	86.474	-54.806
MEROPENEM FL 500MG EV	3.250	5.510	-2.260	25.789	43.492	-17.704
DAPTOMICINA MG 350 FL EV	158	52	106	11.268	3.589	7.679
ERTAPENEM 1G FL EV	58	115	-57	1.918	3.785	-1.868
AMFOTERICINA B LIPOSOMIALE 50 MG FL	950	920	30	126.771	122.675	4.096
CASPOFUNGIN MG50 FL ML10	155	238	-83	62.196	95.615	-33.418
VORICONAZOLO 200 MG FLEV	221	460	-239	24.867	51.880	-27.013
VORICONAZOLO 200 MG CP	84	252	-168	3.180	9.566	-6.386
CASPOFUNGIN MG70 FL ML10	6	4	2	3.062	2.043	1.020
TOTALE	40.439	61.296	-20.857	861.615	1.081.291	-219.675

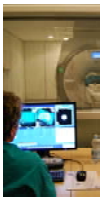
La classe dei farmaci antiHIV ha determinato l'84% di aumento del consumo e della spesa dell'intera categoria degli antinfettivi generali che peraltro sono a completa compensazione economica In dettaglio, il consumo e la spesa dei farmaci per la cura dei pazienti affetti da HIV nel confronto 2008/2009 è stata:

DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
EMTRICITABINA MG 200 + TENOFOVIR DISOPROXIL MG 245 CP	88.680	82.350	6.330	1.179.333	1.094.808	84.525
ABACAVIR MG 600 + LAMIVUDINA MG 300 CP RIVESTITA	76.410	53.970	22.440	921.960	650.727	271.233
LOPINAVIR MG 200 + RITONAVIR MG 50 COMPRESSA OS	210.840	189.840	21.000	601.255	541.088	60.167
EFAVIRENZ / EMTRICITABINA/TENOFOVIR DISOPROXIL (MG 600+200+245) CP	18.900	1.800	17.100	374.176	35.636	338.540
RALTEGRAVIR MG 400 CP RIV	20.940	5.100	15.840	261.742	63.750	197.992
ATAZANAVIR SOLFATO MG 300 CP	21.600	0	21.600	229.429	0	229.429



ATAZANAVIR MG 150 CP	42.480	68.400	-25.920	225.622	363.839	-138.217
EFAVIRENZ MG 600 CP RIVESTITA	29.310	42.570	-13.260	190.723	278.944	-88.221
LAMIVUDINA MG 150 + ZIDOVU- DINA MG 300 CP OS	38.760	70.560	-31.800	184.684	336.347	-151.663
NEVIRAPINA MG 200 CP	64.380	60.660	3.720	183.593	173.007	10.586
FOSAMPRENAVIR MG 700 CP	31.500	35.700	-4.200	150.948	170.963	-20.015
ABACAVIR MG300+LAMIVUDINA MG150+ZIDOVUDINA MG300 CP	19.140	31.680	-12.540	145.208	240.461	-95.253
DARUNAVIR MG 300 CP	29.520	31.440	-1.920	140.666	157.200	-16.534
DARUNAVIR ETANOLATO MG 600 CP	5.100	0	5.100	40.800	0	40.800
RITONAVIR 100MG CP	97.440	93.660	3.780	73.728	70.817	2.911
SAQUINAVIR MG 500 CP RIVESTITA CON FILM	27.600	33.360	-5.760	65.129	81.475	-16.346
ATAZANAVIR MG 200 CP	6.840	5.160	1.680	54.908	5.160	49.748
LAMIVUDINA MG 300 CP RIVESTITE	7.260	8.310	-1.050	25.509	30.182	-4.673
VALGANCICLOVIR MG 450 CP	3.480	4.440	-960	25.030	32.850	-7.820
TENOFOVIR DISOPROXIL MG 245 CP	2.940	4.170	-1.230	24.668	34.926	-10.258
MARAVIROC MG 300 CP	1.860	0	1.860	24.180	0	24.180
MARAVIROC MG 150 CP	840	360	480	10.920	4.680	6.240
RIBAVIRINA MG 200 CP	8.540	4.900	3.640	10.792	6.263	4.529
GANCICLOVIR FL.MG 500 EV	823	758	65	10.747	10.473	274
ABACAVIR MG 300 CP	3.120	3.180	-60	10.635	10.897	-262
TIPRANAVIR MG 250 CP	1.440	2.040	-600	8.065	11.775	-3.710
(rmp)ADEFOVIR DIPIVOXIL MG 10 CP	540	720	-180	6.918	9.542	-2.624
ACICLOVIR FL.MG 250 EV	7.385	7.700	-315	6.272	6.564	-292
VALACICLOVIR MG 1000 CP	3.507	1.260	2.247	5.323	1.673	3.651
DIDANOSINA MG 400 CAPSULA GASTRORESISTENTE	1.050	2.550	-1.500	5.039	12.272	-7.233
FOSCARNET SODICO 250ML FL EV (24MG/ML).	234	24	210	4.074	436	3.638
EFAVIRENZ MG 200 CAPSULA	1.800	3.690	-1.890	3.925	8.133	-4.208

L'andamento per consumi e spesa per farmaci antiemorragici è in rilevante aumento ed è da addebitare alla terapia per immunotolleranza per un unico paziente preso in carico dal Centro Emofilico e dalla U.O. di Oncoematologia. Tale terapia è a compensazione economica.



DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
Antiemorragici	40.031	44.363	-4.332	2.058.243	889.490	1.168.753
Succedanei del sangue e soluzioni perfusionali	1.833.696	1.901.161	-67.465	1.666.290	1.770.481	-104.191
Antitrombotici	732.380	749.044	-16.664	967.204	997.632	-30.428
farmaci antianemici	124.011	127.431	-3.420	360.022	344.633	15.389
Altri agenti ematologici	60	78	-18	430	507	-77

La sostenibilità finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità anno 2009 (Fonti – Impieghi)

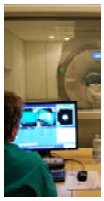
Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica dei flussi monetari (modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie) dell'Azienda nell'esercizio 2009 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento di tali flussi.

Il risultato positivo della gestione corrente (+47,7 ml.), che rappresenta una fonte di risorse finanziarie, si spiega principalmente con la riscossione di crediti di breve periodo nei confronti della Regione Emilia-Romagna. La diminuzione dei crediti, che rappresenta una fonte di capitale, non ha migliorato la situazione debitoria dell'esercizio 2009, ma è stato possibile utilizzarla per procedere ad un significativo pagamento dei debiti nei confronti dei fornitori di beni e servizi solo all'inizio dell'esercizio 2010 (22 ml.).

La situazione della gestione extracorrente appare più critica: a fronte di investimenti in immobilizzazioni per oltre 28 milioni di euro non risultano fonti da mutui e solo 5,1 ml. di euro da contributi in conto capitale. Il saldo complessivo (-30,5 ml.) è inoltre gravato dai rimborsi delle quote di mutuo e degli altri finanziamenti a medio–lungo termine per circa 6,8 milioni di euro. Il positivo net cash della gestione corrente ha permesso di gestire tale criticità e assicurare un notevole decremento dell'anticipazione dell'Istituto Cassiere passata da 17,5 milioni di inizio anno a 0,3 milioni il 31 dicembre 2009.

Nonostante il disequilibrio temporale tra fonti e impieghi, è la forte dipendenza dell'Azienda dalla tempistica di trasferimento dei fondi da parte della Regione ad avere forti ripercussioni sulla durata media dell'esposizione verso i fornitori.

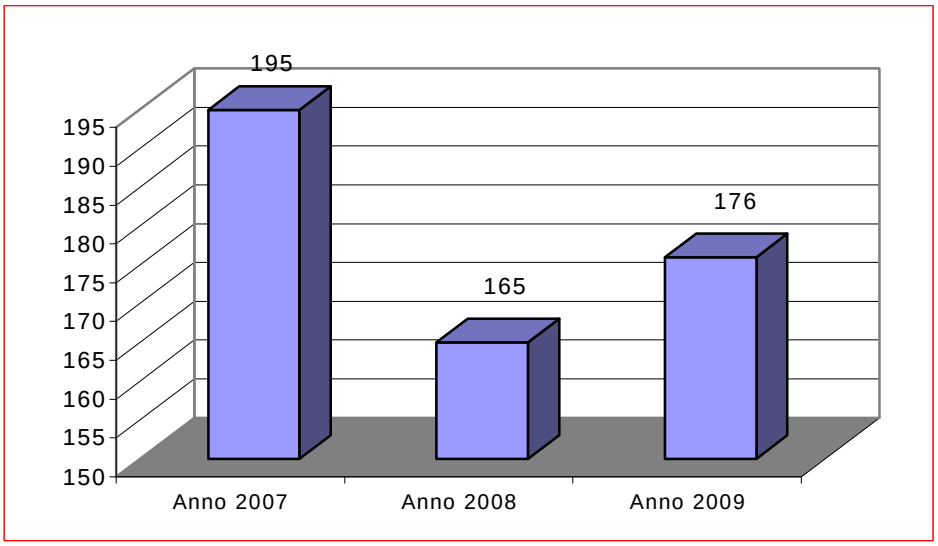
RENDICONTO DI LIQUIDITA' - FONTI-IMPIEGHI - 2009	
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	
a) Cassa	3.063
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-17.561.867
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	**-17.558.804**
GESTIONE CORRENTE	
a) Risultato economico dell'esercizio (+utile, -perdita)	-10.841.200
b) + ammortamenti	17.750.780
c) - quota utilizzo contributi in c/capitale	-5.560.833
d) + accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI" (al netto dell'utilizzo)	
e) + accantonamenti per rischi ed oneri (al netto degli utilizzi)	2.050.334
f) + minusvalenze da svalutazioni contabili	0
g) ± minusvalenze da cessione e plusvalenze da cessione	50.197
h) ± altri costi non monetari e altri ricavi non monetari	
i) ± sopravvenienze e insussistenze	731.238
j) – incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	
k) ± variazione scorte (+decremento; -incremento)	1.563.578
l) ± variazione crediti "non finanziari" (+decremento; -incremento)	17.270.139
m) ± variazione ratei e risconti attivi (+decremento; -incremento)	40.965
n) ± variazione debiti "non finanziari" (-decremento; +incremento)	22.290.742
o) ± variazione ratei e risconti passivi (-decremento; +incremento	2.423.547
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	**47.769.487**
GESTIONE EXTRACORRENTE	
1) FONTI per disinvestimenti	128.172
a) di immobilizz. immat. e materiali	128.172

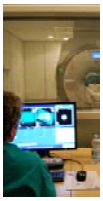


b) di immobilizz. finanziarie e varie	
2) FONTI per nuovi finanziamenti	5.100.342
a) da mutui	0
b) da altri finanziamenti diretti	5.100.342
c) da contributi in c/capitale	0
TOTALE FONTI	5.228.514
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-28.889.111
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-28.889.111
b) in immobilizzazioni finanziarie e varie	
2) IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti	-6.881.747
a) da mutui	-4.296.246
b) da altri finanziamenti diretti	-2.585.501
TOTALE IMPIEGHI	-35.770.858
TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	**-30.542.345**
CONTRIBUTI	
Contributi per ripiano perdite	0
DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	
a) Cassa	2.225
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-333.887
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	**-331.662**
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 2009, tra i 150 e i 210 giorni dalla data di ricevimento della fattura. La durata di esposizione si è attestata intorno a un valore medio annuo di 176 giorni, evidenziando un incremento rispetto all'anno 2008 in relazione alla tempistica del trasferimento dei fondi da parte della Regione che ha avuto nel 2009 forti ripercussioni sui tempi di pagamento dei fornitori.

Grafico 3 Durata media dell'esposizione verso fornitori

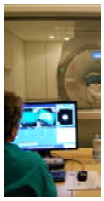




La sostenibilità patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli esercizi 2007-2009 riclassificato in chiave finanziaria è il seguente:

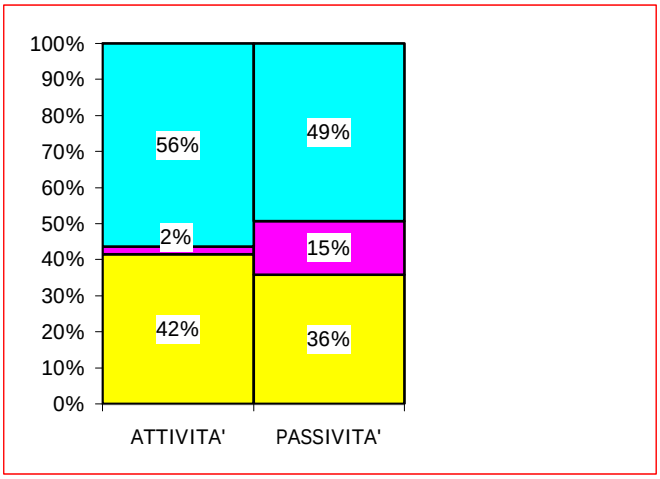
	ATTIVITA' - INVESTIMENTI	2007	2008	2009
A)	**ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)**			
I	**LIQUIDITA' IMMEDIATE**			
01	Istituto Tesoriere parte corrente	0	0	0
02	Conto corrente postale	0	0	0
03	Denaro e valori in cassa	3	3	2
04	Banca d'Italia conto capitale	0	0	0
I	**TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE**	3	3	2
II	**LIQUIDITA' DIFFERITE**			
01	Crediti verso Regione	125.626	117.158	103.347
02	Crediti verso Enti locali	0	0	0
03	Crediti verso Aziende sanitarie	40.214	31.672	31.652
04	Crediti verso Amministrazioni pubbliche diverse	2.910	3.603	2.935
05	Crediti verso altri soggetti	14.195	10.501	7.730
06	Partecipazioni	0	0	0
07	Altri titoli	0	0	0
09	Ratei e Risconti attivi	90	1.227	1.186
II	**TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE**	183.035	164.161	146.850
III	**RIMANENZE**			
01	Rimanenze beni sanitari	8.661	10.010	8.438
02	Rimanenze beni non sanitari	437	432	440
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**	9.098	10.442	8.878
	TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	192.135	174.606	155.731
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	1.088	928	784
04	Migliorie su beni di terzi	8	18	16
05	Altre immobilizzazioni immateriali	0	0	0
06	Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	0	0	0
IV)	**TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI**	1.095	946	800
V)	**IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI**			
01	Terreni e fabbricati	188.414	195.753	192.111
02	Impianti e macchinari	5.719	6.738	7.561
03	Attrezzature sanitarie	31.800	28.261	31.263
04	Altre immobilizzazioni materiali	8.912	7.787	7.541
05	Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	12.195	7.348	18.629
V)	**TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI**	247.040	245.887	257.105
VI)	**IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE**			
01	Partecipazioni (strumentali e/o vincolate)	0	0	0
02	Crediti	38	29	29
03	Altri titoli	5	14	14
VI)	**TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE**	43	43	43
	TOTALE ATTIVITA' FISSE	248.179	246.876	257.948
C)	**ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI (A+B)**	**440.314**	**421.482**	**413.679**



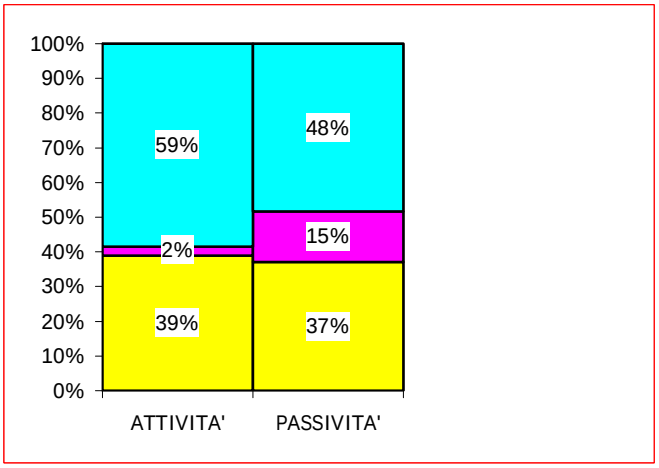
D)	PASSIVITA' - FINANAZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)	2007	2008	2009
VII)	**FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE**			
01	Mutui quota corrente	4.157	4.296	2.977
02	Debiti verso Regione	3.578	0	0
03	Debiti verso Enti locali	0	0	0
04	Debiti verso Aziende Sanitarie	14.900	22.625	16.415
05	Acconti da clienti	0	0	0
06	Debiti verso fornitori	84.226	80.096	106.939
07	Debiti verso Istituto Tesoriere	9.145	17.562	334
08	Debiti verso imprese partecipate	0	0	0
09	Debiti verso Amministrazioni pubbliche diverse	0	0	0
10	Debiti tributari	5.218	5.759	5.946
11	Debiti verso Istituti di previdenza e sicurezza	6.992	7.212	7.402
12	Debiti verso dipendenti	3.090	2.876	3.008
13	Debiti verso altri soggetti	3.981	3.428	2.835
14	Fondi per rischi	1.524	338	1.076
16	Altri fondi al netto del Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	17.865	8.566	9.879
17	Ratei e Risconti passivi	3.126	3.885	6.309
18	Debiti verso Stato	0	0	0
19	Debiti FRNA	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	157.802	156.644	163.120
VIII)	FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE			
01	Mutui	65.588	61.291	58.315
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	65.588	61.291	58.315
	TOTALE PASSIVITA'	223.390	217.935	221.434
E)	**PATRIMONIO NETTO**			
01	Fondo di dotazione	110.818	110.818	110.818
02	Contributi in c/capitale e conferimenti	127.533	122.866	122.151
03	Donazioni vincolate a investimenti	1.850	1.903	2.158
04	Riserve	12.624	12.624	12.624
05	Utili/Perdite portati a nuovo	-23.737	-35.900	-44.665
06	Utile (perdita) dell'esercizio	-12.164	-8.764	-10.841
07	Contrbuti per copertura perdite		0	0
	TOTALE PATRIMONIO NETTO	216.924	203.547	192.245
F)	TOTALE PASSIVITA' CONT C/CAP FIN NETTI (D+E)	440.314	421.482	413.679

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 2007, 2008 e 2009 è qui sotto rappresentata dallo stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria:

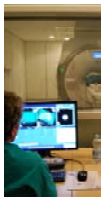
	2007		
	ATTIVITA'	**PASSIVITA'**	
Liquidità immediate e differite	42%	36%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	56%	49%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	**100%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**

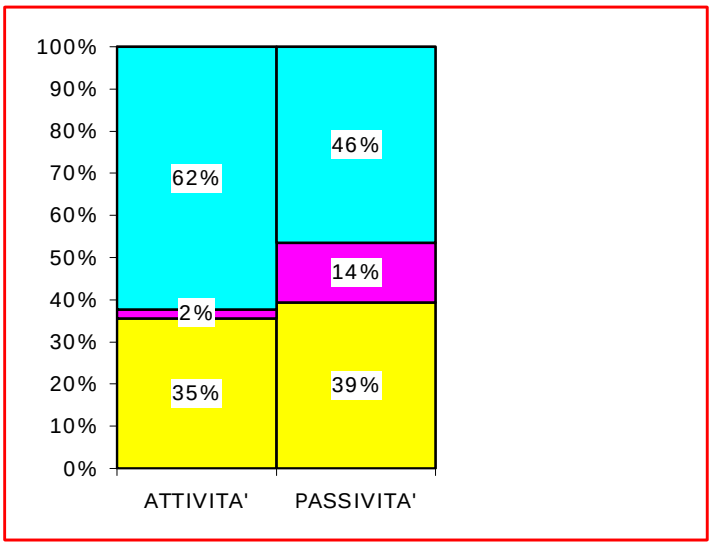


	2008		
	ATTIVITA'	**PASSIVITA'**	
Liquidità immediate e differite	39%	37%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	59%	48%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	**100%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**



	2009		
	ATTIVITA'	**PASSIVITA'**	
Liquidità immediate e differite	35%	39%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	14%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	62%	46%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	**100%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**





Per quanto concerne gli investimenti, si riporta per singola unità di intervento in corso di progettazione o realizzazione nell'anno 2009 lo stato degli investimenti relativi a: completamento 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, la Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e la Fondazione Monte Parma per la realizzazione del Nuovo Ospedale e mantenimento e rinnovo delle strutture edili, degli impianti e delle tecnologie:

D - Poliblocco IV Lotto
L'intervento è finanziato ex art. 20 Legge 67/88 Nuovo Programma n. 211. I lavori sono iniziati alla fine dell'anno 2009 e la conclusione è prevista per i primi mesi del 2012. L'edificio ospiterà le funzioni attualmente ubicate nel Padiglione Nefrologia che sarà restituito all'Università degli Studi di Parma che ne è proprietaria.

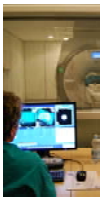
F – Ospedale dei Bambini
Sono in corso i lavori di costruzione dell'Ospedale di Notte del Nuovo ospedale dei Bambini la cui conclusione è prevista per la fine del 2011. Sono stati richiesti due finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88 IV^ fase 1° e 2° stralcio per l'acquisizione di arredi e attrezzature.

G – Ospedale della Riabilitazione
L'intervento è finanziato ex art. 20 Legge 67/88 Nuovo Programma n. 213. L'affidamento per i lavori che completeranno la ristrutturazione del Padiglione è stato effettuato nella seconda metà del 2009. I lavori sono in corso e a partire dalla metà del 2010, ogni sei mesi circa sarà possibile l'attivazione di una Unità Operativa fino a completamento definitivo dei lavori nella primavera del 2012.

H – Polo della Psichiatria
I lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga sono tuttora in corso. Si prevede di concluderli entro dicembre 2010. A conclusione dei lavori la struttura sarà ceduta all'Azienda USL di Parma che, già nel corso dell'esercizio 2009, ha acquisito la titolarità della funzione.

I – Nuova Medicina Nucleare
Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1912 del 23 novembre 2009 l'Azienda è stata autorizzata a contrarre un mutuo dell'importo di 11 milioni di euro per finanziare parte dell'intervento destinato alla progettazione e realizzazione della nuova struttura di Medicina Nucleare. Nel corso del 2010 prenderanno pertanto avvio le procedure di gara per l'affidamento dei lavori.

K – Ristrutturazioni
Rientrano in questa Unità di Intervento: la riqualificazione delle sale parto, il trasferimento delle Unità Operative di Ematologia e Oculistica e dei direzionali delle due Unità Operative di Anestesia, la nuova Osservazione Breve Intensiva presso il Padiglione Maternità comprensiva di interventi edili, impiantistici e tecnologici. Si tratta di lavori predisposti e completati nell'anno 2009 come anche il nuovo accesso al 2° piano del Padiglione Centrale e gli spazi commerciali che sono stati attivati nella seconda metà del 2009.



L - Trasferimento Centrale Operativa 118 (D.G.R. 2187/2009)
Il trasloco della Centrale Operativa 118 dalla sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a via del Taglio (Parma) ha reso necessari: la realizzazione dell'infrastruttura della rete telefonica 118 Emilia Romagna, il trasferimento degli apparati radio, il cablaggio dei locali e la posa di nuove antenne. I lavori hanno preso avvio alla fine del 2009 e si prevede di ultimare l'intervento nel corso del 2010.

M – Completamento Segnaletica
Nel corso del 2009 è stata completata la posa della segnaletica direzionale esterna alle strutture ospedaliere. E' in corso e si completerà nel 2010 la posa della segnaletica interna ai Padiglioni e alle Unità Operative.

O – Nuovo Pronto Soccorso e Centro poliambulatoriale e completamento DH oncologico
Sono stati completati i lavori di ampliamento del Nuovo Pronto Soccorso. Nel 2010 si completeranno anche quelli di ristrutturazione degli spazi esistenti con la realizzazione dell'area ambulatoriale e di medicina d'urgenza. Prenderà inoltre avvio nel 2010 la fase di progettazione del Day Hospital oncoematologico e Centro poliambulatoriale di 1° livello.

P – Centro Senologico
Il Centro era operativo già da marzo del 2007. Alla fine del 2008 sono stati appaltati i lavori per realizzare nelle adiacenze, in collaborazione con l'Azienda USL di Parma, il "Centro Senologico dr. Bagnasco" che è stato terminato nel 2° semestre 2009.

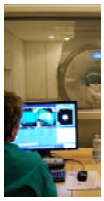
R – Attrezzature pesanti
Nel corso dell'esercizio è stata attivata la nuova Risonanza Magnetica Nucleare 3 tesla e si è conclusa la seconda fase del Programma di Odontoiatria. Sono inoltre ultimati i lavori per adeguare i locali della Radioterapia per la sostituzione di un acceleratore lineare e nel corso del 2010 l'Unità Operativa sarà funzionalmente integrata con gli altri applicativi informatici aziendali di interesse. Le procedure per la sostituzione della gamma camera sono state completate nel corso dell'anno 2009 mentre nel 2010 si darà avvio alla fase di progettazione esecutiva e installazione dell'apparecchiatura. Nel corso dell'anno 2009 sono state avviate le procedure di acquisizione della TAC multislice e di altre attrezzature che saranno attivate, presumibilmente, alla fine del 2010. E' invece in corso di progettazione l'adeguamento dei locali e l'acquisizione delle attrezzature per la radiologia interventistica.

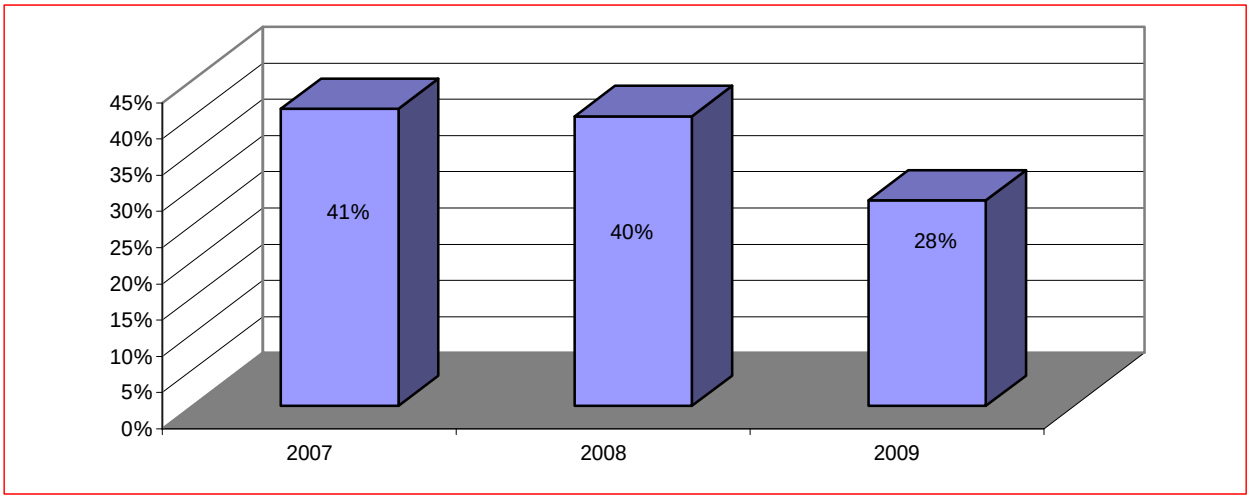
T - Attrezzature, arredi, informatica, manutenzioni straordinarie
Per il rinnovo ordinario di attrezzature, arredi e informatica e per le manutenzioni straordinarie di immobili e impianti è stato possibile dar corso nel corso dell'esercizio 2009 a investimenti per un ammontare di oltre 3,2 milioni di euro.

T5 – Altri investimenti
Delle risorse per investimenti derivanti da mutui ed alienazioni, 2,3 milioni di euro sono state destinati al finanziamento della partecipazione alla realizzazione del Nuovo magazzino AVEN.

Il grado di copertura, attraverso finanziamenti provenienti da contributi pubblici, degli investimenti in immobilizzazioni materiali nette realizzati nel corso degli esercizi 2007-2009 e degli investimenti in corso disposti negli esercizi precedenti che risultavano all'inizio dell'esercizio in corso di realizzazione e completamento (al netto degli acconti e delle fatture contabilizzati a cespiti negli esercizi precedenti), è stato percentualmente pari a:

	2007	2008	2009
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	41%	40%	28%



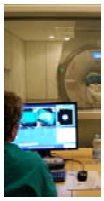


I nuovi investimenti effettuati nel triennio 2007-2009 ammontano, per singola tipologia, a:

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
TOTALE NUOVI INVESTIMENTI	17.749.982	17.153.099	28.889.111
Immobilizzazioni immateriali	352.172	218.099	221.791
Terreni	546.720	32.232	3.300
Fabbricati indisponibili	4.575.000	882.931	417.477
Fabbricati disponibili	-	-	29.700
Impianti e macchinari	1.833.148	2.011.351	1.925.072
Attrezzature sanitarie	4.772.101	3.945.589	10.325.414
Mobili e arredi	416.000	302.607	1.079.104
Mobili e arredi di valore artistico	-	-	-
Attrezzature informatiche	434.841	300.945	211.634
Beni strumentali diversi	93.000	21.064	102.892
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	4.727.000	9.438.281	14.572.727

Nell'anno 2009, come già dettagliato nello stato degli investimenti, sono stati avviati e/o realizzati importanti investimenti. Tra questi si ricorda: i lavori di costruzione dell'Ospedale di Notte del Nuovo Ospedale dei Bambini, il completamento dei lavori di ampliamento del Nuovo Pronto Soccorso, l'avvio dei lavori relativi al Poliblocco IV° lotto, i lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga destinato a sede del Polo della Psichiatria, la riqualificazione delle sale parto, la realizzazione della nuova OBI del Padiglione Maternità, l'attivazione del nuovo accesso al secondo piano del Padiglione Centrale e gli spazi commerciali e il completamento del nuovo Centro Senologico. Nel corso dell'esercizio sono inoltre state attivate attrezzature di elevato valore tecnologico quali: la nuova Risonanza Magnetica 3 tesla, i riuniti della seconda fase del Programma Regionale di Odontoiatria, l'adeguamento dei locali per la radioterapia e la sostituzione di un acceleratore lineare.

Rispetto all'anno precedente e alle previsioni, nel 2009 si è verificato un decremento delle quote di ammortamento iscritte in bilancio (-0,564 milioni di euro) determinato dall'incremento degli investimenti in immobilizzazioni materiali in corso e acconti (+5,134 ml. rispetto all'anno 2008). Tali investimenti saranno oggetto di ammortamento a partire dall'esercizio di definitiva conclusione dei lavori. Gli ammortamenti, al netto delle quote di sterilizzate, assommano a complessivi 12,19 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 5,56 milioni di euro. Per quanto riguarda i fabbricati indisponibili, le acquisizioni dell'esercizio sono state inferiori agli ammortamenti e alle cessioni; analogamente per i mobili e gli arredi, le acquisizioni risultano minori degli ammortamenti e dei fuori uso dell'esercizio.



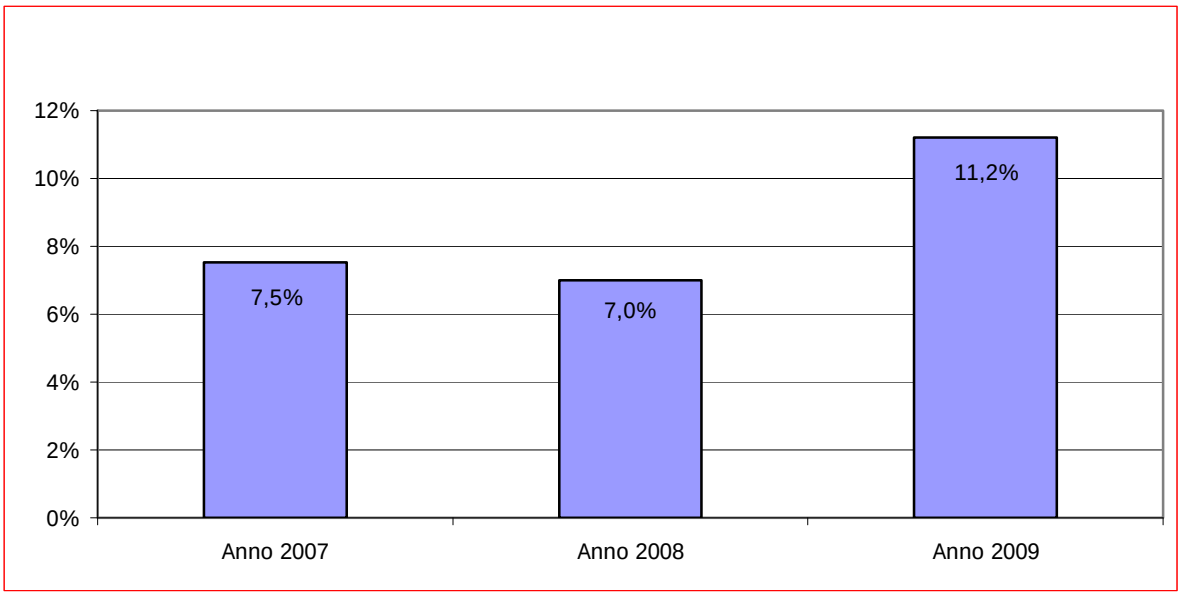
Le tipologie relative alle immobilizzazioni materiali in corso e acconti e alle attrezzature sanitarie presentano nell'esercizio 2009 un consistente valore positivo alle acquisizioni di esercizio.

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 2007	Anno 2008	Anno 2009
Immobilizzazioni immateriali	0,1%	0,1%	0,1%
Immobilizzazioni materiali	7,4%	6,9%	11,1%
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi	7,5%	7,0%	11,2%

Maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio. Rispetto alla lieve flessione delle acquisizioni registrata nel 2008 vs 2007, nel 2009 si evidenzia un marcato incremento degli investimenti per il progressivo realizzarsi del Nuovo Ospedale di Parma e per il rinnovo e il mantenimento delle strutture edili, degli impianti e delle tecnologie. Il notevole rinnovo del patrimonio aziendale avvenuto nel 2009 è evidenziato da un livello dell'indicatore dell'11% (aumento delle acquisizioni di 11,7 ml. rispetto all'anno 2008 in particolare per le voci relative a attrezzature sanitarie e immobilizzazione materiali in corso e acconti).

Grafico 4 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale



La disamina del profilo patrimoniale dell'azienda si conclude con la valutazione sintetica del grado di vetustà della dotazione di immobilizzazioni materiali e immateriali, anche in considerazione del fatto che i nuovi investimenti rispondono alla necessità di garantire la sostituzione del patrimonio infrastrutturale e tecnologico.
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, nel triennio 2007-2009 è stato il seguente:

Tabella 13 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	67%	63%	62%

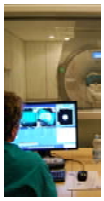
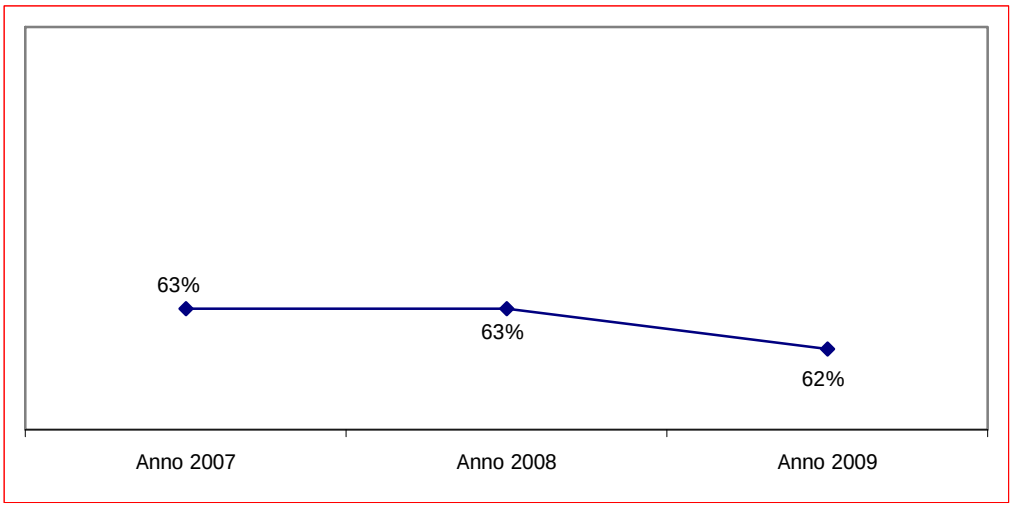
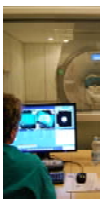


Grafico 5 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale



L'indicatore, come evidenziano la tabella e il grafico, nel triennio di osservazione ha un andamento costante ad evidenziare la portata degli investimenti, effettuati e tuttora in atto, per la realizzazione di nuovi corpi ospedalieri e la riqualificazione delle strutture già esistenti e dimostra come l'Azienda sia riuscita a far fronte all'invecchiamento del proprio patrimonio attraverso la realizzazione di nuovi investimenti.



2.2 Impatto sul contesto territoriale

Obiettivo di questo paragrafo è situare l'Azienda nel contesto territoriale cercando di recuperare la trama delle relazioni con il territorio. 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.

Impatto economico

La prima dimensione su cui si focalizza l'analisi dell'impatto sul contesto territoriale è la dimensione economica, che evidenzia il contributo dell'Azienda all'economia del territorio come realtà occupazionale e per i rapporti di fornitura.

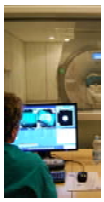
La popolazione lavorativa dell'Azienda è passata, nel 2009, a 3.551 dipendenti a tempo indeterminato rispetto ai 3.506 nel 2008; in contrazione, invece, la popolazione dei dipendenti a tempo determinato: 143 (-72 unità rispetto al 2008), per un maggior dettaglio sulle caratteristiche e sull'evoluzione nel tempo del personale si veda il capitolo 4 del presente volume. Di questa popolazione complessiva, l'83% risiede sul territorio provinciale, mentre poco meno del 12% risiede al di fuori della regione.

Tabella 1 Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale, anno 2009

	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Contrattisti
Ruolo sanitario	2.409	82	136
Ruolo professionale	6	1	2
Ruolo tecnico	942	59	4
Ruolo amministrativo	194	1	8
Totale	3.551	143	150

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

Il ruolo dell'Azienda nel mercato del lavoro locale risulta di rilievo, soprattutto considerando quanto rilevato dall'Osservatorio sul mercato del lavoro della Provincia di Parma, che effettua attività di osservazione degli esiti occupazionali locali della recessione che ha investito l'economia su scala globale e che le maggiori Istituzioni economiche prevedono possano protrarsi nel biennio 2010-2011, di cui riportiamo alcuni stralci a commento della situazione del mercato del lavoro provinciale e dello scenario di medio periodo, che viene considerato molto preoccupante per le prospettive occupazionali, tanto in Europa che nel nostro Paese.
"L'aggiornamento al 30 settembre 2009 dei dati congiunturali per l'occupazione dipendente, nelle unità locali delle imprese e delle istituzioni residenti in provincia di Parma, mostra per il complesso dell'economia provinciale una interruzione della caduta della domanda di lavoro e della distruzione dei posti di lavoro, fenomeni che avevano invece caratterizzato i precedenti mesi di crisi
...
Il sistema produttivo provinciale, più in particolare, ha dato primi positivi segnali di reazione con una certa rimonta (per mezzo migliaio di unità) dell'occupazione dipendente nei settori dei trasporti e della logistica, dei servizi alle imprese e della fornitura di manodopera, i cui livelli di attività sono direttamente collegati con quelli manifatturieri. Ma la recessione si sta però dimostrando molto più profonda, lunga e diffusa delle precedenti, al punto che la perdita cumulata nella produzione della ricchezza in Europa arriva al 5%, tre volte più grande di quella realizzatasi nelle tre precedenti recessioni.
...
La gravità degli esiti della recessione sull'occupazione dipendente in provincia di Parma resta meglio evidenziata se si tenta un bilancio sui dodici mesi che hanno fatto seguito all'emblematico fallimento della Lehman Brothers: infatti, se si prendono come termini di confronto i periodi ottobre 2008 – settembre



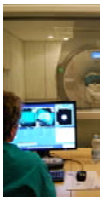
2009 e ottobre 2007 – settembre 2008, si ha che nelle unità locali delle imprese e delle istituzioni residenti in provincia di Parma gli avviamenti al lavoro sono diminuiti del 17,1% e, nei medesimi dodici mesi di crisi sottoposti al presente monitoraggio, sarebbero andati distrutti in tutto 4.747 posti di lavoro alle dipendenze, mentre nell'analogo periodo ottobre 2007 – settembre 2008 ne erano stati creati 3.994
…
L'evolvere della crisi sta poi modificando la composizione degli occupati maggiormente colpiti e, se si fanno pari a 100 i posti di lavoro alle dipendenze complessivamente perduti dalle unità locali delle imprese e delle istituzioni in provincia di Parma nel periodo ottobre 2008 – settembre 2009 (in tutto 4.747 unità), risulta possibile osservarne la composizione interna, considerandone le principali caratteristiche sociali e demografiche e la tipologia contrattuale dei lavoratori che li ricoprivano. Nella maggioranza dei casi i posti di lavoro distrutti erano ricoperti da maschi (65,7%), stante la maggiore esposizione alla crisi delle attività industriali, mentre i posti di lavoro persi da donne rappresentano il 34,3%: va immediatamente sottolineato come questo fenomeno non sia l'effetto di un «particolarismo locale» ma trovi riscontro negli esiti occupazionali della crisi un po' in tutta Europa; l'evidenza statistica disponibile non sembrerebbe inoltre indicare che si stia esercitando a discapito delle lavoratrici una propensione all'espulsione dal lavoro in termini discriminatori.
…
Il fatto che la crisi stia però passando, in Europa come a Parma, da una fase caratterizzata dal labour hoarding, termine con cui gli economisti indicano il tentativo delle imprese di «risparmiare» la perdita delle risorse umane più professionalizzate anche con il forte ricorso agli ammortizzatori sociali, a una seconda fase dove si faranno sempre più sentire i fenomeni di job shedding, termine con sui si indica sia il ridimensionamento del personale attuato in forme «non traumatiche» (quali i prepensionamenti o la mancata sostituzione del turnover) che quello attuato in forme «traumatiche» (mobilità, ristrutturazioni), tenderà sempre più ad influire sull'età e sulla tipologia contrattuale dei lavoratori coinvolti. …
A riprova definitiva che la nuova fase di ridimensionamento degli organici da parte delle imprese sta per compiere un «salto di qualità», vi è forse la maggiore discontinuità rispetto alla situazione monitorata in precedenza, che registrava la massima concentrazione dei posti di lavoro perduti nell'area del lavoro dipendente a tempo determinato. Ora l'effetto combinato della ripresa delle assunzioni nel terzo trimestre 2009 (nella stragrande maggioranza dei casi a tempo determinato) e delle crescenti perdite di posti a tempo indeterminato (come effetto collaterale del job shedding) ha riequilibrato in maniera drastica il bilancio dei posti perduti sull'arco dei dodici mesi sottoposti a monitoraggio: il 50,2% di questi è, infatti, a tempo indeterminato e il 49,8% a tempo determinato." [P.G.Ghirardini e M.Pellinghelli, Le conseguenze occupazionali della recessione economica in provincia di Parma - Rapporto di monitoraggio n°3 - Dati congiunturali al 30 settembre 2009, Provincia di Parma, 29 gennaio 2010]

Per quanto riguarda la provenienza dei professionisti impiegati nella nostra Azienda, si segnala che 79 lavoratori sono stranieri; di questi, 49 provengono da paesi dell'Unione Europea (nella quasi totalità dalla Romania), mentre 23 dei 30 lavoratori di provenienza extra-europea sono paraguaiani. Il numero complessivo dei lavoratori stranieri è sostanzialmente stabile negli ultimi anni, infatti il trend in crescita è stato registrato tra il 2006 e il 2007 quando sono di fatto raddoppiati i lavoratori provenienti dai paesi comunitari.

Lavoratori stranieri	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009
Intra UE	26	52	52	49
Extra UE	33	31	30	30
Totale	59	83	82	79

I lavoratori appartenenti alle categorie protette sono 68 nel 2009.

31.12.2007	31.12.2008	31.12.2009
64	62	68



Gli universitari in convenzione con l'Ospedale sono 281, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 2 Universitari suddivisi per ruolo, anno 2009

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	240
Ruolo tecnico	4
Ruolo amministrativo	37
Totale	281

Frequentano l'area ospedaliera 3.778 studenti (a.a. 2009-2010) di cui 1.145 (30,3%) sono residenti nella provincia di Parma, 799 (21,1%) infraregione, 1.834 (48,5%) provengono da fuori regione o anche dall'estero. I medici in formazione specialistica, iscritti nell' a.a. 2009-2010 alle Scuole di specializzazione post laurea, sono 563. Nel successivo paragrafo 2.4 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 2009 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 170.782,8 (valore in migliaia). Di questi 161.948,2 migliaia di € concerne il personale ospedaliero e 8.834,6 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 2007-2009:

Tabella 3 Valori degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori e docenti convenzionati

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
2009	10.217,8	3.809,7	14.027,6	6.106,4

I valori sono espressi in migliaia di euro

Tabella 4 Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a personale tecnico-amministrativo in convenzione

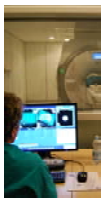
Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
2009	3.136,9	1.200,6	4.337,5	2.124,1

Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si evidenzia che nel 2009 oltre un quarto dei beni e servizi acquistati (nelle classi di bilancio: *acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione*) ha interessato l'ambito regionale e in prevalenza il territorio provinciale.

Tabella 5 Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione, anno 2009

Ambito territoriale di Parma	€ 31.707,3
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 9.756,1
Totale Regione	€ 41.463,4

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



L'importo complessivo del 2009 relativo alle classi indicate ammonta a 162.601,6 (migliaia di euro) per cui, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 26,50% del totale, in incremento rispetto al 2008.

Il contributo dell'Azienda all'economia del territorio si concretizza anche nella concessione di spazi per servizi commerciali nell'area ospedaliera, alla quale si è giunti a seguito della conclusione di una procedura di gara. Infatti, l'Azienda ha pubblicato nel 2008 un bando per l'affidamento in concessione di servizi commerciali, di natura non alimentare, all'interno dell'Ospedale.
Nel corso di 2009, sono stati attivati i nuovi esercizi commerciali con locali dedicati, situati nella galleria dell'accoglienza in prossimità del bar-ristorante, all'ingresso principale dell'Ospedale. Si tratta di un servizio di rivendita di giornali, libri e idee regalo, con distribuzione dei quotidiani all'interno dei reparti e di un servizio di rivendita di articoli sanitari e merceria. La presenza dei due esercizi all'interno dell'Ospedale contribuirà ad integrare ancora di più la struttura sanitaria nel contesto urbano ed arricchire la qualità dell'offerta per pazienti, famigliari in visita e personale dipendente, che avranno a disposizione un'intera galleria dedicata ai servizi di supporto.

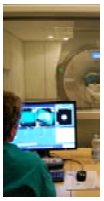
Impatto sociale

È possibile delineare 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.

Nel corso dell'anno 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ricevuto 62 contributi tra donazioni e lasciti. Il numero maggiore di donazioni (24) proviene da singoli cittadini. Ventuno sono invece le donazioni pervenute da associazioni, 5 da scuole e 12 da imprese.
Il valore economico della generosità di tante persone si aggira intorno ai 200 mila euro, cui vanno aggiunte donazioni di attrezzature sanitarie per un valore complessivo di 585.000 euro e di arredi ed attrezzature informatiche per circa 16.000 euro, da parte di singoli cittadini, associazioni ed imprese.
Tali importi non consentono tuttavia di cogliere a pieno il reale valore in termini di fiducia e di impegno di tante persone verso l'ospedale cittadino.
Oltre a strumentazioni sanitarie di vario genere (irradiatore a raggi x per emocomponenti, monitor per il monitoraggio e la misurazione di parametri vitali, ecografi, una cabina pletismografica, un enteroscopio ad alta definizione "single balloon", eccetera), le donazioni riguardano anche aspetti meno tangibili come il mettere a disposizione risorse di tipo relazionale, ad esempio per l'attivazione di un punto di ascolto presso la sala di attesa dell'Unità Operativa di Medicina riabilitativa al fine di sostenere le famiglie nel difficile percorso del cambiamento e del reinserimento sociale, o le iniziative per rendere meno difficili periodi particolari come le feste di Natale (con la distribuzione di doni ai piccoli ricoverati cui ha contribuito la Fondazione Cassa di Risparmio), o gli auguri in musica per i viali dell'Ospedale.

Sempre nel 2009, l'Azienda ha ricevuto due milioni di euro dalla Fondazione Cassa di Risparmio come quota parte del finanziamento disposto per l'acquisto della Risonanza magnetica 3 Tesla.

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.
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. 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 l'impegno



dell'Azienda su un fronte particolarmente difficile come quello della difesa delle donne che subiscono violenza, le azioni in tema di molestie sui luoghi di lavoro, ma anche le sinergie che consentono di garantire, per i bambini che affrontano l'esperienza del ricovero, la Scuola in Ospedale e iniziative collegate, che si situano sul crinale fra dimensione sociale e culturale.

Accogliere le donne che hanno subito violenza

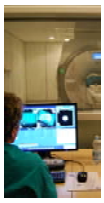
Da diversi anni la nostra Azienda partecipa attivamente alla rete territoriale di servizi e realtà di accoglienza con ambiti di intervento e competenze differenti, in grado di dare risposte alle donne che subiscono violenza. La nostra struttura (in particolare con Pronto Soccorso, 118, unità operative di Ostetricia e Ginecologia e quelle pediatriche) è, infatti, 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.
Le sinergie si attuano a diversi livelli, anche mettendo a disposizione del Centro Antiviolenza, nell'ambito dell'area ospedaliera, al padiglione Rasori, gli spazi per uno sportello attivo quotidianamente, che è raggiungibile anche telefonicamente grazie ad un numero verde (800.090.258).
Nel corso del 2009, è stato garantito supporto al Centro Antiviolenza nell'organizzazione e realizzazione di un seminario sul tema "Insieme contro la violenza", che è stato ideato nell'ambito del progetto omonimo, finanziato dal Ministero della Solidarietà Sociale.
Una della finalità del seminario è stata quella di costituire un momento di incontro, confronto e riflessione per istituzioni e servizi che fanno parte della rete, dando visibilità alle azioni avviate dai vari soggetti coinvolti nel supporto alle donne che subiscono violenza, e le prassi operative concordate. È stato presentato, inoltre, un opuscolo multilingue, che contiene tutti i riferimenti di aiuto disponibili a Parma e provincia, rivolto alle donne maltrattate e a chi sta loro vicino, come parenti, amici e conoscenti. L'opuscolo è scritto in italiano, inglese, francese, arabo e cinese.

La prevenzione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro

Le aziende sanitarie di Parma (Ausl e Azienda Ospedaliero-Universitaria) hanno messo a punto alcuni strumenti per favorire le pari opportunità e contrastare le discriminazioni sul luogo di lavoro.
Tra queste vi è il codice di condotta contro le molestie sessuali, adottato nel 2008 dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, e che definisce un percorso per tutelare chi dovesse subire molestie in ambito lavorativo.
Le molestie sessuali sono una costante di genere molto frequente nei rapporti tra uomini e donne e rappresentano una forma di discriminazione sessuale endemica in tutte le organizzazioni del lavoro.
Il codice, già presentato in queste pagine nella precedente edizione in quanto realizzato appunto alla fine del 2008, prevede la figura del consigliere di fiducia, preferibilmente di sesso femminile, al quale la vittima di molestie può rivolgersi per consigliarsi sulla modalità più idonea per il suo caso, valutando di volta l'opzione di una procedura informale o formale interna all'Azienda.
La realizzazione di un codice di condotta sottolinea l'impegno che le aziende sanitarie si assumono per contrastare questo fenomeno e favorire, attraverso percorsi interni anche non formali, la tutela di chi è molestato, nel massimo rispetto della riservatezza personale.
Il codice anti-molestie dell'Azienda è stato presentato nell'ambito di un incontro pubblico dal titolo "La prevenzione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro" (cfr. il paragrafo Comitato Pari Opportunità del capitolo 4), cui hanno preso parte oltre a rappresentanti aziendali (anche dei Comitati Pari Opportunità), anche gli assessori del comune di Parma e della provincia di Parma e la consigliera provinciale di parità. Infatti anche azioni rivolte in prima istanza al proprio interno, alle persone che lavorano in Azienda, hanno una evidente e necessaria rilevanza pubblica, e assumono una particolare salienza nel rendere concreto l'impatto dell'Azienda sul contesto sociale.

La Scuola in Ospedale

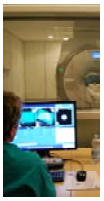
Nell'anno scolastico 2008-2009 la Scuola in Ospedale ha impegnato 4 docenti di scuola primaria e 4 docenti di scuola secondaria di primo grado, tutti appartenenti all'Istituto Comprensivo "G. Ferrari". L'attività è ufficialmente riconosciuta dal Ministero della Pubblica Istruzione e permette ai bambini, 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 2008-2009 ha seguito 371 alunni di scuola secondaria di 1° e 2° grado degenti presso i reparti pediatrici: in particolare 265 bambini e ragazzi con degenza breve (1-7 giorni), 45 con degenza media (8–15 giorni) e 61 con un periodo di degenza superiore ai 15 giorni. I bambini della scuola primaria sono stati 500 con degenza breve, 40 con degenza media e 24 con degenza protratta per un totale di 564 bambini. Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso un servizio scolastico a 935 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 2009, intitolata Life Collection.
Un viaggio culturale/artistico guidato dal regista milanese Nicola Artico e dal suo team composto da un addetto alla fotografia, una truccatrice esperta proveniente dal Teatro alla Scala di Milano, due architetti curatori della mostra.
Il progetto è incentrato su una ricerca artistica che ha visto opere celebri come quelle del pittore Correggio , modificate digitalmente attraverso l'interpolazione di personaggi, suoni, parole e immagini. Il risultato finale di tutto il percorso è stata la realizzazione di 8 tele mutanti interpretate da altrettanti ragazzi/e ricoverati nel reparto di Oncoematologia pediatrica. Le tele sono state presentate nella mostra intitolata Life Collection presso la Galleria di San Ludovico a Parma ed è stata patrocinata dal Comune di Parma – Assessorato alla Cultura.
Il contributo dei ragazzi in particolare è stato molto significativo in quanto ha permesso a ciascuno di loro di trovare risorse e canali personali di interpretazione / espressione.
Anche il personale del reparto è stato coinvolto in tutte le fasi di progettazione, realizzazione e verifica in itinere del progetto.Nel corso del 2009, 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. In particolare, sono state realizzate uscite in collaborazione col personale sanitario e gli operatori del volontariato, tra cui l'uscita didattica a Correggio dove ogni bambino ha potuto realizzare un affresco su tavola; visita all'industria di gelati "La Favorita" di Parma; uscita con navigazione sul Po a Polesine Parmense; uscita didattica alla "Biblioteca di Alice" di Parma; visita alla mostra ornitologica presso Ente Fiere di Parma.

Momo non ho tempo

Il progetto è proseguito con la partecipazione delle docenti di scuola in ospedale a un corso di formazione mirato all'acquisizione di competenze nell'ambito della micro didattica. Si tratta di struttrare interventi didattici brevi, rivolti a bambini e ragazzi che affrontano una degenza breve, ma la contempo completi nel loro svolgimento. Operativamente vengono definiti, in modo mirato, pochi obiettivi verificabili dell'intervento stesso. Prodotto finale del corso è stata la realizzazione di una pubblicazione intitolata "Dove



nasce l'arcobaleno", un testo contenente fiabe illustrate frutto della formazione e del lavoro creativo svolto in collaborazione tra il gruppo delle docenti, gli educatori e alcuni volontari dei diversi reparti pediatrici.

Sempre nel 2009, è stata realizzata una mostra interattiva, dal titolo "Momo non ho tempo", organizzata nell'ambito del progetto "Per educare un fanciullo serve un intero villaggio", nato del 2007 nell'ambito del Comune di Parma.
La mostra ha fatto tappa per un mese nei reparti di area pediatrica dell'Ospedale Maggiore di Parma, dove ha accompagnato, sostenuto e colorato il tempo e i sogni dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, per poi approdare a Palazzetto Eucherio Sanvitale.

Uno degli esiti più concreti di questa attività è stata la realizzazione dell'angolo delle coccole, nato dalle considerazioni di un'alunna che ha rivalutato il valore del tempo che, in reparto, sembra non trascorrere mai. Secondo la sua considerazione sarebbe importante riempire questo tempo con tanti momenti di coccole e tenerezza con i propri familiari. Cosa che a casa, quando si sta bene, non si fa mai perché tanto c'è TEMPO.

È solo quando ci si accorge che il tempo ci sfugge, che si capisce quanto sia importante riempirlo di valori profondi. La struttura, i colori, i materiali e la musica dell'angolo delle coccole sono una sua completa creazione. È stato un angolo sperimentato e molto apprezzato anche alla mostra da tutti i visitatori.

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. Quest'anno il progetto si è esteso alle scuole dell'infanzia FISM di Parma e Provincia. 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.

Musica per l'Ospedale dei Bambini

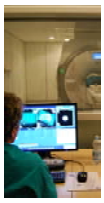
Da alcuni anni la Scuola in Ospedale organizza, in collaborazione con i reparti dell'area pediatrica, una serata a ricordo della nascita dell'Ospedale del bambino, avvenuta il giorno 9 dicembre 1900. Per l'occasione sono coinvolti cori, musicisti cittadini e della provincia e, quando possibile, alunni 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. In occasione dell'ultima manifestazione, svoltasi il 9 dicembre 2009, la serata è stata arricchita grazie alla partecipazione del gruppo Corale San Benedetto di Parma, del gruppo corale Pueri et Juvenes Cantores di Fidenza, dal cantante Matteo Setti accompagnato dai musicisti Caronna e Savazzi e dalla straordinaria partecipazione di due ex-alunni di scuola in ospedale accompagnati dai rispettivi gruppi strumentali e vocali. L'intera manifestazione, svoltasi all'Auditorium del Carmine di Parma è stata finanziata dal VOB, Volontari Ospedale dei Bambini, per quanto riguarda, in particolare, le spese di allestimento.

Partecipazione al GEF di Sanremo

Nel corso del 2009, il filmato "Grandi corridori di corse in salita ", prodotto lo scorso anno scolastico con il regista Marco Caronna, è stato presentato al GEF (Global Educational Festival) che si è tenuto a Sanremo nei giorni 21 e 22 marzo 2009. Il filmato è stato presentato a due categorie: 1) Festival internazionale del cinema scolastico e 2) Da Vinci secret's (premiazione dei migliori progetti).
L'esperienza è stata particolarmente gratificante in quanto i ragazzi hanno potuto ritirare ben due menzioni speciali sia come miglior film che come miglior progetto. Le premiazioni si sono svolte al Palafiori e al Teatro Centrale di Sanremo. La giuria era composta da noti registi e attori del mondo dello spettacolo. L'uscita è stata sponsorizzata dall'Associazione Noi per Loro.

Progetto Musica per Narrarsi – Borsa di studio

Il coro "Voci di Parma", sponsor del progetto, ha voluto mantenere viva la collaborazione con l'ospedale dei bambini istituendo una borsa di studio annuale. Scopo di tale iniziativa è quello di permettere ad un



alunno particolarmente motivato, distintosi durante l'anno scolastico per l' impegno musicale, di frequentare un corso annuale di canto o strumento con insegnanti professionisti.
La consegna della borsa di studio è avvenuta il giorno 18 giugno 2009 ed ha visto protagonista un alunno del reparto di oncoematologia pediatrica.

I colori dell'ospedale. Il disegno infantile e l'esperienza di malattia

Abbiamo presentato il Progetto Giocamico nelle precedenti edizioni del bilancio di missione. Il progetto è stato 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, ed è sostenuto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e da tutti i Comuni del territorio provinciale, coordinati dall'Assessorato alle Politiche sociali della Provincia, e dall'Assessorato al Sociale del Comune di Parma. Giocamico è tuttora un'esperienza unica in Italia, sebbene sia per la comunità parmense una realtà ormai consolidata.

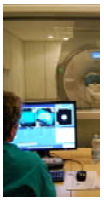
Oltre alla consueta attività ludica nei reparti, nell'ambito del progetto vengono ideate e realizzate iniziative volte a consentire ai bambini di sperimentare in modo giocoso le attività diagnostiche e terapeutiche che dovranno affrontare.
Fra le iniziative del 2009, vi è la realizzazione di una mostra dal titolo **I colori dell'ospedale. Il disegno infantile e l'esperienza di malattia**, che si proponeva di comprendere meglio e valorizzare i prodotti artistici dei piccoli pazienti dell'Ospedale dei Bambini di Parma, partendo dalla considerazione che disegnare è una fondamentale attività ludico espressiva dei bambini, anche durante i giorni di ricovero in ospedale.
Proporre un momento di discussione e confronto tra i soggetti che a vario titolo sono in contatto con l'esperienza ospedaliera dei bambini costituisce uno degli obiettivi dell'iniziativa, che ha previsto anche una giornata di studio per approfondire il valore che le esperienze di disegno, e in generale la creatività, possono acquisire nell'ambito della crescita di un soggetto in età evolutiva, costretto in un ambiente normalmente estraneo come l'ospedale.

@lice dei libri. Libri e storie nell'Ospedale dei bambini

Letture ad alta voce, per tre mattine alla settimana, per i bambini ricoverati nell'area pediatrica dell'Ospedale Maggiore (1.083 nel 2008, solo in Astanteria pediatrica) vengono realizzate dalla Biblioteca di @lice dell'Istituzione biblioteche del Comune di Parma. Il progetto nasce in forma sperimentale nel 2003, dal 2005 viene garantito grazie a tre operatori di una cooperativa concentrandosi prevalentemente nel reparto di Astanteria pediatrica. Le attività svolte riguardano anche la presentazione di libri, il supporto alla scuola, oltre al prestito dei libri.

Il progetto di promozione della lettura e del libro nel contesto ospedaliero è in crescita in termini culturali ed educativi.
La biblioteca dell'Ospedale ha, infatti, raggiunto (grazie a donazioni di associazioni) il numero di circa 500 libri che costituiscono un primo nucleo per una futura biblioteca per ragazzi da collocare nel nuovo Ospedale dei bambini. I libri catalogati, etichettati e incellofanati sono a disposizione dei piccoli pazienti anche per il prestito. È disponibile presso la Biblioteca di @lice una sezione interculturale con libri in lingua per i bambini e ragazzi stranieri ricoverati presso l'Ospedale Pediatrico.

Inoltre, l'attività di lettura è integrata anche da laboratori. Un pomeriggio alla settimana, infatti, è dedicato a laboratori in cui i bambini vengono coinvolti in varie attività: kamishibai (storie in valigia, una valigia che una volta aperta si trasforma magicamente nel proscenio di un teatrino, sul fondo del quale scorrono immagini di personaggi e ambienti delle storie raccontate o lette. Questo teatrino giapponese veniva usato dai cantastorie nei loro spettacoli e nelle scuole giapponesi ed è un supporto didattico diffuso e conosciuto da tempo), costruzione di strumenti musicali, costruzioni di burattini, eccetera.
Le attività in questione sono sempre collegate ai libri e alle storie lette o raccontate. I laboratori si svolgono in luoghi dedicati (biblioteca della Clinica Pediatrica, aula didattica della Chirurgia Pediatrica) in cui i bambini si ritrovano quasi sempre accompagnati dai genitori.



Impatto culturale

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.
Lo sforzo dell'Ospedale di essere una struttura importante per la città si riflette anche nell'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. In questa prospettiva la dimensione propriamente culturale e quelle sociale si presentano come fortemente intrecciate e difficilmente distinguibili.

Arte in Ospedale

Da alcuni anni l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma ha avviato un percorso di integrazione dell'arte negli spazi ospedalieri. La creazione intellettuale caratterizza il luogo e ne cambia non solo l'aspetto ma anche la "poetica" e il modo di vivere. Perché l'arte, al contrario dell'arredamento che ha lo scopo di rendere piacevole un ambiente, interroga e stimola.

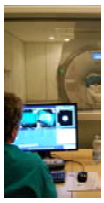
Vittorio Ferrarini, artista e pittore parmigiano, dal 2005 ha contribuito in modo importante all'avvio di questa trasformazione dell'Ospedale Maggiore da luogo di cura, asettico, a spazio vivo, donando 32 opere pittoriche all'Azienda, che sono andate a completare ingressi, sale d'attesa e reparti ospedalieri.
Nel 2009 tali opere sono state raccolte in un catalogo che è testimonianza dell'importanza delle arti visive negli spazi sanitari.
Rivedere l'architettura e il design che contraddistinguono i luoghi di cura significa ripensare la concezione degli ospedali, visti non solo come involucri funzionali, ma come ambienti con una propria anima, come ambienti di cura e di lavoro dotati di tutte quelle pulsioni che contraddistinguono gli spazi di vita.

Nell'ambito del progetto **"Arte in ospedale"**, nato da una collaborazione tra l'associazione Amici dell'Ospedale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si sono susseguite, nel corso del 2009, tre diverse esposizioni negli spazi espositivi permanenti dell'Ospedale, ovvero la "sala azzurra", all'ingresso di viale Volturno, la "sala verde", allestita al Centro emostasi e la "sala rossa" del padiglione Centrale.
Hanno esposto le proprie opere in tempi diversi gli artisti Nicoletta Bagatti, Cinzia Morini e Gaetano Barbone; Mello Witkowski Pinto, Margherita Leoni e Corrado Riccòmini; Caterina Orzi, Mario Maffioli e Fabio Herrera.
Ad accompagnare l'inaugurazione di tali eventi e a qualificarne ulteriormente il contenuto e il significato culturale, sono state due conferenze dello storico dell'arte Mario Lucco (già professore ordinario di Storia dell'arte moderna all'Università di Bologna e curatore di eventi a livello nazionale e internazionale) che ha raccontato le sue mostre: Antonello da Messina, Giovanni Bellini, Andrea Mantegna e Sebastiano del Piombo.

Ripensare la nascita, ripensare il futuro

Il tema della nascita ha esercitato il ruolo di catalizzatore e propulsore per diversi eventi che hanno preso forma nel corso del 2009.

Nel mese di novembre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con l'Associazione nazionale educazione prenatale (Anep) e Collegio ostetriche di Parma e Piacenza, hanno organizzato il convegno "Prima e dopo la nascita: interdipendenza e continuità relazionale", una giornata di studio su bambino, famiglia e comunità
L'evento formativo e informativo era rivolto a tutti i professionisti che si occupano di nascita e ai futuri genitori, focalizzando l'attenzione sulle recenti scoperte scientifiche che possono essere integrate nella pratica ostetrica e neonatologica, grazie alla prospettiva della fisiologia. Durante la giornata sono state approfondite le conseguenze a lungo termine delle prime esperienze di vita. Tra l'endogestazione e l'esogestazione, infatti, l'individuo non ha ancora acquisito una consapevolezza e un'identità: il suo



mondo sono gli adulti che lo circondano e da loro dipendono il suo presente e il suo futuro. Numerose discipline (psicoendocrinologia, epidemiologia, etologia e altre) invitano a riscoprire i bisogni di base della partoriente e del neonato, suggeriscono l'introduzione di nuovi criteri di valutazione della nascita e apportano molteplici ragioni per interferire il meno possibile nelle fasi del parto.
I lavori del convegno erano articoltati in due sezioni: "Ripensare la nascita" rivolta allo studio dei momenti prenatali e "Ripensare il futuro" dedicata alle interazioni genitori – figlio, hanno partecipato figure di rilievo internazionale come Michel Odent, chirurgo ginecologo, fondatore del "Prime health research centre", centro di ricerca che ha l'obiettivo di studiare le conseguenze a lungo termine delle prime esperienze di vita e Thomas Verny neuropsichiatria, Università di Santa Barbara in California.

L'Anno del neonato

Rivelano un'importante valenza culturale e sociale anche le iniziative, rivolte al territorio cittadino e provinciale, pensate per evidenziare l'importanza della nascita e inserirla in un contesto collettivo e comunitario (cittadinanza, intesa come nuclei familiari, operatori sanitari, istituzioni e tessuto sociale).
Si tratta di una serie di eventi dedicati alla nascita e al bambino capaci di coinvolgere tutta la città: è questa l'idea che ha ispirato l'evento "Anno del neonato", che ha avuto inizio nel 2009 per proiettarsi nel 2010, il progetto organizzato da Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Usl in collaborazione con Comune e Provincia di Parma, con le adesioni dei Comuni di Fidenza, Salsomaggiore e Borgo Val di Taro.

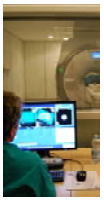
L'indiscussa e comprovata importanza di quel periodo di tempo che va dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino in termini di salute psico-fisica dell'individuo futuro ha indotto la necessità di riflettere sul concetto di "genitorialità diffusa", che deve coinvolgere e responsabilizzare l'intera comunità sul benessere del neonato, "cittadino del domani", e sulla creazione di un percorso di crescita sussidiaria. La genitorialità è "diffusa" quando, oltre a genitori e familiari, coinvolge la popolazione con la quale il bambino e la sua famiglia vengono in contatto, quando cioè la maggior parte della comunità si sente responsabile del benessere di un nuovo individuo.
A questo fine diventa necessario il ripensamento della modalità di offerta sanitaria, in sempre maggiore integrazione e sinergia con il tessuto sociale. Il progetto si è proposto come percorso di apertura delle Aziende sanitarie verso la città e la provincia, fondato sulle potenzialità che possono derivare dalla sensibilizzazione e dal fare insieme le "cose giuste". Si identifica nei concetti di responsabilità sociale e cooperazione.

Primo momento dell'Anno del neonato è stato il concerto di musica lirica **"La vita nascente"**.
Protagoniste della serata a scopo benefico saranno le cantanti liriche Paola Sanguinetti, Lucetta Bizzi, Yumi A.Yàginuma e Cristina Melis, il coro delle Voci Bianche della Corale Verdi di Parma, diretto da Beniamina Carretta, e la poetessa Patrizia Fazio.
Il ricavato dell'iniziativa contribuirà alla costruzione, presso l'Ospedale, di una culla per l'abbandono protetto. La culla, già realizzata in altre città d'Italia, è una struttura in cui le madri che non vogliono o non possono riconoscere il proprio figlio, hanno la possibilità di lasciare il bimbo nel completo anonimato e in assoluta sicurezza per il piccolo. Riscaldata e dotata di un allarme acustico attivato da un sensore che avvisa tempestivamente il personale medico nel caso di presenza di neonato, sarà installata in un locale appositamente predisposto per l'abbandono anonimo.

Durante le feste natalizie è stato distribuito in alcune librerie cittadine il volume fotografico "Life", sul Percorso Nascita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Gli scatti sono stati realizzati in studio e all'interno dell'ospedale e ritraggono le mamme in attesa, durante alcune fasi del parto e insieme al neonato. Parte del ricavato del volume è stato destinato alla culla per l'abbandono protetto.
Altre specifiche iniziative troveranno realizzazione nel 2010.

Altre iniziative

Anche nel 2009 è stato confermato l'impegno della Cappellania Ospedaliera nell'organizzazione di incontri formativi rivolti ad operatori sanitari, ma aperti a tutta la cittandinanza. Nel 2009, la Cappellania dell'ospedale ha organizzato un corso intensivo sul tema del lutto, strutturato in quattro incontri per approfondire le inevitabili conseguenze e i cambiamenti che il lutto provoca nell'operatore sanitario e in generale nella persona. Il corso è stato condotto da Arnaldo Pangrazzi, camilliano, docente universitario ed esperto di tecniche di elaborazione del lutto. Il programma ha previsto la trattazione dei seguenti temi: la morte oggi: atteggiamenti e sfide culturali; educarsi ai distacchi; l'esperienza luttuosa: variabili importanti; elaborazione del lutto: problemi e percorsi di guarigione; il supporto nel lutto.



Impatto ambientale

In un ospedale moderno non va trascurato il tema dell'impatto ambientale, delle modifiche all'ambiente derivanti dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'organizzazione sia per quanto attiene al prelievo e all'utilizzo di risorse che in riferimento alla gestione dei rifiuti.
Le tipologie di interventi messi in atto sono diversificate e riguardano, ad esempio, i rapporti di fornitura, il patrimonio immobiliare, le politiche del personale (sia con interventi informativi per massimizzare i comportamenti virtuosi in tema di consumi, mobilità e gestione dei rifiuti, sia con indagini mirate), oltre a realizzazioni specifiche come il magazzino AVEN per la gestione dei farmaci, un progetto di logistica integrata che presenta una grande attenzione al tema della sicurezza e dell'impatto ambientale.

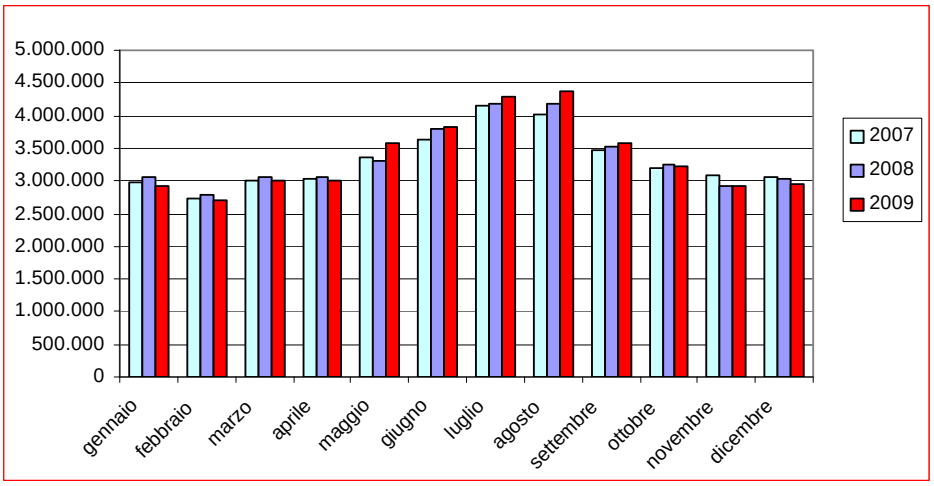
Per la fornitura di energia elettrica, l'Azienda ha aderito alla gara espletata da Intercent-ER.

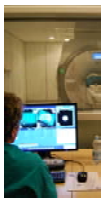
Anche in tema di acquisti è stato dato sviluppo a livello aziendale delle indicazioni emerse nel gruppo regionale "Acquisti Verdi", al fine di ridurre gli impatti ambientali e migliorare la sostenibilità. A tal proposito alcune indicazioni sono state introdotte all'interno di alcuni capitolati di appalto inseriti nel Global Service Aziendale.
Con l'obiettivo di ridurre, all'interno dell'area ospedaliera, le emissioni nocive prodotte dalla circolazione di automezzi a combustione e principalmente di veicoli alimentati a gasolio o benzina, gli appalti di servizi che prevedono trasporto di persone o cose con utilizzo di automezzi vengono attualmente predisposti ed aggiudicati predilegendo mezzi a basso impatto ambientale e prevedono, in particolare, un elevato punteggio per i progetti-offerta che propongano *veicoli di tipo elettrico.*
Nel 2009, è stato aggiudicato il servizio di trasporto pazienti da Pronto Soccorso e tra Padiglioni Ospedalieri. Il progetto dell'aggiudicataria prevede un parco ambulanze totalmente di tipo elettrico e quindi ad impatto ambientale nullo, ossia "zero emissioni" in atmosfera di CO2 e di polveri sottili. Il contratto con l'aggiudicataria ha avuto materiale esecuzione il 31.01.2010.

È stata, inoltre, effettuata nel corso dell'anno la revisione del capitolato per l'acquisizione di contenitori per rifiuti sanitari pericolosi (citotossici e citostatici, a rischio infettivo taglienti e pungenti, taniche per reflui di apparecchiatura di analisi di laboratorio), in linea con le indicazioni della D.G.R. n. 1155/2009, nonché del bando di gara intercentER "Servizio di raccolta, trasporto e conferimento ad impianti di smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi e non, derivanti da attività sanitaria" nell'ambito degli Acquisti Verdi. Infine, è stata stipulata la convenzione per il ritiro e lo smaltimento delle parti anatomiche riconoscibili prodotte a livello aziendale, ai sensi del D.P.R. 254/03.

È proseguito per tutto il 2009 il monitoraggio mensile dei consumi di acqua potabile e di energia elettrica.
Con riferimento al monitoraggio di energia elettrica si evidenzia un maggior contenimento nel 2009 della percentuale di variazione rispetto all'anno precedente: 0,41% è l'incremento registrato nel 2009 rispetto al 2008 (grazie ad un contenimento dei consumi nei mesi invernali), mentre nel 2008 l'incremento è stato pari a 1,23%.

Analogamente anche la variazione dei consumi dell'acqua è risultata nel 2009 pari a 0,43% rispetto al 2008, a fronte di un +25,15% registrato nel 2008 sull'anno precedente.





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 è stata espressamente richiesta la certificazione energetica, si tratta dell'Intervento 211 - IV Lotto, parte importante del progetto complessivo del nuovo ospedale, che interessa l'area tra il Centro del cuore, l'Ala est e la superficie dedicata all'elisoccorso. Sono state realizzate scelte architettoniche finalizzate a: massimo comfort interno, elevate prestazioni energetiche e bioclimatiche, protezione dai rumori e dalle vibrazioni anche attraverso l'uso di sistemi di sound masking. Inoltre, sono state fatte scelte innovative per garantire la qualità funzionale e architettonica, la gestione della luce per la creazione di ambienti che favoriscono l'umanizzazione dello spazio ospedaliero, con separazione dell'area di diagnosi e cura da quella di degenza.
Del resto, il bando per la realizzazione del nuovo edificio ha riconosciuto come autonomo criterio di valutazione il comportamento energetico del complesso edilizio. Il sistema edilizio, in materia di modalità e di efficienza di utilizzo, è stato interpretato come entità fisica complessa che si esprime attraverso un insieme strutturato di unità ambientali (a loro volta articolate in elementi spaziali) e di unità tecnologiche (a loro volta articolate in elementi tecnologici).
Nel sistema edilizio è possibile attuare una scomposizione per l'individuazione delle parti costituenti – elementi ed unità - e le connessioni tra esse. Si scompone in due principali sub-sistemi:

- il sistema ambientale;
- il sistema tecnologico.

Il primo concerne il *sistema spaziale-distributivo*, cioè le componenti strettamente geometriche e proporzionali degli spazi, nonché la loro distribuzione e relazione reciproca; e il *sistema fisico-ambientale* cioè le componenti che determinano le condizioni di comfort ambientale (temperatura dell'aria, umidità relativa dell'aria, ventilazione, illuminazione, eccetera).
Il secondo concerne *le modalità di assemblaggio* degli elementi fisici che insieme definiscono gli spazi *assicurandone il rispetto della sicurezza.*
In particolare l'azione progettuale si è concentrata su:

- caratteristiche prestazionali dell'involucro;
- soluzioni impiantistiche.

Nello specifico, il progetto degli impianti meccanici è stato sviluppato tenendo in particolare riguardo gli aspetti legati a:

- benessere interno degli occupanti sia a livello termoigrometrico sia acustico;
- flessibilità impiantistica;
- semplicità di manutenzione;
- risparmio di energia;
- igienicità e sicurezza.

La proposta progettuale è stata definita per ottenere specifici riscontri prestazionali in ordine a modalità di utilizzo, effetti ambientali sull'utenza, contenimento dei consumi.

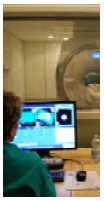
In tema di consumi energetici, è proseguita la campagna sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda ponendo particolare attenzione alle segnalazioni e suggerimenti da parte dei dipendenti trasmessi con l'indirizzo e-mail iospengolospreco@ao.pr.it.

Inoltre, nell'ambito delle attività per il Piano Spostamento Casa Lavoro, nel mese di ottobre 2009 sono stati inviati ai dipendenti questionari mirati, allo scopo di raccogliere informazioni utili alla revisione e all'aggiornamento del Piano stesso.

È in corso di elaborazione, ma troverà presumibilmente applicazione nel 2010, una convenzione con il dipartimento di Ingegneria Industriale dell'Università degli Studi di Parma per la diagnosi energetica di alcuni edifici e prime verifiche 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.

Gestione rifiuti

Nel corso del 2009, si è continuato il percorso di adeguamento della Gestione Aziendale dei Rifiuti, nel rispetto delle Politiche Ambientali Regionali e in piena sintonia con il programma "Il Sistema Sanitario per uno sviluppo sostenibile" ed il Piano di Azione Ambientale della Regione Emilia-Romagna 2008-2010. Inoltre, nel corso dell'anno, la Regione ha emanato, con D.G.R. 27 luglio 2009 n. 1155, l'aggiornamento delle "*Linee Guida Gestione dei Rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna*".



Sulla scorta delle indicazioni contenute, vi è stata una prima revisione delle procedure aziendali, anche attraverso l'attività del Gruppo Permanente Aziendale per la Gestione Ambientale, con il fine di migliorarne la gestione complessiva.
Le azioni poste in essere, oltre a quanto sopra richiamato in merito ad "Acquisti Verdi" e a revisione capitolati per l'acquisizione di contenitori per rifiuti sanitari pericolosi, riguardano:

- monitoraggio e verifica delle attività legate alla corretta gestione dei rifiuti prodotti, sia nei punti di produzione che nei punti aziendali centralizzati di raccolta. Tale attività si è sviluppata tramite numerosi sopralluoghi; le "*non conformità* sono state segnalate ai servizi competenti aziendali e territoriali;
- coordinamento dell'attività di gestione, raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo, pericolosi e non, nell'ambito del capitolato di appalto in vigore;
- promozione della raccolta differenziata di alcune matrici di rifiuto (pile, carta, cartone, plastica, vetro e barattolame), tramite il potenziamento del percorso di raccolta capillare. Contestualmente è stata pianificata una *campagna informativa/formativa* rivolta a tutti gli operatori sanitari, attraverso la programmazione, di incontri interdipartimentali ripetuti, in modo da sensibilizzare ad una corretta gestione dei rifiuti;
- trasmissione alla Regione dei dati di produzione rifiuti relativi all'anno precedente (2008);
- nell'ambito della raccolta, trasporto e smaltimento dei "Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio Infettivo" CER 18.01.03* prodotti in ambito aziendale, sono stati valutati i nuovi contenitori proposti nell'ambito del vigente appalto, attraverso la sperimentazione di nuovi contenitori in polietilene. È stato potenziato l'utilizzo di contenitori rigidi in polietilene per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prodotti all'interno di alcune UU.OO. complesse per aumentare la sicurezza igienica ambientale.

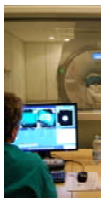
Il magazzino AVEN

La finalità del progetto magazzino Aven (Area vasta Emilia nord) per la gestione dei farmaci consiste nella razionalizzazione dei flussi logistici (intesi in senso globale: flussi di merci, informazioni e persone) sia dal punto di vista qualitativo, per il miglioramento del servizio offerto, che della riduzione dei costi complessivi, in un'ottica di forte integrazione tra le Aziende sanitarie associate (Ausl di Piacenza, Ausl e Aou di Parma Ausl e Ao di Reggio Emilia e Ausl e Aou di Modena) e di razionalizzazione nell'impiego delle risorse e nella gestione delle scorte.

L'obiettivo di miglioramento della qualità del servizio offerto riguarda, in particolare, la puntualità della consegna, l'affidabilità del servizio, la tracciabilità dei prodotti, l'analisi e la conservazione dei dati. Un ulteriore aspetto relativo alla qualità del servizio riguarda il governo clinico per quanto attiene la condivisione dei modi di operare e dei criteri di appropriatezza.

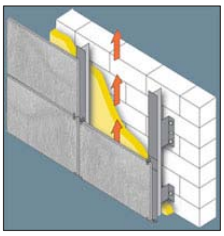
L'aspetto saliente di innovazione contenuta nel progetto riguarda la sicurezza, il controllo e la gestione del rischio, l'impatto ambientale e l'efficienza energetica.

Il progetto di logistica integrata, infatti, comporta il miglioramento delle funzioni gestionali, l'ottimizzazione delle procedure e l'impiego efficiente delle persone, adottando tecnologie innovative. La sicurezza deriva da un'efficiente organizzazione delle aree per lo stoccaggio dei materiali (con tre principali macroaree: sosta del farmaco, zona miniload e zona movimentazione), con particolare riferimento alla sicurezza intesa come controllo e gestione del rischio per il quale è prevista un'area bunker per la conservazione dei materiali infiammabili o per quelli assimilabili alle droghe.



La sicurezza riveste un'ampia importanza anche per l'organizzazione dei servizi di supporto al magazzino: centrale termica, gruppo frigo, gruppi elettrogeni sono sistemati esternamente in modo che i manutentori agiranno sempre al di fuori del magazzino. I materiali avranno tutti una specifica scheda per la sicurezza per la prevenzione del rischio incendio, e del rischio esplosione.

La sicurezza diventa elemento fondamentale per la tutela della salute delle persone e per il contenimento dell'impatto ambientale dell'intera compagine logistica: la struttura sarà dotata di particolari pareti ventilate con "effetto camino" per la protezione dagli agenti atmosferici, facilità di posa in opera, manutenzione e possibilità di intervento su ogni singola lastra, eliminazione della condensa superficiale (la presenza dell'intercapedine d'aria favorisce il trasferimento all'esterno dell'eccesso di vapore acqueo prodotto all'interno) e eliminazione dei ponti termici con conseguente risparmio energetico. L'"effetto camino" consentirà una significativa riduzione del carico termico nel periodo estivo e un aumento del calore trattenuto all'interno durante la stagione invernale. Sul lato sud saranno installate anche pale frangisole in alluminio parzialmente fisse e parzialmente mobili per arricchire l'ambiente di luce indiretta.

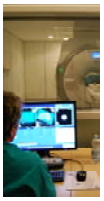


La riflessione dei rumori esterni sarà realizzata ad opera degli strati di paramento, degli intercapedini e degli isolanti che determineranno assorbimento acustico.

L'esigenza di contenimento del consumo energetico per l'intero sistema ha portato alla decisione di introdurre pannelli fotovoltaici.

Il progetto del magazzino Aven presenta una struttura antisismica di III categoria.

Il magazzino Aven è un progetto di logistica integrata che prevede un magazzino farmaceutico centrale e un sistema di gestione dei farmaci e dei dispositivi medici nei reparti di degenza e farmacie satelliti negli ospedali (UdP). Il progetto definisce il sistema di gestione del percorso dei materiali dal fornitore al reparto, con gestione delle informazioni dall'anagrafica alla elaborazione dei dati.



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.

Il valore delle prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere viene considerato come costo dell'Azienda Territoraile nel corrispondente livello di assistenza tenendo conto degli importi indicati nell'accordo di fornitura. Nel documento più recente, dove sono analizzati i costi sostenuti nel 2007 e nel 2008 dalle Aziende USL della Regione, è stata inserita una ulteriore tabella, che riguarda però solo il totale aziendale, che tiene conto anche del finanziamento erogato alle aziende ospedaliere a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario. Tale elaborazione pare quella più corretta per un confronto con gli altri territori

Anche se l'analisi riguarda le Aziende USL è comunque evidente che 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 76% dei posti letto per acuti pubblici della provincia ;
- assistenza distrettuale, sub livello assistenza specialistica, con l'erogazione nel 2008 del 64% del valore complessivo della produzione provinciale;
- assistenza distrettuale, sub livello emergenza extraospedaliera con la gestione della centrale operativa del 118.

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 Totale sistema provinciale - Elaborazione sperimentale, anni 2007-2008

Azienda	Anno 2007			Anno 2008			Var. % costi pieni 2008/2007	Var. % popolazione pesata 2008/2007	Var. % costo pro-capite 2008/2007	Diff. costo pro-capite 2008/2007
	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2007 euro	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2008 euro				
Usl Pc	490.577	289.375	1.695,30	502.392	291.193	1.725,29	2,41%	0,63%	1,77%	29,99
Usl Pr	671.918	429.256	1.565,31	702.766	433.687	1.620,44	4,59%	1,03%	3,52%	55,14
Usl Re	750.374	479.238	1.565,76	783.398	486.725	1.609,53	4,40%	1,56%	2,80%	43,77
Usl Mo	1.066.356	645.258	1.652,60	1.105.883	655.628	1.686,75	3,71%	1,61%	2,07%	34,15
Usl Bo	1.418.219	849.697	1.669,09	1.478.627	858.198	1.722,94	4,26%	1,00%	3,23%	53,86
Usl Imola	213.893	125.762	1.700,78	221.422	126.654	1.748,24	3,52%	0,71%	2,79%	47,45
Usl Fe	633.283	373.598	1.695,09	659.688	376.727	1.751,10	4,17%	0,84%	3,30%	56,01
Usl Ra	645.015	379.955	1.697,61	672.228	384.839	1.746,78	4,22%	1,29%	2,90%	49,17
Usl Fo	323.057	184.725	1.748,85	339.119	185.944	1.823,77	4,97%	0,66%	4,28%	74,91
Usl Ce	319.035	187.539	1.701,17	335.151	191.831	1.747,12	5,05%	2,29%	2,70%	45,95
Usl Rn	449.856	279.182	1.611,34	471.541	284.415	1.657,93	4,82%	1,87%	2,89%	46,59
Media Aziende USL	6.981.582	4.223.585	1.653,00	7.272.216	4.275.843	1.700,77	4,16%	1,24%	2,89%	47,77

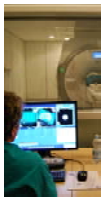
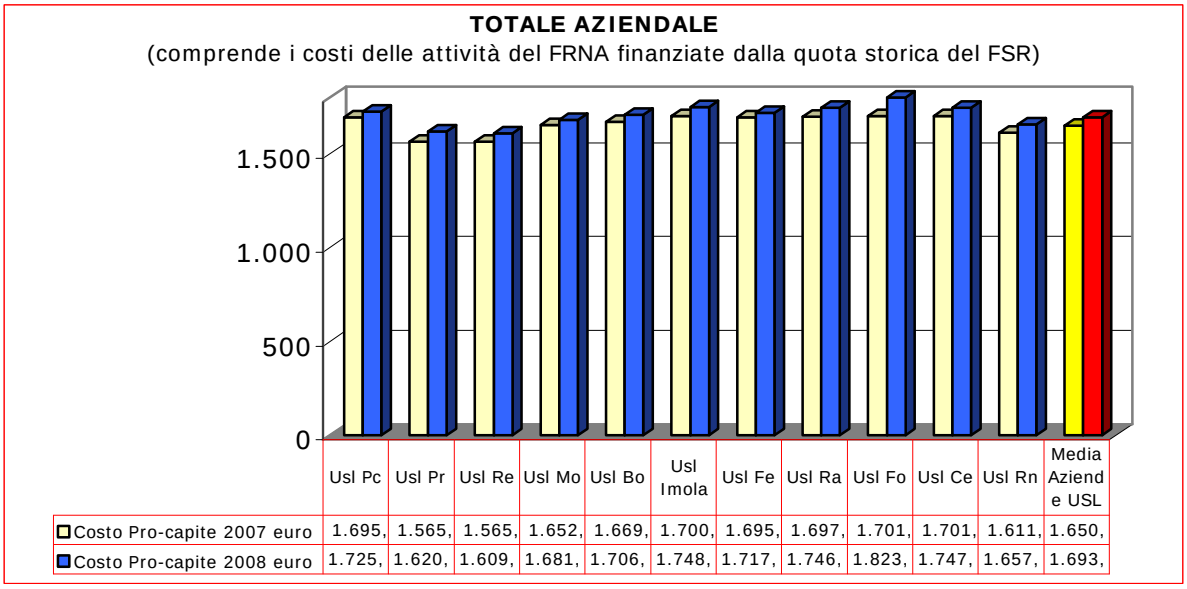


Grafico 1 Totale sistema provinciale, anni 2007-2008



	Usl Pc	Usl Pr	Usl Re	Usl Mo	Usl Bo	Usl Imola	Usl Fe	Usl Ra	Usl Fo	Usl Ce	Usl Rn	Media Aziende USL
Costo Pro-capite 2007 euro	1.695,	1.565,	1.565,	1.652,	1.669,	1.700,	1.695,	1.697,	1.701,	1.701,	1.611,	1.650,
Costo Pro-capite 2008 euro	1.725,	1.620,	1.609,	1.681,	1.706,	1.748,	1.717,	1.746,	1.823,	1.747,	1.657,	1.693,

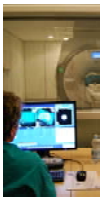
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2009 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, per il programma di screening per la prevenzione del tumore della mammella, nell'anno 2009 si evidenzia rispetto al 2008 una diminuzione del numero di prestazioni eseguite con il mammotome (-15) pari a -12% e del numero degli interventi chirurgici (-6) pari a –10%. Per quanto riguarda lo screening del tumore del collo dell'utero si registra una lieve flessione delle prestazioni di pap test (-10) e di colposcopia (-39) pari rispettivamente a –6% e –7%. Si tenga conto peraltro che essendo il pap test esame di 1° livello dello screening del tumore del collo dell'utero, viene eseguito nella quasi totalità dei casi presso i servizi territoriali (consultori dell'Azienda USL).
Sono inoltre diminuiti gli interventi chirurgici per il tumore del collo dell'utero rispetto all'anno precedente (-55 pari a –31%).

Per quanto riguarda l'attività di screening del tumore del colon-retto, non sono ancora disponibili i dati definitivi relativi al 2° (endoscopie) e al 3° livello (interventi chirurgici), in quanto è in corso una revisione dei dati relativi all'intero programma di screening. I dati relativi al 1° livello dell'attività di screening vengono presentati nel capitolo 3.

		2008	2009	Var %
Tumore della mammella	Mammotome	122	107	-12%
	Interventi chirurgici	58	52	-10%

		2008	2009	Var %
Tumore del collo dell'utero	Pap test	219	209	-6%
	Colposcopie	553	514	-7%
	Interventi chirurgici	178	123	-31%



Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Nel 2009 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai reparti e dai servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è ulteriormente consolidata ed ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 19.491 con 1.859.327 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di € 382.260 corrispondente ad un costo pari a € 1.444.730 se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per la struttura sanitaria territoriale pari a €1.062.470.
Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2009 pari a € 19.890.800.

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è il principale fornitore di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale (pubblico e privato accreditato). Il contributo dell'Azienda alla produzione provinciale è, infatti, del 64% nel 2009.
L'attività erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2009, comprensiva delle prestazioni derivanti dall'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda Usl, ha registrato un notevole incremento dal punto di vista dei ricavi dell'attività prodotta (+7% pari a 3.298.310 euro), ma ha subito una lieve flessione in termini di numero di prestazioni rispetto all'anno precedente (-2% pari a –78.434 prestazioni). Da anni, infatti, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è impegnata nel miglioramento delle modalità organizzative di erogazione, nel garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre che nella fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.
Dai dati di mobilità attiva si rileva una modesta riduzione, sia in termini quantitativi che di ricavi, dell'attività erogata a favore di pazienti provenienti da altre regioni e di pazienti stranieri. L'attività connessa all'assorbimento della diagnostica di laboratorio dei punti prelievo dell'Azienda Usl si mantiene in incremento (+1% di prestazioni pari a +545.456 euro). Per quanto riguarda invece i pazienti residenti a Parma e Provincia o provenienti da altre Province della Regione Emilia-Romagna, si evidenzia una relativa diminuzione del numero delle prestazioni erogate (-2% e –4%) cui però ha corrisposto un notevole incremento dei ricavi (+7% pari a +2.280.461 euro e +23% pari a +730.415 euro).
L'attività di Pronto Soccorso non seguito da ricovero si è mantenuta costante, mentre sono aumentati gli accessi diretti o per visite urgenti h 24. I tavoli congiunti con l'Azienda territoriale e i Medici di Medicina Generale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva hanno determinato una lieve flessione anche sull'attività programmata (prime visite e controlli) e sugli accessi in urgenza differibile.

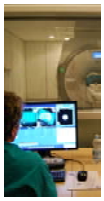


Tabella 2 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2007

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%

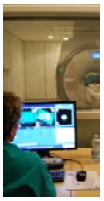


Tabella 3 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2008

Anno 2008		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	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.	121.574	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-Prelievi	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%

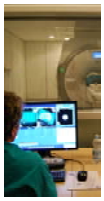


Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2009

Anno 2009		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.	120.236	7.319.093	246.356	48,81%	10.574.545	69,21%
	D2-D.Strument. no radiaz.	173.326	7.904.871	399.799	43,35%	17.219.179	45,91%
	D3-Biopsia	5.563	399.085	7.933	70,12%	480.904	82,99%
	D9-Altra diagnostica	15.207	376.132	29.500	51,55%	585.974	64,19%
	Totale	314.332	15.999.181	683.588	45,98%	28.860.603	55,44%
Laboratorio	L1-Prelievi	201.901	525.288	504.491	40,02%	1.348.971	38,94%
	L2-Chimica clinica	1.169.205	4.222.495	3.221.402	36,29%	10.924.079	38,65%
	L3-Ematologia/coagulaz.	265.726	985.212	576.297	46,11%	1.925.110	51,18%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	63.170	3.621.157	67.278	93,89%	3.652.745	99,14%
	L5-Microbiologia/virologia	89.109	1.109.078	249.244	35,75%	2.371.813	46,76%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	15.358	671.250	46.596	32,96%	1.335.493	50,26%
	L7-Genetica/citogen.	18.465	1.696.573	18.491	99,86%	1.699.283	99,84%
	Totale	1.822.934	12.831.053	4.683.799	38,92%	23.257.494	55,17%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.504.280	5.795.799				
	Totale	3.327.214	18.626.852	4.683.799	71,04%	23.257.494	80,09%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.786	37.203	11.415	24,41%	120.037	30,99%
	R2-RRF	13.396	106.063	136.334	9,83%	1.096.961	9,67%
	R3-Terapia Fisica	1.184	4.507	8.312	14,24%	24.052	18,74%
	R9-Altra riabilitazione	1.087	10.376	8.368	12,99%	111.656	9,29%
	Totale	18.453	158.149	164.429	11,22%	1.352.707	11,69%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	18.969	1.289.294	18.969	100,00%	1.289.294	100,00%
	T2-Dialisi	9.071	1.668.050	45.352	20,00%	7.961.850	20,95%
	T3-Odontoiatria	6.249	171.331	16.630	37,58%	796.238	21,52%
	T4-Trasfusioni	2.025	168.438	2.025	100,00%	168.438	100,00%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.996	2.509.399	28.364	59,92%	4.116.858	60,95%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	48.459	715.064	112.356	43,13%	1.938.067	36,90%
	Totale	101.769	6.521.576	223.696	45,49%	16.270.745	40,08%
Visite	V1-Prima visita	243.130	5.516.504	542.777	44,79%	12.029.353	45,86%
	V2-Visita di controllo	199.665	3.593.754	304.692	65,53%	5.458.928	65,83%
	V3-Osservaz.breve intensiva	2.791	614.020	3.853	72,44%	847.660	72,44%
	Totale	445.586	9.724.278	851.322	52,34%	18.335.941	53,03%
Totale		4.207.354	51.030.036	6.606.834	63,68%	88.077.490	57,94%

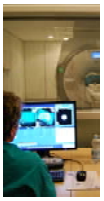


Grafico 5 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale delle prestazioni a livello provinciale

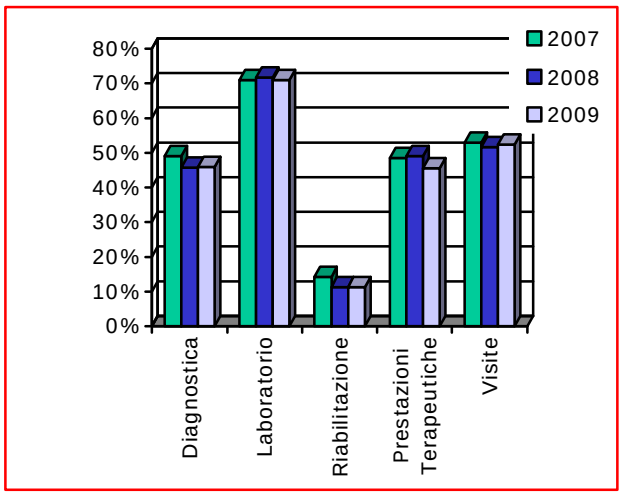
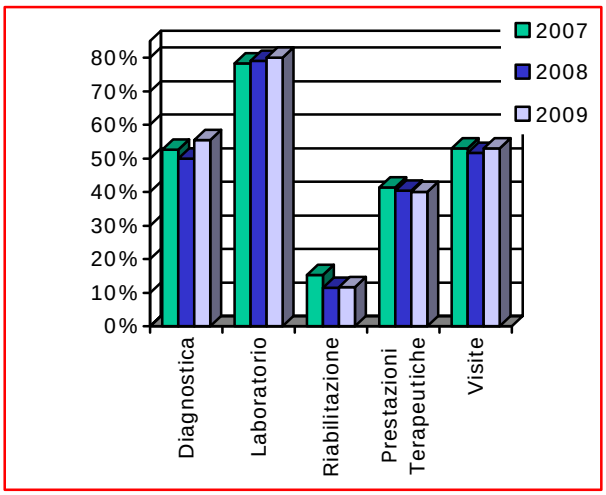


Grafico 6 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale



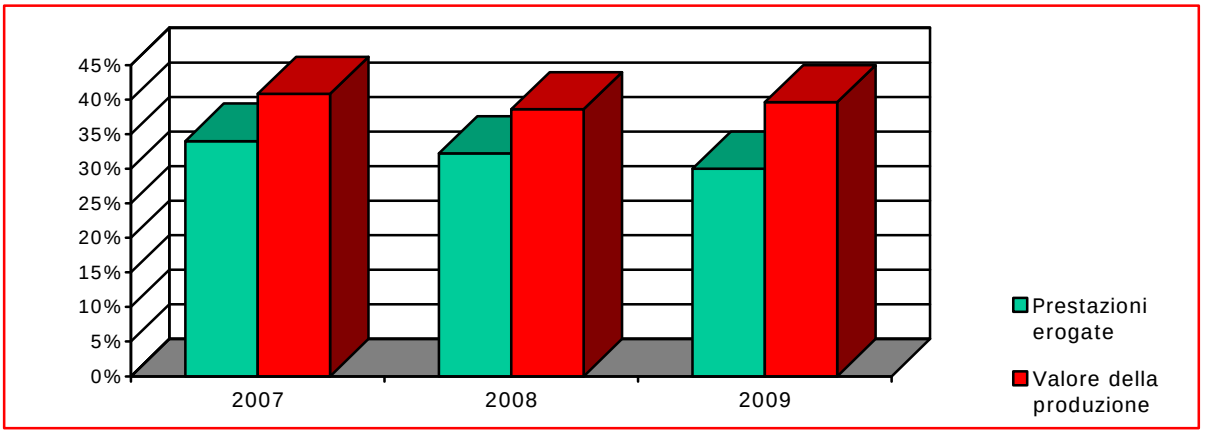
Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale)

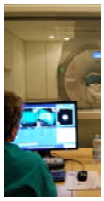
Nell'ambito della produzione aziendale rispetto a quella provinciale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2007-2009 per le prestazioni critiche, rispetto ai tempi di attesa, ha avuto un trend in incremento, in termini assoluti, di volume di prestazioni erogate. A fronte di una variazione 2009-2008 della percentuale sul totale della produzione provinciale pari a -2%, si evidenzia un incremento dell'1% del valore percentuale della produzione provinciale rispetto all'anno 2008. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è infatti impegnata a garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre che nella fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.

Tabella 5 Volumi e valore delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale, anni 2007-2009

Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2007	98.257	34,0%	4.523.309	40,8%
2008	103.834	32,2%	4.684.119	38,6%
2009	111.823	30,0%	5.443.596	39,6%

Grafico 7 Percentuale prestazioni erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2007-2009





Percentuale di prestazioni ambulatoriali a CUP

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha garantito, nonostante il lieve decremento complessivo (-4%), il volume delle prestazioni sul sistema provinciale CUP per le differenti aggregazioni;

Tabella 6 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

Tabella 7 Prestazioni ambulatoriali in prenotazione e in accettazione diretta e % prenotazione CUP, anno 2009

Anno 2009		Totale prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta	% prenotazione CUP sul totale prestazioni
Diagnostica	Programmabile	107.815	81
	Differibile	9.372	85
	Altro	123.775	19
Laboratorio	Programmabile	139.676	97
	Differibile	2.935	97
	Altro	1.344.182	5
Riabilitazione	Programmabile	85	79
	Differibile	4	0
	Altro	18.383	8
Terapeutiche	Programmabile	7.756	71
	Differibile	2.205	0
	Altro	74.279	9
Visite	Programmabile	95.563	96
	Differibile	7.948	92
	Altro	248.498	22

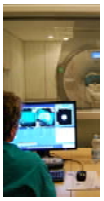


Grafico 8 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta, anno 2008

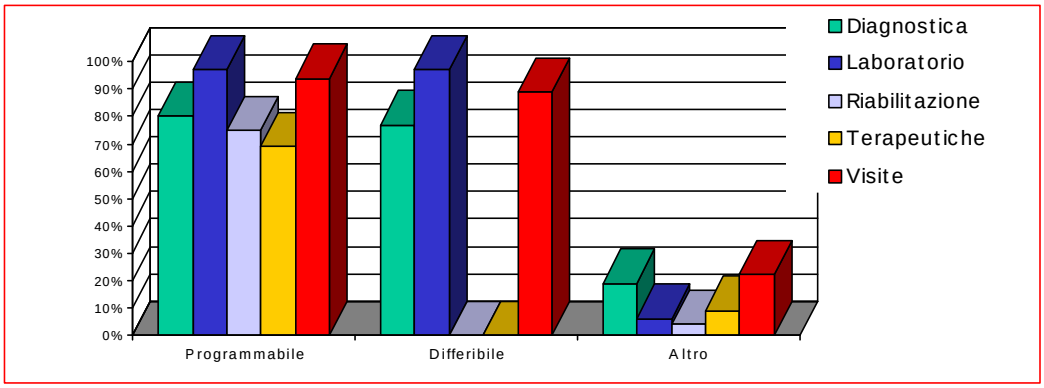
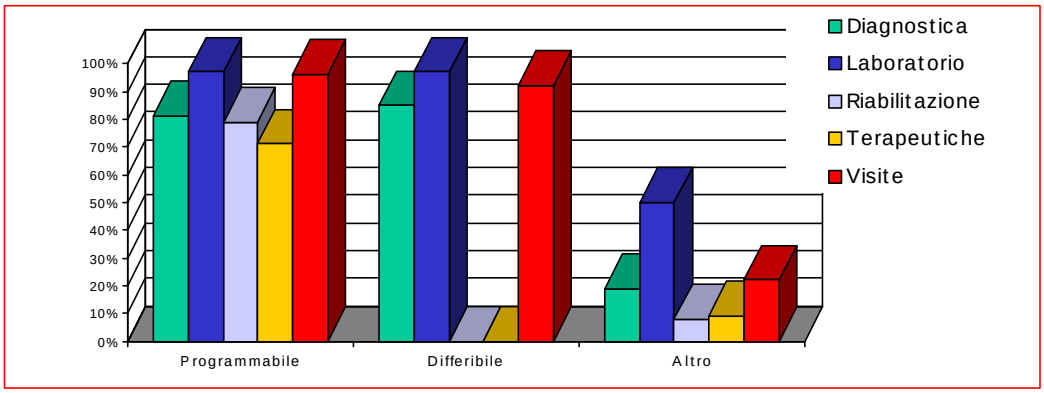


Grafico 9 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta, anno 2009

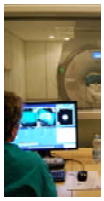


Percentuale valori e volumi prestazioni erogate con modalità Day Service su volumi e prestazioni

La tabella sottostante mostra i valori assoluti e percentuali delle prestazioni erogate con modalità Day Service negli anni 2008-2009. La tabella evidenzia il risultato delle azioni intraprese dall'Azienda al fine di razionalizzare i percorsi dei pazienti e ottimizzare le risorse a disposizione, in adesione alle disposizioni regionali e a quanto programmato nel Piano Attuativo Locale.
Si registra nel 2009 un incremento nell'utilizzo della modalità di Day Service, in relazione all'attivazione, in corso d'anno, di diversi percorsi specifici per patologia.

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore assoluto)			
	Anno 2008	Anno 2009	Var %
AOU PARMA	4.687	6.543	40%

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore %)		
	Anno 2008	Anno 2009
AOU PARMA	0,17	0,24



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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2007-2009 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 11 e 12).

- **Diagnostica**: l'indice di performance per le prestazioni erogate entro i 30 e i 60 giorni è migliorato nell'anno 2009 garantendo l'80% delle prestazioni entro i 60 giorni, come da standard regionale;
- **Laboratorio**: l'indice di performance nel 2009, rispetto agli anni precedenti, ha presentato un netto miglioramento sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni sia quello relativo all'erogazione delle prestazioni entro i 60 giorni;
- **Riabilitazione**: nel triennio e in particolare nel 2009, l'indice per le prestazioni di riabilitazione erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione ha registrato un netto incremento raggiungendo il 51,5% e l'84% per le prestazioni erogate entro i 60 giorni;
- **Terapeutiche**: nel triennio 2007-2009 si è assistito ad una lieve flessione dell'indice di performance per le prestazioni terapeutiche entro i 30 e i 60 giorni;
- **Visite**: l'indice di performance 2009 per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione è in netto miglioramento rispetto agli anni precedenti (si è passati dal 50% al 62%).

Tabella 8 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 9 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	89,92	92,19	7,81
Visite	163.648	50,58	62,07	69,17	74,48	78,04	21,96

Tabella 10 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS, anno 2009

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	139.501	61,39	72,77	79,66	84,64	88,84	11,16
Laboratorio	271.948	91,26	94,37	96,22	97,25	98,01	1,99
Riabilitazione	13.019	51,47	70,42	84,16	88,85	91,35	8,65
Prestazioni Terapeutiche	21.832	69,06	77,21	82,14	85,42	88,8	11,2
Visite	80.607	61,88	76,38	81,91	85,76	88,88	11,12

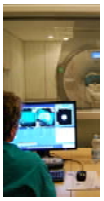


Tabella 11 Tempi di attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del S.S.N. - % prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Tipologia prestazioni	2007		2008		2009	
	% 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	51,15	71,61	53,83	71,98	61,39	79,66
Totale laboratorio	77,92	85,04	77,34	84,78	91,26	96,22
Totale riabilitazione	20,9	59,74	28,34	39,11	51,47	84,16
Totale terapeutiche	76,7	93,69	73,43	86,99	69,06	82,14
Totale visite	50,06	69,66	50,58	69,17	61,88	81,91

Grafico 10 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tempi di attesa % prestazioni entro 1-30 giorni, anni 2007-2009

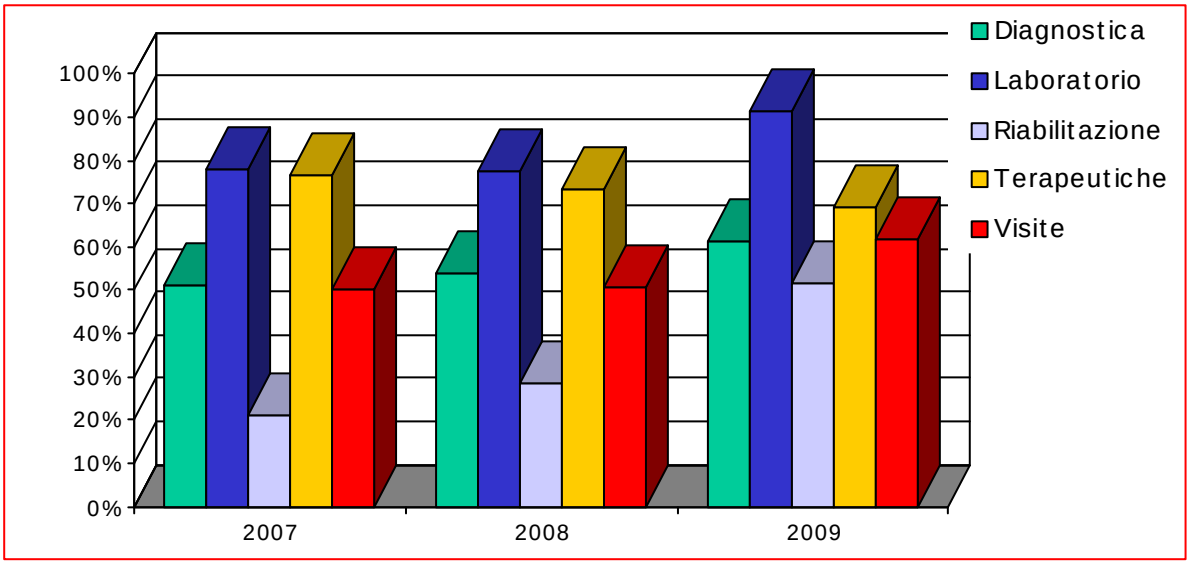
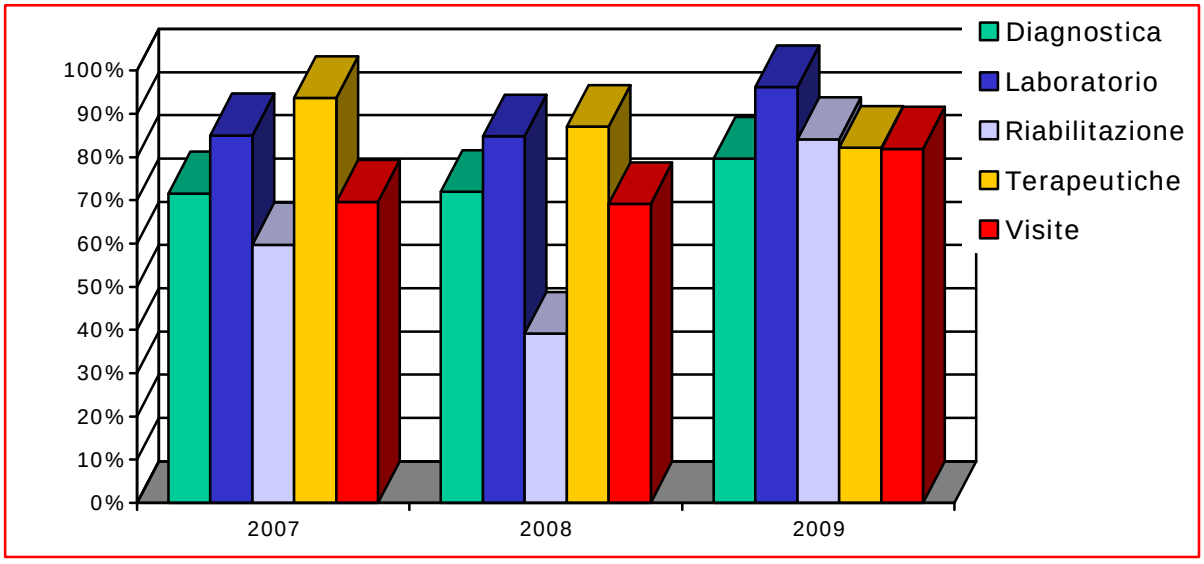
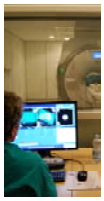


Grafico 11 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 1-60 giorni, anni 2007-2009





Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

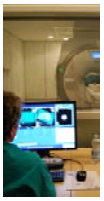
Nel corso del 2009 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state erogate 46.066 prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia che rappresentano l'1% del volume complessivo di prestazioni specialistiche. Nel 2009 il valore percentuale dell'attività ambulatoriale resa in regime libero professionale ha avuto un incremento pari all'1% rispetto al valore registrato nel 2008.

Tabella 12 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

Tabella 13 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2009

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza Urgenza	94.054	99	1.011	1	95.065
Dipartimento Polispecialistico 1	245.245	98	4.264	2	249.509
Dipartimento Polispecialistico 2	280.816	98	4.720	2	285.536
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	31.182	97	823	3	32.005
Dipartimento Neuroscienze	36.314	93	2.855	7	39.169
Dipartimento Chirurgico	107.428	93	8.196	7	115.624
Dipartimento Testa-Collo	97.427	95	5.020	5	102.447
Dipartimento Materno-Infantile	96.294	91	9.273	9	105.567
Dipartimento Cardio-Polmonare	54.777	94	3.713	6	58.490
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	135.269	99	832	1	136.101
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	3.021.762	100	5.359	0	3.027.121
Totale	4.200.568	99	46.066	1	4.246.634



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 1.778 posti letto per acuti, di cui 1.423 presenti in strutture pubbliche e 355 in case di cura private.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, garantisce una percentuale rilevante di posti letto per acuti pubblici della provincia corrispondente al 76%. 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. A fronte della riduzione di posti letto per acuti si registra l'incremento del numero di posti letto di lungodegenza (+15) rispetto al 2008.

In relazione alla riduzione di posti letto occorre precisare che dal 1° agosto 2009 l'Unità Operativa di Psichiatria è stata integrata nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Usl di Parma. Tale trasferimento ha comportato una riduzione di 16 posti letto.

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2007

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	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 15 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2008

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	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.

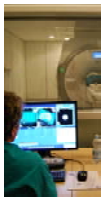


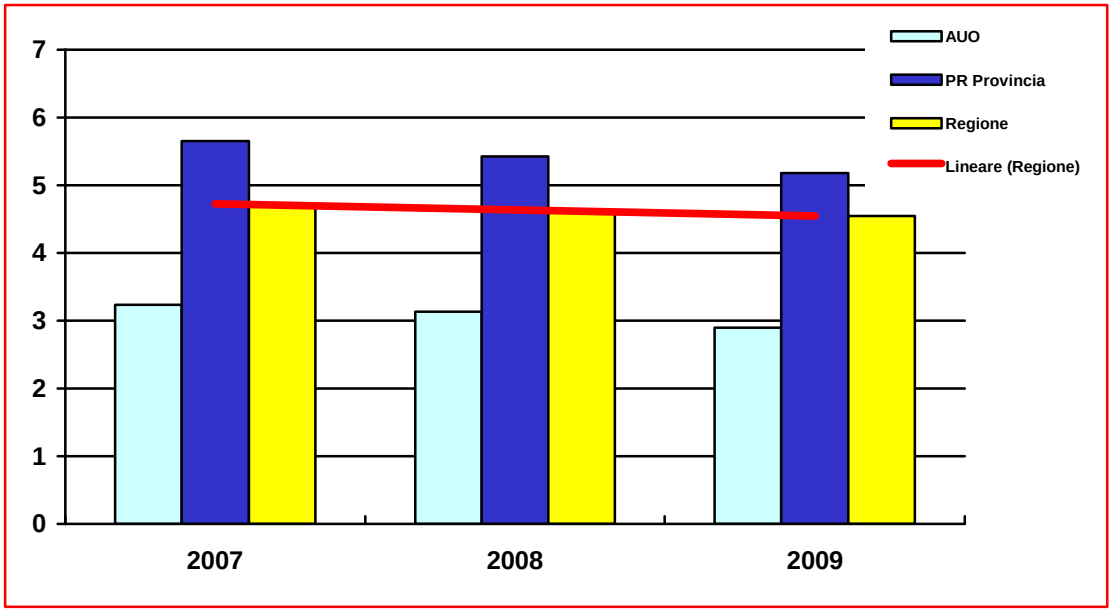
Tabella 16 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2009

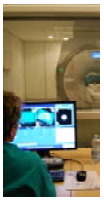
Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabili=tazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accedi=tati	Acuti	LD+ Riab.	Riabi=lita=zione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione	LD						
AUSL Parma	339	6	66	411	252	103	247	80	579					
AOU Parma	1.084	18	152	1.254	-	-	-	-	-	2,50	0,39	0,04	0,35	2,90
Tot. Parma	1.423	24	218	1.665	252	103	247	80	579	3,87	1,31	0,63	0,69	5,18
Tot. Regione	13.901	720	1.459	16.080	1.902	1.207	865	891	3.658	3,64	0,91	0,37	0,54	4,55

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 1.01.2009: 4.337.966
(**) 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 5,18. 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 3,24 nel 2007 ad un valore del 2,90 nel 2009.
Dal momento che circa un quarto dei posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria viene utilizzato per ricoveri provenienti da fuori provincia e fuori regione, si può considerare che nella dotazione provinciale dei posti letto deve essere compresa la necessità di risposta oltre che per il bisogno dei cittadini residenti a Parma anche per quelli residenti in altre province/regioni.

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





La tabella 17 illustra le percentuali di posti letto per funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che rappresentano complessivamente il 10% della dotazione totale dei posti letto ordinari.

Tabella 17 Percentuale posti letto hub definiti a livello regionale

Discipline di ricovero		posti letto ufficiali al 31/12/2009	% posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	2%
47	Centro Ustioni	8	1%
48	Nefrologia / Trapianti	8	1%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	14	1%
30	Neurochirurgia	40	4%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	3	0,3%
73	Neonatologia T.I.	5	1%
Totale Funzioni hub		98	10%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2009*		942	

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

Attività Hub

Nel 2009, dei 3.332 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 29% 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 la Cardiochirurgia (43%), il Centro Ustioni (37%) e la Neurochirurgia (30%), confermando il ruolo preminente che tali reparti di alta specializzazione svolgono in ambito regionale.

Tabella 18 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub - regime ordinario, anno 2009

Discipline di ricovero		Ricoveri in AOU	di cui			
			residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
7	Cardiochirurgia	768	329	43%	39	5%
47	Centro Ustioni	162	60	37%	44	27%
48	Nefrologia / Trapianti	204	46	23%	86	42%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	664	88	13%	53	8%
30	Neurochirurgia	1.359	409	30%	349	26%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	17	2	12%	1	6%
73	Neonatologia T.I.	158	45	28%	14	9%
Totale Funzioni hub		3.332	979	29%	586	18%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

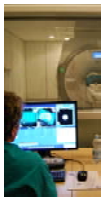
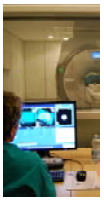


Tabella 19 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub - regime ordinario, anno 2009

Discipline di ricovero (codice e descrizione)		Ricoveri in AOU	di cui			
			residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
8	Cardiologia	1.831	67	4%	127	7%
9	Chirurgia Generale	3.174	179	11%	359	11%
10	Maxillo-Facciale	718	209	29%	270	38%
11	Chirurgia Pediatrica	1.356	591	44%	236	17%
12	Chirurgia Plastica	906	172	19%	121	13%
13	Chirurgia Toracica	427	45	11%	92	22%
14	Chirurgia Vascolare	659	38	6%	43	7%
18	Ematologia	174	11	6%	26	15%
21	Geriatria	2.246	23	1%	60	3%
24	Malattie Infettive	806	49	6%	75	9%
26	Medicina Generale	5.538	118	2%	286	5%
29	Nefrologia	364	18	5%	36	10%
32	Neurologia	685	21	3%	38	6%
34	Oculistica	773	116	15%	183	24%
36	Ortopedia e Traumatologia	3.225	170	5%	322	10%
37	Ostetricia e Ginecologia	4.375	301	7%	338	8%
38	Otorinolaringoiatria	1.516	211	14%	380	25%
39	Pediatria	2.213	289	13%	204	9%
43	Urologia	1.548	131	8%	187	12%
49	Terapie Intensive (*)	1.354	29	2%	10	1%
50	UTIC	1.404	44	3%	66	5%
51	Astanteria Med. d'Urgenza	2.262	65	3%	124	5%
52	Dermatologia	101	12	12%	10	10%
56	Riabilitazione	189	0	0%	1	1%
58	Gastroenterologia	847	28	3%	63	7%
60	Lungodegenza	2.428	2	0%	7	0%
62	Neonatologia	518	42	8%	27	5%
64	Oncologia	677	25	4%	127	19%
65	Pediatria e Oncoematologia	510	173	34%	149	29%
68	Pneumologia	1.199	47	4%	89	7%
Totale Funzioni non hub		44.023	3.226	7%	4.056	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 67%, 61% e 63%, indicative di un'attrazione elevata per la qualificata attività svolta.



Indicatori di attività dei centri hub

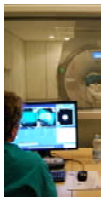
Alle funzioni Hub ufficialmente riconosciute, si affiancano, nella realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Unità Operative d'eccellenza, così definite per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa. La capacità di attrazione di queste unità operative è un indicatore proxy della qualità percepita e del prestigio della struttura; nelle tabelle che seguono viene riportato il valore, in termini assoluti e relativi, dei casi provenienti da altre province della regione e da altre regioni, rispettivamente per le funzioni Hub e per le funzioni di eccellenza dell'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 più del 30% per pazienti provenienti da altre province della Regione-Emilia Romagna e oltre il 20% da altre Regioni.

Tabella 20 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2009

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	148	19%	162	21%	19	2%	18	2%	21	3%	368	48%
47	Centro Ustioni	31	19%	7	4%	22	14%	14	9%	30	19%	104	64%
48	Nefrologia/Trapianti	15	7%	7	3%	24	12%	20	10%	66	32%	132	65%
30	Neurochirurgia	157	12%	213	16%	39	3%	133	10%	146	11%	688	51%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	19	12%	18	11%	8	5%	6	4%	8	5%	59	37%
TOTALE		370	14%	407	15%	112	4%	191	7%	271	10%	1.351	51%

Tabella 21 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di Eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2009

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	126	18%	46	6%	37	5%	62	9%	208	29%	479	67%
11	Chirurgia Pediatrica	447	33%	107	8%	37	3%	98	7%	138	10%	827	61%
65	Oncoematologia Pediatrica	140	27%	27	5%	6	1%	23	5%	126	25%	322	63%
12	Chirurgia Plastica	109	12%	26	3%	37	4%	43	5%	78	9%	293	32%
Totale		822	24%	206	6%	117	3%	226	6%	550	16%	1.921	55%



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

Tabella 22 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2009								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	148	40%	44	12%	32	9%	2	1%	226	61%
47	Centro Ustioni	31	100%	0	0%	0	0%	0	0%	31	100%
48	Nefrologia/Trapianti	15	33%	21	47%	0	0%	3	7%	39	87%
30	Neurochirurgia	157	32%	210	43%	32	6%	58	12%	457	93%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	19	11%	108	62%	3	2%	5	3%	135	78%
Totale		370	33%	383	34%	67	6%	68	6%	888	80%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Reggio-Emilia ricoverati in quella disciplina

Tabella 23 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2009								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	126	63%	49	24%	15	7%	8	4%	198	99%
11	Chirurgia Pediatrica	447	79%	64	11%	7	1%	14	2%	532	94%
65	Oncoematologia Pediatrica	140	71%	42	21%	0	9%	6	3%	188	95%
12	Chirurgia Plastica	109	56%	53	27%	18	9%	14	7%	194	99%
Totale		822	71%	208	18%	40	3%	42	4%	1112	96%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Reggio-Emilia ricoverati in quella disciplina

Dall'analisi delle tabelle precedenti si evince che la maggior parte di ricoveri, relativi ai residenti nella provincia di Reggio Emilia, afferisce alle strutture dell'AOU di Parma. Sono in particolare le funzioni di eccellenza ad esercitare attrazione, e tra queste emerge in modo significativo la Chirurgia Pediatrica con il 79% dei casi trattati.

Tabella 24 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub		Anno 2009								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	162	45%	0	0%	122	34%	11	3%	295	81%
47	Centro Ustioni	7	88%	0	0%	0	0%	0	0%	7	88%
48	Nefrologia/Trapianti	7	50%	1	7%	4	29%	1	7%	13	93%
30	Neurochirurgia	213	51%	8	2%	158	38%	10	2%	389	93%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	18	42%	1	2%	22	51%	0	0%	41	95%
Totale		407	48%	10	1%	306	36%	22	3%	745	88%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Piacenza ricoverati in quella disciplina

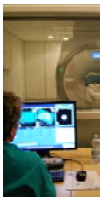


Tabella 25 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2009								Totale	% totale
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	46	58%	2	3%	23	29%	6	8%	77	96%
11	Chirurgia Pediatrica	107	68%	0	0%	30	19%	8	5%	145	92%
65	Oncoematologia Pediatrica	27	63%	0	0%	8	19%	2	5%	37	86%
12	Chirurgia Plastica	26	33%	6	8%	41	53%	2	3%	75	96%
Totale		206	57%	8	2%	102	28%	18	5%	334	93%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Piacenza ricoverati in quella disciplina

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 Chirurgia Plastica e Terapia Intensiva Neonatale 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" verso i presidi della Lombardia.

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

Funzioni Hub		Anno 2009						Totale	% totale
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07	Cardiochirurgia	6	1%	81	19%	5	1%	92	21%
47	Centro Ustioni	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
48	Nefrologia/Trapianti	2	3%	1	1%	0	0%	3	4%
30	Neurochirurgia	26	4%	69	11%	26	4%	121	19%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	12	11%	5	4%	2	2%	19	17%
Totale		46	4%	156	12%	33	3%	235	18%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Parma ricoverati in quella disciplina

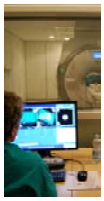
Tabella 27 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza		Anno 2009						Totale	% totale
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10	Maxillo Facciale	5	2%	4	2%	5	2%	14	6%
11	Chirurgia Pediatrica	5	1%	10	2%	13	3%	28	6%
65	Oncoematologia Pediatrica	12	7%	0	0%	2	1%	14	8%
12	Chirurgia Plastica	13	2%	19	3%	9	1%	41	6%
Totale		35	2%	33	2%	29	2%	97	6%

**Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma*

NB:l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Parma ricoverati in quella disciplina.

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 1.238.513 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio-Emilia e Piacenza a gennaio 2009 - Statistica regione Emilia-Romagna).
Dalla tabella che segue risulta evidente la funzione Hub esercitata dalla nostra Azienda, che tratta complessivamente il 32% dei casi di traumi dell'area dell'Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (88%), alla traumatologia degli arti superiori (42%) e alla traumatologia intracranica (41%). Relativamente a quest'ultima tipologia di casi, va specificato che il 19% 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 28 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 2009

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	1.751	27%	633	10%	1.297	20%	1.830	28%	1.051	16%	6.562
Traumi intracranici	162	15%	80	7%	185	17%	441	41%	207	19%	1.075
Traumi toracici	34	19%	12	7%	19	10%	45	25%	72	40%	182
Traumi addominali	20	19%	3	3%	7	7%	36	34%	41	38%	107
Ferite	37	19%	7	4%	30	16%	49	25%	70	36%	193
Ferite arti superiori	88	25%	41	12%	64	18%	148	42%	15	4%	356
Ferite arti inferiori	31	26%	7	6%	26	22%	45	38%	10	8%	119
Traumi vasi sanguigni	5	24%	1	5%	2	10%	8	38%	5	24%	21
Traumi superficiali	22	37%	3	5%	13	22%	14	23%	8	13%	60
Traumi da schiacciamento	6	25%	1	4%	7	29%	7	29%	3	13%	24
Ustioni	9	4%	2	1%	9	4%	190	88%	6	3%	216
Traumi nervi e midollo	14	23%	9	15%	6	10%	23	38%	9	15%	61
Totale	2.179	24%	799	9%	1.665	19%	2.836	32%	1.497	17%	8.976

Per quanto riguarda la Fibrosi cistica, la Regione stabilisce quale Centro hub (delibera 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.
I ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nonostante una diminuzione nel 2009 di 11 casi, rappresentano l'82% del totale dei ricoveri dell'area emiliana.
Si rileva un lieve incremento di ricoveri provenienti da altre regioni.

Tabella 29 Ricoveri per fibrosi cistica per presidio dell'area emiliana

Presidio di ricovero	2007		2008		2009	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	0	0%	7	7%	0	0
Parma	75	74%	71	75%	60	82%
Reggio Emilia	14	14%	6	6%	10	14%
Modena	6	6%	4	4%	0	0
Bologna	7	7%	7	7%	3	4%
Totale	102	100%	95	100%	73	100%

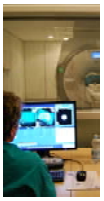


Tabella 30 Ricoveri per fibrosi cistica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Residenza	2007		2008		2009	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	5	7%	7	10%	7	12%
Parma	18	24%	22	31%	14	23%
Reggio Emilia	13	17%	13	18%	14	23%
Modena	4	5%	5	7%	1	2%
Bologna	12	16%	7	10%	3	5%
Rimini	-	-	2	3%	-	0%
Imola	-	-	-	-	1	2%
Fuori Regione	23	31%	15	21%	20	33%
Totale	75	100%	71	100%	60	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 dell'età nella 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 2009, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 131,15 per 1.000 abitanti, al di sotto della media regionale che ha un valore pari 133,03 per 1000 abitanti.

Per i ricoveri in regime di day hospital, si evidenzia un lieve incremento del tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo della provincia nell'anno 2009 rispetto agli anni precedenti, a carico di entrambe le tipologie di DH (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 ordinaria, verso forme assistenziali più appropriate.

Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 58% nel 2009, per il regime ordinario, praticamente stabile nel corso dell'ultimo triennio. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (40,6%), 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.

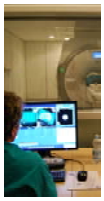
Tabella 31 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP, anno 2009

Azienda di residenza	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	131,15	58	24,9	61	24,48	36,4
Reggio Emilia	126,16	46,4	23,65	67,1	28,18	40,1
Modena	128,02	29	18,35	36,5	23,59	28,3
Bologna	139,49	35,8	16,59	44,8	21,45	27,6
Ferrara	135,03	46,1	20,06	70,6	26,78	45
Totale E R	133,03	40,6	20,63	53,8	23,41	33,9

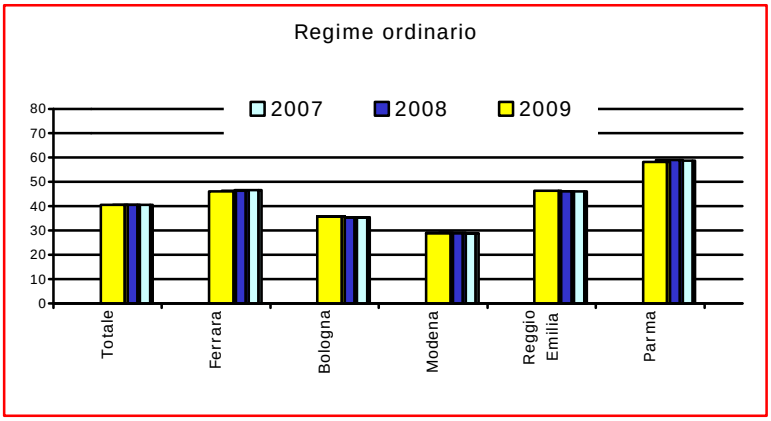
Tabella 32 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

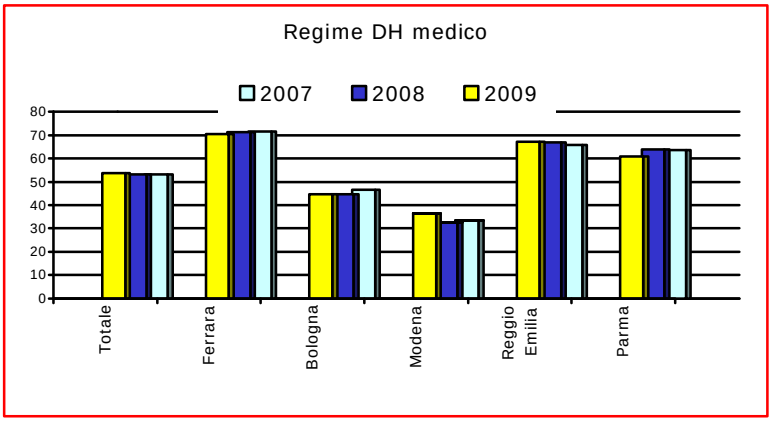
Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2007	137,50	58,50	23,10	63,70	24,92	36,10
2008	136,15	58,8	24,15	63,80	23,30	36,20
2009	131,15	58	24,9	61	24,48	36,4

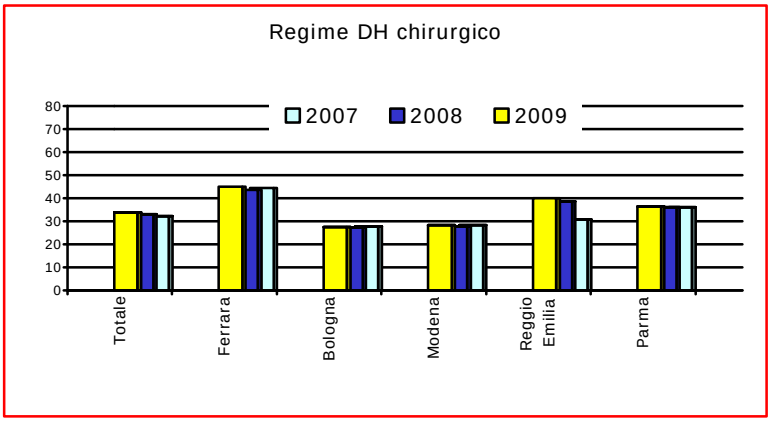
Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2008 in contestazione. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2009. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2005.

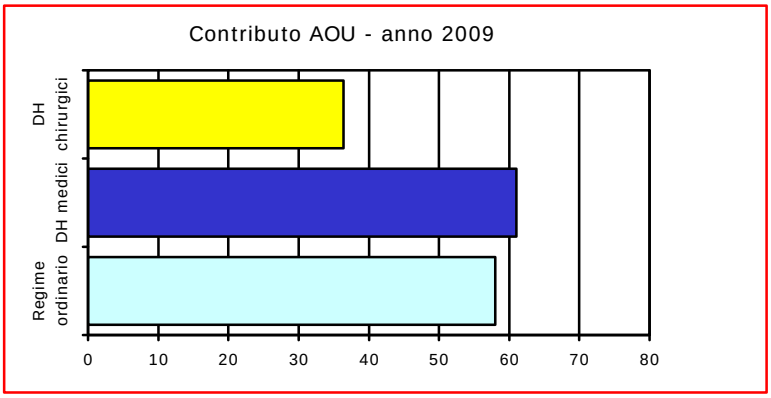


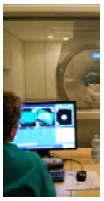
Grafici 13a, 13b, 13c 1 13d Contributi % delle Aziende Ospedaliere ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per età: confronto tra le Aziende Ospedaliere della Regione Emilia Romagna, anni 2007-2009











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 2009 nell'AOU di Parma sono stati effettuati più di 53.000 ricoveri, di cui il 21,90% in regime di DH. Una parte dei ricoveri è stata erogata in regime di libera professione ma, come è evidente nelle tabelle che seguono, si tratta di una quota esigua (complessivamente 269 nel 2009). Tale quota rappresenta lo 0,5% della casistica complessiva. Nell'ultimo triennio i valori percentuali di ricoveri in libera professione sono andati riducendosi attestandosi al di sotto della media regionale (1,10%) e sono da attribuire quasi interamente (92% dei casi) a ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 33 Numero di dimessi in regime ordinario e day-hospital
Tutte le Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, anno 2009

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	41.891	245	11.747	24	53.638	269	78,10	21,90	0,50
AOSP Reggio Emilia	32.712	96	15.936	104	48.648	200	67,24	32,76	0,41
AOU Modena	33.391	309	11.628	78	45.019	387	74,17	25,83	0,86
AOU Bologna	58.721	1.072	13.823	12	72.544	1.084	80,95	19,05	1,49
AOU Ferrara	27.612	68	11.717	35	39.329	103	70,21	29,79	0,26
II.OO.R.	14.282	1.021	5.178	2	19.460	1.023	73,39	26,61	5,26
Totale	208.609	2.811	70.029	255	278.638	3.066	74,87	25,13	1,10

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.
Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio dei dati

Tabella 34 Riepilogo Azienda Ospedaliera di Parma, anni 2007-2009

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2009	41.891	245	11.747	24	53.638	269	78,10	21,90	0,50

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.
Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio dei dati

Tabella 35 Riepilogo Regione Emilia-Romagna, anni2007-2009

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2009	208.609	2.811	70.029	255	278.638	3.066	74,87	25,13	1,10

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.
Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio dei dati

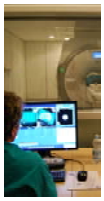


Tabella 36 Numero casi chirurgici sul totale dei ricoveri Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, anno 2009

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	53.638	269	22.737	246	42,4%	91,4%
AOSP Reggio E.	48.648	200	18.293	101	37,6%	50,5%
AOU Modena	45.019	387	20.044	374	44,5%	96,6%
AOU Bologna	72.544	1.084	27.265	881	37,6%	81,3%
AOU Ferrara	39.329	103	16.298	100	41,4%	97,1%
II.OO.R.	19.460	1.023	12.764	996	65,6%	97,4%
Totale	278.638	3.066	117.401	2.698	42,1%	88,0%

Fonte : Banca dati SDO
Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio di consolidamento dei dati.

Tabella 37 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale, anni 2007-2009

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		
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%
2009	AOU Parma	53.638	269	22.737	246	42,4%	91,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	278.638	3.066	117.401	2.698	42,1%	88,0%

Fonte : Banca dati SDO
Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio di consolidamento 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 sostanziale stabilità del punto DRG medio nella maggior parte delle discipline di dimissione.
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 circa la metà delle discipline l'AOU di Parma abbia un indice di case-mix superiore all'unità.
Occorre specificare che nel 2009 la Regione Emilia-Romagna ha adottato il D.M. 18/12/2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione" che ha comportato una diminuzione complessiva dei pesi a livello regionale.

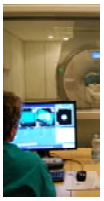


Tabella 38 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2007-2009

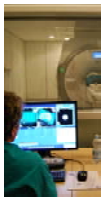
Disciplina	2007		2008		2009	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
008-Cardiologia	2,09	1,21	2,07	1,18	1,52	1,09
009-Chirurgia Generale	1,52	1,11	1,49	1,1	1,44	1,08
026-Medicina Generale	1,14	1,1	1,14	1,1	1,18	1,14
036-Ortopedia e Traumatologia	1,24	0,96	1,25	0,96	1,29	1,00
049-Terapia Intensiva	6,45	1,06	6,75	1,09	4,97	1,05
050-Unita' Coronarica	2,46	1,19	2,47	1,17	1,9	1,14
051-Astanteria	0,73	0,8	0,74	0,81	0,78	0,86
021-Geriatria	1,09	1,04	1,16	1,09	1,15	1,09
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,93	1,33	1,98	1,38	1,7	1,20
029-Nefrologia	1,44	1	1,46	1,01	1,42	1,08
032-Neurologia	1,07	1	0,97	0,9	1,09	0,98
034-Oculistica	0,63	0,95	0,66	0,99	0,72	0,92
037-Ostetricia e Ginecologia	0,64	1,04	0,64	1,05	0,66	1,06
038-Otorinolaringoiatria	0,95	0,98	1,03	1,05	0,96	0,98
039-Pediatria	0,68	0,91	0,69	0,91	0,53	0,94
043-Urologia	1,09	1,03	1,07	1,01	1,12	1,00
058-Gastroenterologia	1,09	0,95	1,15	0,99	1,16	1,02
062-Neonatologia	2,02	1	2,06	1,07	1,38	0,94
068-Pneumologia	1,48	0,9	1,39	0,89	1,29	0,93
014-Chirurgia Vascolare	1,97	1,06	2,16	1,14	1,88	1,06
011-Chirurgia Pediatrica	0,79	0,97	0,82	0,96	0,85	0,99
013-Chirurgia Toracica	2,36	1,07	2,17	0,98	1,99	1,06
073-Terapia Intensiva Neonat.	2,12	1,02	1,49	0,72	1,15	0,58
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,81	1,22	1,74	1,26	1,65	1,14
012-Chirurgia Plastica	1,43	1,03	1,44	1,05	1,4	1,08
030-Neurochirurgia	2,21	1,13	2,18	1,13	2,13	1,00
064-Oncologia	1,2	0,93	1,14	0,87	1,03	0,82
018-Ematologia	2,83	0,9	2,96	0,93	3,84	0,96
052-Dermatologia	0,85	0,78	0,85	0,8	0,87	0,88
047-Grandi Ustionati	3,39	0,77	3,53	0,84	3,55	1,04
007-Cardiochirurgia	5,14	1,04	5,11	1,03	4,05	0,97
048-Nefrologia Trapianti	1,86	1,22	2,09	1,36	3,47	1,56
065-Pediatria e Oncoematologia	1,39	0,66	1,7	0,81	1,23	0,71

Per quanto riguarda i ricoveri ad alta complessità con peso medio superiore a 2,5 dalla tabella seguente si osserva che, i valori percentuali di questa tipologia di ricoveri, si mantengono nel triennio costantemente al di sopra dei valori medi regionali (di quasi un punto percentuale).

Tabella 39 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
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%
2009	AOU Parma	41.891	3.142	7,5%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	208.609	14.048	6,7%

Fonte: Banca Dati SDO, dati aggiornati con il 13° invio (dalle pagine riservate al BdM)



Ricoveri potenzialmente inappropriati

La Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna n. 1872 del 2004 contiene un elenco di DRG ad elevato rischio di inappropriatezza organizzativa. Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. La quota di ricoveri potenzialmente inappropriati nell'AOU di Parma si è mantenuta nel triennio pressoché costante ed è del tutto sovrapponibile alla media regionale.

Tabella 40 Casi attribuiti a DRG individuati da D.G.R. 1872/2004 su totale dimessi (valori assoluti e percentuali)

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale ricoveri
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%
2009	AOU Parma	1.406	50.886	2,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	7.479	266.689	2,8%

(*) 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 dei dati è stata effettuata prima del 13° invio di consolidamento dei dati.

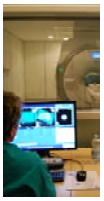
Tempi di attesa

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

1. **Area oncologica**
   in ricovero ordinario
   - interventi chirurgici per tumore della mammella: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento
   - interventi chirurgici per tumori colon-retto: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento,
   - interventi chirurgici per tumore della prostata (definizione degli obiettivi da parte della Regione),
   - interventi ginecologici per tumori dell'utero: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento;

   in day hospital/day surgery
   - chemioterapia: entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista (Conferenza Stato-Regioni seduta 11 luglio 2002).
2. **Area cardiovascolare**
   in ricovero ordinario
   - by pass aorto-coronarico: 90% dei pazienti entro 60 giorni,
   - angioplastica coronarica (PTCA): 90% dei pazienti entro 60 giorni,
   - endoarteriectomia carotidea: 90% dei pazienti entro 90 giorni,

   in day hospital/day surgery
   - coronarografia: 50% dei pazienti entro 60 giorni, 100% dei pazienti entro 180 giorni (Piano Nazionale contenimento liste d'attesa per il triennio 2006-2008).



3. **Area geriatrica**

in ricovero ordinario

- intervento protesi d'anca: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 gg,

in day hospital/day surgery

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

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2009.

Tabella 41 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Parma e provincia, anno 2009

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	726	617	5	15	98,4	99	99,2	99,4	99,4	0,6
	Az.Ospedaliera	1.062	16	5,5	98,5	68,8	87,5	93,8	93,8	93,8	6,3
	Totale	1.788	633	5	64,6	97,6	98,7	99,1	99,2	99,2	0,8
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az.USL+Privato	24	23	16	4,2	87	95,7	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	31	31	18	0	90,3	100	100	100	100	0
	Totale	55	54	16,5	1,8	88,9	98,1	100	100	100	0
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az.USL+Privato	94	87	17	7,4	77	95,4	95,4	96,6	97,7	2,3
	Az.Ospedaliera	166	154	14,5	7,2	81,8	96,8	98,1	99,4	99,4	0,6
	Totale	260	241	16	7,3	80,1	96,3	97,1	98,3	98,8	1,2
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)**	Az.USL+Privato	44	44	6	0	97,7	97,7	97,7	97,7	97,7	2,3
	Az.Ospedaliera	37	31	1	16,2	93,5	100	100	100	100	0
	Totale	81	75	5	7,4	96	98,7	98,7	98,7	98,7	1,3
Intervento chirurgico tumore prostata	Az.USL+Privato	105	105	36	0	30,5	92,4	98,1	99	100	0
	Az.Ospedaliera	63	63	58	0	7,9	61,9	96,8	100	100	0
	Totale	168	168	42	0	22	81	97,6	99,4	100	0
Area cardiovascolare											
Coronarografia (dh)	Az.USL+Privato	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.
	Az.Ospedaliera	9	0	.	100	.	.	.	.	.	.
	Totale	9	0	.	100	.	.	.	.	.	.
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az.USL+Privato	11	11	13	0	72,7	100	100	100	100	0
	Az.Ospedaliera	138	133	47	3,6	27,1	63,2	88,7	97	99,2	0,8
	Totale	149	144	44	3,4	30,6	66	89,6	97,2	99,3	0,7
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	133	90	54	32,3	23,3	58,9	90	97,8	100	0
	Totale	133	90	54	32,3	23,3	58,9	90	97,8	100	0
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Az.Ospedaliera	207	119	9	42,5	74,8	91,6	97,5	100	100	0
	Totale	207	119	9	42,5	74,8	91,6	97,5	100	100	0
Area geriatrica											
Cataratta (dh)	Az.USL+Privato	18	16	13,5	11,1	68,8	87,5	87,5	93,8	100	0
	Az.Ospedaliera	126	124	61	1,6	16,1	47,6	75	88,7	97,6	2,4
	Totale	144	140	56,5	2,8	22,1	52,1	76,4	89,3	97,9	2,1
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Az.USL+Privato	202	201	108	0,5	8	38,8	48,8	51,2	60,2	39,8
	Az.Ospedaliera	216	208	121,5	3,7	3,8	13,9	36,5	49,5	67,8	32,2
	Totale	418	409	118	2,2	5,9	26,2	42,5	50,4	64,1	35,9

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.*

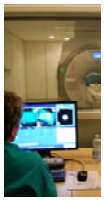
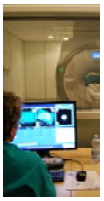


Tabella 42 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Regione Emilia-Romagna, anno 2009

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	10.360	6.775	7	34,6	95,8	98,7	99,1	99,2	99,3	0,7
	Az.Ospedaliera	7.368	3.482	5	52,7	95,7	97,6	98,3	98,6	98,9	1,1
	Totale	17.728	10.257	7	42,1	95,8	98,4	98,8	99	99,2	0,8
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az.USL+Privato	342	333	20	2,6	79	95,8	98,2	99,1	99,4	0,6
	Az.Ospedaliera	161	160	22	0,6	74,4	95	98,8	99,4	99,4	0,6
	Totale	503	493	21	2	77,5	95,5	98,4	99,2	99,4	0,6
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az.USL+Privato	1.726	1.659	17	3,9	83,7	96,3	97,5	97,8	99,2	0,8
	Az.Ospedaliera	872	818	16	6,2	81,8	93,6	96,2	97,8	99,4	0,6
	Totale	2.598	2.477	17	4,7	83,1	95,4	97,1	97,8	99,3	0,7
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)	Az.USL+Privato	792	760	18	4	83,8	97,6	98,4	99,1	99,6	0,4
	Az.Ospedaliera	425	405	21	4,7	71,1	93,3	97,5	98,3	98,5	1,5
	Totale	1.217	1.165	19	4,3	79,4	96,1	98,1	98,8	99,2	0,8
Intervento chirurgico tumore prostata (regime ordinario)	Az.USL+Privato	1.046	1.035	42	1,1	28,9	72,9	89,9	96,8	99,1	0,9
	Az.Ospedaliera	485	479	33	1,2	43,2	85,6	96,5	99,6	100	0
	Totale	1.531	1.514	39	1,1	33,4	76,9	91,9	97,7	99,4	0,6
Coronarografia (dh)	Az.USL+Privato	578	519	11	10,2	86,1	92,7	94,6	95,8	96,3	3,7
	Az.Ospedaliera	234	221	27	5,6	56,1	73,3	78,7	85,5	93,7	6,3
	Totale	812	740	13	8,9	77,2	86,9	89,9	92,7	95,5	4,5
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az.USL+Privato	687	666	33	3,1	47,6	75,4	88,1	92,8	97,6	2,4
	Az.Ospedaliera	717	700	43	2,4	41,1	61,4	78,9	86,9	95,3	4,7
	Totale	1.404	1.366	35	2,7	44,3	68,2	83,4	89,8	96,4	3,6
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Az.USL+Privato	2.752	2.383	10	13,4	85	96,6	98,4	98,8	99,3	0,7
	Az.Ospedaliera	1.426	1.122	19,5	21,3	68,3	89,6	95,5	97,3	98,8	1,2
	Totale	4.178	3.505	12	16,1	79,7	94,3	97,5	98,3	99,2	0,8
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Az.USL+Privato	736	705	8	4,2	95	99,4	99,9	99,9	100	0
	Az.Ospedaliera	458	361	14	21,2	74,2	92,2	97,8	98,9	99,4	0,6
	Totale	1.194	1.066	9	10,7	88	97	99,2	99,5	99,8	0,2
Cataratta (dh)	Az.USL+Privato	2.029	1.962	25	3,3	53,5	70	85,5	94,5	98,5	1,5
	Az.Ospedaliera	319	309	51	3,1	30,7	60,5	81,9	90,9	96,4	3,6
	Totale	2.348	2.271	30	3,3	50,4	68,7	85	94,1	98,2	1,8
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Az.USL+Privato	4.589	4.501	56	1,9	33	52	63,8	72,4	85,3	14,7
	Az.Ospedaliera	2.216	2.168	151,5	2,2	8,7	17	28,3	39,4	62,1	37,9
	Totale	6.805	6.669	84	2	25,1	40,6	52,2	61,7	77,7	22,3

Per gli interventi oggetto di monitoraggio regionale dell'**area oncologica**, nonostante nel 2009 non siano stati raggiunti gli obiettivi regionali dell'esecuzione delle prestazioni entro i 30 giorni, si sono comunque avuti risultati positivi rispetto agli anni precedenti, con un miglioramento dei tempi di attesa nella maggior parte dei casi. Infatti, 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 2009.
Per il tumore del colon-retto, l'83% dei casi sono stati trattati entro i 30 giorni, in linea con la media delle Aziende Ospedaliere della Regione.
Per il tumore della prostata, non è stato ancora definito l'obiettivo dalla Regione.
Per quanto riguarda gli interventi di mastectomia, nel 2009 il 95% dei pazienti in lista di attesa è stato trattato entro i 30 giorni, a fronte di una media regionale pari all'80% circa.



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 2009 che sono effettuati nella misura del 75% a 90 giorni e del 98% a 180 giorni. La situazione degli interventi di protesi d'anca, presenta valori sovrapponibili a quelli delle altre Aziende della Regione. l'AOU di Parma a 180 giorni tratta una percentuale di pazienti, pari al 68%, con un aumento percentuale rispetto allo scorso anno. 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 (92% a 60 giorni vs il 90% dell'obiettivo regionale) e endoarteriectomia carotidea (89% a 90 giorni). Per ciò che riguarda l'intervento di angioplastica (PTCA), la percentuale di interventi effettuati nel rispetto dello standard regionale è stata del 72% (considerando anche i casi 0 giorni) del 2009. Dal monitoraggio delle coronarografia in DH, risulta che le prestazioni vengono effettuate nel rispetto dei tempi nel 100% dei casi.

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

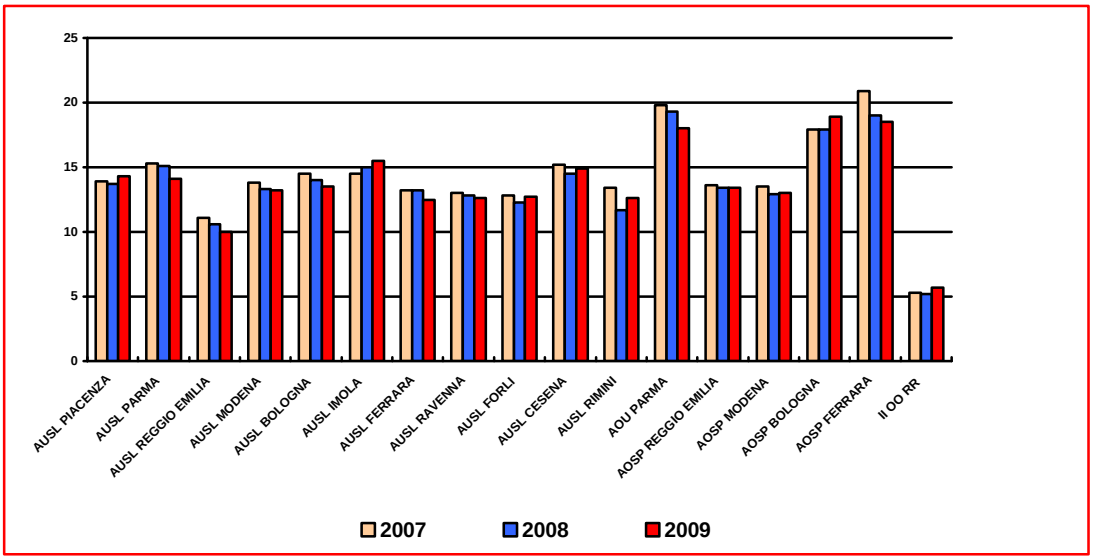
Nell'anno 2009 presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono stati registrati 82.088 accessi registrando un lieve incremento rispetto al 2008 (0,5%). E' importante sottolineare che dagli accessi al Pronto Soccorso qui riportati sono esclusi i casi oculistici, pediatrici e ostetrico-ginecologici, che per la maggior parte accedono direttamente al reparto.

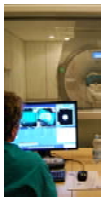
Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assorbe il 68 % di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che è andata incrementando nel corso degli ultimi tre anni.

Tabella 43 Accessi in PS , anni 2007-200

Disciplina	2007			2008			2009		
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	79.129	15.703	19,8	81.699	15.763	19,3	82.088	14.812	18,0
AUSL Parma	38.260	5.859	15,3	38.846	5.877	15,1	38.606	5.459	14,1
Totale	117.389	21.562	18,4	120.545	21.640	18,0	120.694	20.271	16,8
Regione ER	1.774.416	255.381	14,4	1.832.659	253.942	13,9	1.823.753	252.267	13,8
% accessi AOU Parma			67,41			67,77			68,01

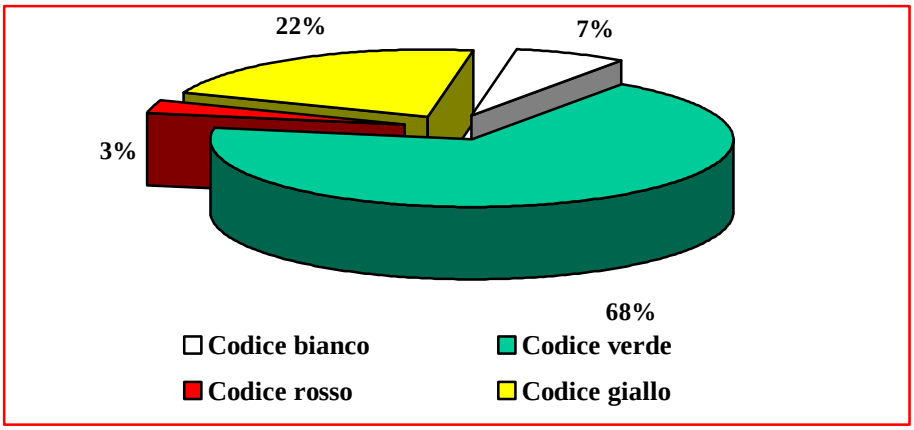
Grafico 14 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto tra le Aziende sanitarie regionali, anni 2007-2009





Dall'analisi dei dati del 2009, 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 (22%), dai codici bianchi (7%) e infine dai codici rossi (3%), dato sovrapponibile a quello del 2008, con la persistente prevalenza dei codici verdi rispetto agli altri codici, in linea con i dati regionali e nazionali

Grafico 15 Accessi in PS suddivisi per codice colore, anno 2009



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 la permanenza in OBI 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 2009 è di 3.074, ovvero il 4% di tutti gli accessi in PS (la Regione dà come indicazione un valore che deve essere compreso tra 3 e 8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 88%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%). Anche i tempi di osservazione (che devono essere compresi tra le 6 e le 24 ore) sono ampiamente rispettati, con una media che risulta essere di 14 ore.

Tabella 44 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2009

	Anno 2009	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	3.074	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	4%	3-8%
Tempi medi di osservazione	14 h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	88%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	68%	

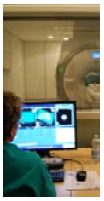
Piano sangue

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 2009 dello 0,5% rispetto al 2008.

a) Raccolta/utilizzo: Per quanto riguarda la provincia di Parma, si è registrato un incremento nel 2009, rispetto al 2008, del numero di unità raccolte (+3,4%) ed un incremento delle unità utilizzate (+1,5%).



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 2008.

Strategie alternative all'utilizzo di sangue omologo
Obiettivo raggiunto attraverso l'ottimizzazione del rapporto unità di sangue autologo predepositate per interventi chirurgici vs unità effettivamente utilizzate (1.693 di cui utilizzate 1.360, cioè l'80%).

Attività di medicina trasfusionale

- L'attività di medicina trasfusionale ha consolidato nel 2009 i risultati ottenuti nel 2008. Da segnalare un sensibile incremento delle procedure aferetiche per i pazienti (+18%) nel 2009 rispetto al 2008.

Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali
Obiettivo raggiunto attraverso la convocazione del Comitato Interaziendale per il Buon Uso del Sangue ed incontri con i dipartimenti utilizzatori per una razionalizzazione dell'uso clinico del sangue.

Area Vasta
Obiettivo raggiunto attraverso l'attività di validazione degli emocomponenti (con metodica NAT e sierologia) per l'area vasta Parma-Piacenza secondo quanto riportato nel piano sangue regionale 2008-2010.

Sicurezza trasfusionale

- Obiettivo sicurezza Riceventi: conclusione della 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 pubblicato sulla rivista internazionale Blood Transfusion lo studio prospettico "Cardio Risk" in una popolazione di donatori, studiati e classificati secondo l'indice di rischio cardiovascolare (arruolati 6172 donatori).

Sistema di informatizzazione
E' in corso di implementazione l'informatizzazione tra la sede ospedaliera e le sedi di raccolta periferiche.

Attività di terzo livello

- Incremento dell'utilizzo e gestione degli emocomponenti per uso topico (Gel Piastrinico) sia in AOU che nella Ausl (+20 % rispetto 2008).
- Raccolta di cellule staminali finalizzate al trapianto di midollo osseo: consolidamento dei risultati ottenuti nel 2008.
- Implementazione del progetto per la realizzazione della Banca delle cellule staminali presso il SIT, in accordo con il PAL 2009-2011.

Tabella 45 Confronto attività di raccolta sangue, anni 2008–2009

Programma speciale sangue	Raccolta 2008	Raccolta 2009	Differenze % 2009-2008
Piacenza	15.153	15.586	2,9
Parma	28.134	29.083	3,4
Reggio Emilia	23.451	23.232	-0,9
Modena	35.190	35.477	0,8
Bologna	63.862	63.265	-0,9
Ferrara	22.472	22.322	-0,7
Ravenna	27.786	27.109	-2,4
DITI	31.368	32.547	3,8
TOTALE	247.416	248.621	0,5

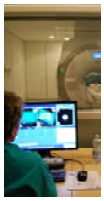


Tabella 46 Confronto consumi di Unità "rosse", anni 2008–2009

Programma speciale sangue	Consumi 2008	Consumi 2009	Differenze % 2009-2008
Piacenza	12.722	13.666	7,4
Parma	26.197	26.577	1,5
Reggio Emilia	18.637	18.863	1,2
Modena	32.518	32.518	0,0
Bologna	73.364	71.602	-2,4
Ferrara	22.806	22.812	0,0
Ravenna	26.802	28.103	4,9
DITI	30.395	32.389	6,6
TOTALE	243.441	246.530	1,3

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 2009 l'attività di procurement e di trapianto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha avuto una leggera flessione rispetto all'anno precedente, in linea con la diminuzione degli accertamenti di morte encefalica riscontrata in Emilia Romagna, con conseguente riduzione dei donatori effettivi.

La tabella 47, che riporta i dati dell'attività di procurement dell'Azienda dal 2006 al 2009, mostra come nel 2009, a fronte di 30 segnalazioni di morte encefalica, i donatori effettivi sono stati 18 (60%), di cui 15 multiorgano. Questo dato è imputabile sia ad una riduzione del pool dei potenziali donatori deceduti in T.I., che all'incremento delle opposizioni e alla presenza di potenziali donatori non idonei a priori e quindi non valutabili per la donazione.
Negli ultimi anni è stata attivata una funzione di psicologia che accompagna le famiglie nella scelta e che sostiene gli operatori sanitari con corsi e supporti personali.

Tabella 47 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2006-2009

Tipologie	2006	2007	2008	2009
Segnalati	31	27	35	30
Opposizioni	11	8	9	9
Opposizioni procura	-	-	-	1
Non idoneo	3	3	1	2
Effettivi	16	16	25	18
Utilizzati	15	15	25	17
Multiorgano	11	13	21	15

La tabella 48 riporta i dati inerenti gli organi procurati dalla Rianimazione dell'AOU di Parma dal 2006 al 2009 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali), da cui si evidenzia una riduzione nel 2009 degli organi prelevati rispetto al 2008, in linea con quanto già rilevato precedentemente.

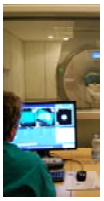


Tabella 48 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2006- 2009

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
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
2009	3	3	17	16	30	24	-	-	2	2	52	45
Totale	20	20	70	67	125	111	5	4	4	4	224	206

La tabella 49 riporta i dati inerenti le attività di prelievo di tessuti presso l'AOU Parma dal 2006 al 2009 con il dettaglio delle cornee, cute, osso e cartilagini, vasi e valvole prelevate, da cui si evidenzia una riduzione nel 2009 rispetto al 2008, in linea con quanto già rilevato precedentemente.

Il numero complessivo di cornee prelevate in Regione Emilia Romagna nel 2009 è stato di poco superiore all'anno precedente (1085 vs 1047) prelevate da 548 donatori.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma conferma l'efficiente attività di procurement, rappresentando negli ultimi tre anni il centro che fornisce il maggiore contributo in Emilia Romagna, anche in relazione al fatto che le opposizioni alla donazione di cornee sono invariate nell'ultimo triennio confermandosi sensibilmente al di sotto della media nazionale e internazionale.

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
2006	72	140	7	20.329	5	64	3	14	3	5
2007	107	211	7	9.783	10	108	3	9	1	2
2008	94	187	12	12.267	12	143	5	22	5	10
2009	82	163	9	10.558	7	87	2	7	-	-

Per quanto riguarda l'attività trapiantologica, nel corso dell'anno 2009 è stata caratterizzata da un decremento dei trapianti effettuati (36 rispetto ai 50 del 2008) legato sia al calo delle donazioni registrate in Emilia Romagna che al mancato utilizzo di reni assegnati al nostro centro e successivamente non giudicati idonei per il trapianto in base allo score bioptico o gravi alterazioni parenchimali e o vascolari.
In particolare sono stati eseguiti 30 trapianti di rene da donatore cadavere (26 trapianti singoli, 4 doppi trapianti) 5 trapianti da vivente con prelievo dell'organo eseguito in tutti i donatori con tecnica laparoscopica, 1 trapianto di pancreas isolato.
Nell'anno 2009 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.
Nel corso del 2009 è stato effettuato con successo il primo trapianto di pancreas isolato nella nostra Regione. Per quanto concerne l'attività di trapianto da vivente AB0 incompatibile, avviata nel 2008 con l'effettuazione del primo trapianto in Italia, sono in studio 4 donatori per valutarne l'idoneità dal punto di vista clinico.
Al 31.12.2009 il numero dei pazienti in lista d'attesa presso il nostro centro era di 504, rispetto ai 526 del 2008 di cui 158 residenti in Emilia Romagna e 346 in altre Regioni italiane. Per quanto concerne l'attività di follow-up circa 700 pazienti trapiantati vengono seguiti direttamente dal Centro Trapianti, secondo protocolli clinici definiti ed informatizzati.

Per quanto attiene alle attività di trapianto di cornea si è assistito ad una flessione dell'attività anche in considerazione dell'esiguo numero di pazienti in lista di attesa (15) al 31 dicembre 2009.

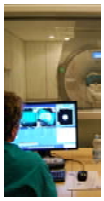


Tabella 50 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2007	2008	2009
Cornea (*)	75	72	56
Midollo	19 autologhi	17 autologhi	16 autologhi
	1	2 allogenici	0 allogenici
Rene	43 di cui	43	30
	4 da vivente;	7 da vivente;	5 da vivente
Rene-pancreas	7	4	
Pancreas isolato			1

Fonte Banca Dati SDO

(*) Fonte Banca Dati CRT della RER – Trapianti di cornea effettuati nelle strutture ospedaliere con tessuti forniti dalla Banca delle cornee

Monitoraggio dell'Accordo di fornitura

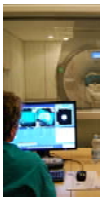
(per i contenuti dell'Accordo di fornitura si veda il paragrafo "Accordo di Fornitura" del capitolo 1 del presente volume)

a) Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa

Tabella 51 Ricoveri relativi ai DRG oggetto di monitoraggio, anni 2008 e 2009

DRG	2009	2008	DIFF. 2009/2008
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	195	270	-75
183 M-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 NO CC	225	279	-54
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	148	202	-54
042 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	281	332	-51
039 C-INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	233	281	-48
182 M-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 CON CC	152	198	-46
040 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17 ANNI	111	156	-45
162 C-INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	98	137	-39
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	44	76	-32
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	139	165	-26
142 M-SINCOPE E COLLASSO SENZA CC	82	105	-23
429 M-DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	91	113	-22
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	160	180	-20
141 M-SINCOPE E COLLASSO CON CC	72	92	-20

Nota: Delibera Tariffe N. 2079/2009 Allegato 3.1 DRG Potenzialmente inappropriati età > 17



b) Recupero ricoveri in mobilità passiva

Tabella 52 Ricoveri ordinari e in day hospital relativi al set di DRG indicati dall'AUSL, anni 2008 e 2009

DRG	2008	2009	Incremento annuo atteso	Var (+/-)	Var %
*001 Craniotomia età >17 anni eccetto per traumatismo	130	34	20	-31	-18%
*002 Craniotomia , eta' > 17 anni senza cc	42	89			
*528 Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	0	8			
*529 Interventi di anastomosi ventricolare con cc	0	2			
*530 Interventi di anastomosi ventricolare senza cc	0	5			
*543 Craniotomia, impianto di dispositivo maggiore o D.P. comp. SNC	0	3			
TOTALE	172	141			
008 Interventi sui nervi cranici e periferici	48	64	30	16	33%
**517 Interventi sul sistema cardio-vascolare via per cutanea no IMA	326	-	30	114	35%
**556 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare magg.	-	326			
**557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	-	191			
**558 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	-	140			
**577 Inserzione di stent carotideo	-	3			
TOTALE	326	440			
518 Interventi sul sistema cardio-vascolarer via per cutanea no IMA	172	170	20	-2	-1%
Protesi d'anca (Cod. ICD9-CM: 8151-8152-8153, ricoveri programmati)	199	195	40	-4	-2%
225 Interventi sul piede	120	123	50	3	3%

** Il DRG 001-CRANIOTOMIA, ECCETTO PER TRAUMATISMO (Versione 19° del GROUPER) nell'anno 2009, con la versione 24°, esplode in 6 diversi DRG per questo il confronto e' stato fatto con i DRG 001 e 002 nel 2008, e i 6 nuovi DRG nel 2009*
***Il DRG 517-INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA (VERSIONE 19°) nell'anno 2009, con la versione 24°, esplode in 3 diversi DRG con i quali è stato fatto il confronto nel 2009*

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

Tabella 53 Ricoveri ordinari disposti dal PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presso le CdC: numero dimessi, anni 2008 e 2009

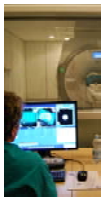
Casa di Cura	2009	2008	Atteso 2009	Atteso 2008	Variazione rispetto all'atteso 2009	Variazione rispetto all'atteso 2008
CITTA' DI PARMA	645	561	645	709	0	-148
PICCOLE FIGLIE	194	156	152	111	42	45
VAL PARMA	154	136	150	113	4	23
Totale	993	853	947	933	46	-80

d) Rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali

Tabella 54 Tempi di attesa, rispetto dello standard regionale

Intervento	Standard	2009	2008	Obiettivo 2009
Chemioterapia	100% entro 30 gg	100%	99%	100% entro 30 gg
Interventi per tumore utero		90%	90%	
Interventi per tumore colon-retto		83%	83%	
Interventi per tumore mammella		95%	98%	
Endoarteriectomia	90% entro 90 gg	89%	91%	90% entro 90 gg
Angioplastica	90% entro 60 gg mantenimento	72%	88%	90% entro 60 gg
By-pass aorto-coronarico		95%	98%	mantenimento
Protesi anca	50% entro 90gg	39%	32%	50% entro 90gg
	90% entro 180 gg	69%	65%	90% entro 180 gg

Fonte: Banca Dati SDO (Il calcolo considera i casi con giorni d'attesa = 0)



e) Riduzione parti cesarei

Tabella 55 Trend parti cesarei sul totale parti, anni 2006-2009

	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Parti cesari	742	33%	874	37%	867	37%	906	37%
Parti Totali	2229	100%	2334	100%	2358	100%	2.426	100%

f) Assistenza specialistica ambulatoriale

Tabella 56 Prestazioni erogate ai residenti di Parma, anni 2008-2009

Prestazioni	2008	2009	Var	Var %
D1-D.Strument.con radiaz.	108.546	106.538	-2.008	-1,85
D2-D.Strument. no radiaz.	143.852	153.218	9.366	6,51
D3-Biopsia	4.630	4.791	161	3,48
D9-Altra diagnostica	12.088	12.551	463	3,83
Diagnostica	269.116	277.098	7.982	2,97
L1-Prelievi	187.214	186.579	-635	-0,34
L2-Chimica clinica	1.090.302	1.037.388	-52.914	-4,85
L3-Ematologia/coagulaz.	244.454	241.839	-2.615	-1,07
L4-Immunoemat.e trasfusion.	6.236	6.410	174	2,79
L5-Microbiologia/virologia	83.814	79.761	-4.053	-4,84
L6-Anatomia ed ist.patol.	12.888	13.264	376	2,92
L7-Genetica/citogen.	6.971	7.912	941	13,50
Laboratorio	1.631.879	1.573.153	-58.726	-3,60
R1-Riab.diagnostica	1.381	1.995	614	44,46
R2-RRF	14.741	12.645	-2.096	-14,22
R3-Terapia Fisica	1.015	1.154	139	13,69
R9-Altra riabilitazione	783	941	158	20,18
Riabilitazione	17.920	16.735	-1.185	-6,61
T1-Radioterapia	20.826	17.354	-3.472	-16,67
T2-Dialisi	8.279	8.559	280	3,38
T3-Odontoiatria	4.491	4.904	413	9,20
T4-Trasfusioni	1.745	1.674	-71	-4,07
T5-Chirurgia ambulatoriale	14.591	15.019	428	2,93
T9-Altre prestaz. terapeutiche	41.781	42.077	296	0,71
Prestazioni Terapeutiche	91.713	89.587	-2.126	-2,32
V1-Prima visita	211.293	210.541	-752	-0,36
V2-Visita di controllo	181.050	177.015	-4.035	-2,23
V3-Osservaz.breve intensiva	1.905	2.455	550	28,87
Visite	394.248	390.011	-4.237	-1,07
Totale	2.404.876	2.346.584	-58.292	-2,42

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna
Nota: dalle prestazioni di laboratorio è esclusa l'attività relativa al riassorbimento punti prelievo cittadini

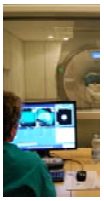


Tabella 57 Monitoraggio delle prestazioni critiche residenti di Parma, anni 2008-2009

Prestazioni	2008	2009	Var	Var %
V1-Prima visita	6.798	7.966	1.168	17,18
V2-Visita di controllo	1.803	2.179	376	20,85
Cardiologia	8.601	10.145	1.544	17,95
V1-Prima visita	2.713	3.053	340	12,53
V2-Visita di controllo	2.973	2.372	-601	-20,22
Reumatologia	5.686	5.425	-261	-4,59
V1-Prima visita	7.008	5.492	-1.516	-21,63
V2-Visita di controllo	1.503	1.883	380	25,28
Neurologia	8.511	7.375	-1.136	-13,35
V1-Prima visita	19.191	18.493	-698	-3,64
V2-Visita di controllo	19.185	18.670	-515	-2,68
Ortopedia	38.376	37.163	-1.213	-3,16
V1-Prima visita	8.170	8.712	542	6,63
V2-Visita di controllo	2.034	1.703	-331	-16,27
Otorinolaringoiatria	10.204	10.415	211	2,07
V1-Prima visita	10.154	9.907	-247	-2,43
V2-Visita di controllo	3.858	3.200	-658	-17,06
Dermatologia	14.012	13.107	-905	-6,46
Totale	81.846	83.630	1.784	2,18

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

g) Somministrazione farmaci

Tabella 58 Erogazione diretta farmaci

	2009
Numero dei pazienti dimessi con farmaci	19.491
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fiale, compresse, cerotti…)	1.859.327
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	382.260

Qualità dell'assistenza

Parti con taglio cesareo

Nel 2009 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è assistito ad un lieve incremento in percentuale dei parti cesarei rispetto al 2008, presumibilmente per una difficoltà a ridurre la quota di parti cesarei secondari a quello precedente; a questo proposito, in linea con le indicazioni regionali, l'AOU di Parma ha iniziato a proporre il parto vaginale anche dopo un taglio cesareo.

Altra difficoltà incontrata durante lo scorso anno è stata la ristrutturazione delle sale parto, che ha comportato disagi logistici dovuti al trasferimento temporaneo in altra sede; ciò ha determinato l'impossibilità ad introdurre modelli organizzativi e assistenziali nuovi.

In tale contesto, i professionisti ostetrici dell'AOU di Parma hanno iniziato un percorso di condivisione delle esperienze e delle conoscenze, attraverso la partecipazione a gruppi di lavoro regionali, oltre ad aver creato gruppi di lavoro aziendali, con l'obiettivo di stendere procedure e linee guida atte a supportare il professionista nelle decisioni all'interno delle diverse situazioni cliniche.

Tabella 59 Parti con taglio cesareo su totale parti

AOU Parma	2006		2007		2008		2009	
Parti vaginali	1651	67%	1547	61%	1673	63%	1.684	62%
Parti cesarei	828	33%	978	39%	987	37%	1.034	38%
Totale	2479	100%	2525	100%	2660	100%	2.718	100%

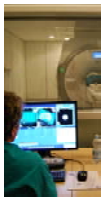
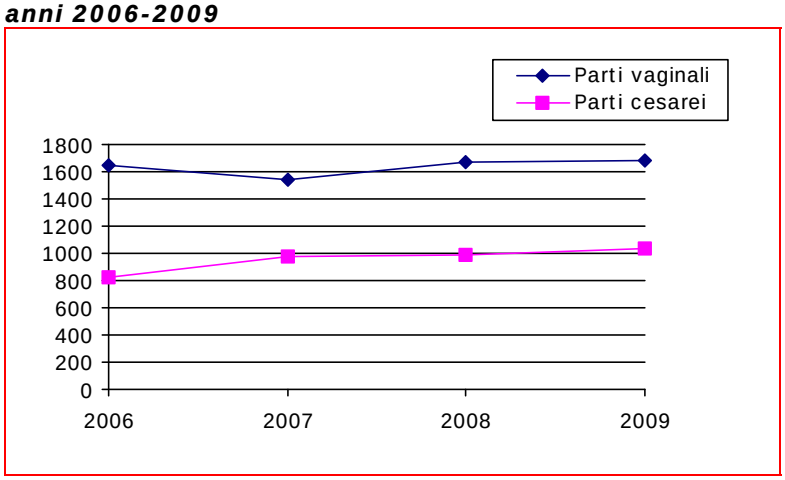


Grafico 16 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: parti cesarei e parti vaginali, anni 2006-2009



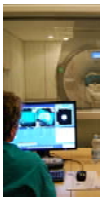
Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio

Per quel che riguarda un altro indicatore della qualità dell'assistenza ospedaliera, ovvero la mortalità intraospedaliera per interventi chirurgici a basso rischio, si evidenzia dalla tabella 60 un decremento della casistica, complessivamente 2 casi nel 2009 contro gli 8 dell'anno precedente. Tale casistica si riferisce esclusivamente agli interventi di colecistectomia e trova riscontro anche con il 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 maggiore complessità;
difatti i 2 casi deceduti a seguito di intervento di colecistectomia presentavano, in associazione a quest'ultimo, interventi chirurgici principali particolarmente complessi, quali: resezione intestinale dell'intestino tenue in enterite regionale e gastrectomia totale per tumore gastrico.

Tabella 60 Mortalità intraospedaliera a seguito di alcuni interventi chirurgici in elezione e a basso rischio, anni 2007-2009

		2007		2008		2009	
		AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER	AOU Parma	Regione ER
Mortalità intraospedaliera	Numeratore	4	44	8	48	2*	40
	Denominatore	1.121	24.140	1.102	24.400	1.243	25.721
	Indicatore	0,357	0,182	0,726	0,197	0,161	0,156
Isterectomia	Numeratore	1	5	1	1	.	.
	Denominatore	135	3.691	175	3.507	91	1.780
	Indicatore	0.741	0.135	0,571	0,029	.	.
Laminectomia	Numeratore	.	.	.	.	.	.
	Denominatore	241	3.284	234	3.311	299	3.322
	Indicatore	.	.	.	.	.	.
Colecistectomia	Numeratore	3	32	5	32	2*	24
	Denominatore	487	6.135	410	5.939	456	6.571
	Indicatore	0.616	0.522	1,220	0,539	0,439	0,365
Prostatectomia	Numeratore	.	.	.	3	.	2
	Denominatore	.	.	134	2.129	144	2.285
	Indicatore	.	.	.	1,141	.	0,088
Sostituzione anca	Numeratore	.	2	2	9	.	9
	Denominatore	189	5.414	202	5.521	178	5.614
	Indicatore	.	0.037	0,990	0,163	.	0,160
Sostituzione ginocchio	Numeratore	.	5	.	6	.	5
	Denominatore	69	5.626	81	6.125	75	6.150
	Indicatore	.	0.089	.	0,098	.	0,081

Fonte: Area riservata Bilancio di missione
**Nota: I casi di decesso per colecistectomia relativi all'AOU di Parma sono stati estratti dalla Banca Dati SDO anno 2009 dopo il 13° invio (ultimo aggiornamento)*



Mortalità per infarto miocardico acuto

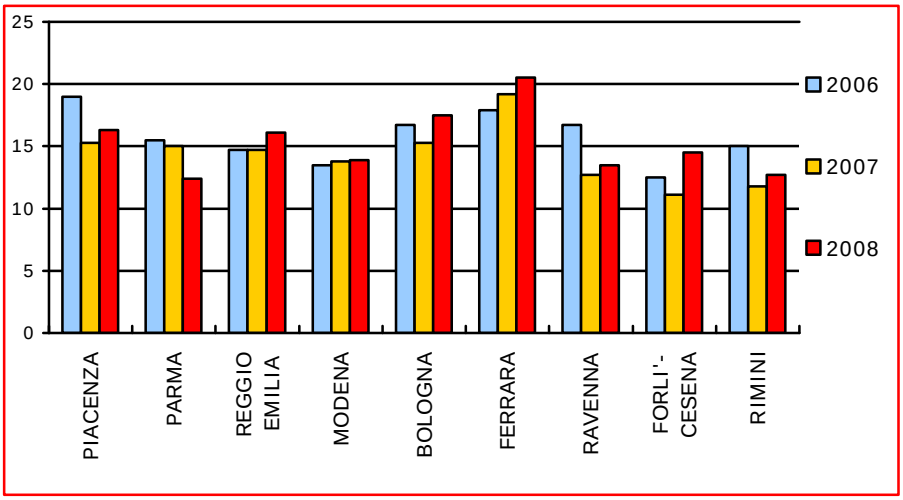
La mortalità per tale patologia rappresenta un elemento importante di valutazione della tempestività delle cure prestate e della loro appropriatezza. Come si evince dalla tabella sottostante, negli ultimi 3 anni si è assistito ad una tendenza alla riduzione del tasso di mortalità per IMA che, dal 15,5% del 2006, è passato al 12% del 2008; questa tendenza alla flessione è da far risalire alla diminuzione dei tempi di intervento intra ed extra-ospedaliero a seguito dell'attuazione della rete cardiologica, messa in atto negli ultimi anni in collaborazione con la AUSL, per la risposta all'infarto miocardico acuto e alla elaborazione e monitoraggio del PDT del dolore toracico.

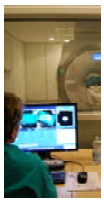
Tabella 61 Mortalità per infarto miocardico acuto

Provincia di ricovero	2006	2007	2008*
Piacenza	19	15,3	16,3
Parma	15,5	15,0	12,4
Reggio Emilia	14,7	14,7	16,1
Modena	13,5	13,8	13,9
Bologna	16,7	15,3	17,5
Ferrara	17,9	19,2	20,5
Ravenna	16,7	12,7	13,5
Forlì'-Cesena	12,5	11,1	14,5
Rimini	15	11,8	12,7
Totale	15,6	14,4	15,2

Fonte: Area riservata Bilancio di missione.
** Ultimo dato disponibile*

Grafico 17 Mortalità per IMA in Emilia-Romagna, anni 2006-2008





2.4 Ricerca e didattica

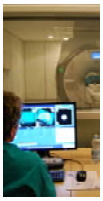
La Legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 ha identificato, per le Aziende del S.S.R., la ricerca come funzione istituzionale fondamentale al pari di quell'assistenziale e di formazione continua, con le quali deve integrarsi. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie costituiscono sede privilegiata di questa integrazione, in quanto punto di incontro tra le attività di ricerca, di didattica/formazione e quelle assistenziali. La nostra Azienda ha pertanto nella ricerca una sua missione fondamentale, sia rispetto al Servizio Sanitario Nazionale sia rispetto al sistema regionale di ricerca.

"L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si integra all'interno del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, esercitando le proprie funzioni di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di essere il punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale" *(Atto Aziendale, Delibera 221 del 22.11.2006).*

Anche secondo la letteratura, infatti, una proficua collaborazione tra i professionisti del settore accademico e quelli dell'area assistenziale può permettere di agevolare il trasferimento delle conoscenze derivanti dalla ricerca biomedica all'ambito clinico [Wolf JAMA 2008]. Nel Capitolo 6 vengono riportati alcuni risultati di questa collaborazione, in termini di attività di ricerca in corso e produzione scientifica.
La sinergia tra l'ambito accademico e quello assistenziale si realizza anche con programmi di didattica mirati alla crescita professionale di studenti e specializzandi relativamente alla loro capacità di condurre ricerca in modo metodologicamente corretto. L'Unità Operativa Ricerca e Innovazione, creata in accordo con le indicazioni regionali, ha tra i suoi obiettivi fondamentali quello di offrire opportunità di formazione, su vari livelli e indirizzata ai diversi professionisti operanti in Azienda, al fine di migliorare le competenze metodologiche, creando così un ambiente culturale favorevole alla ricerca e favorendo l'introduzione dei risultati delle sperimentazioni nella pratica (cfr. il paragrafo "Attività di formazione del personale" del capitolo 6). È essenziale che questo processo di crescita professionale venga avviato precocemente in ambito universitario, fin dall'inizio del percorso formativo dei futuri medici e infermieri, tramite attività didattiche che comprendano, oltre a lezioni teoriche, anche la collaborazione degli studenti con gruppi di ricerca già attivi. Di fatti, la partecipazione a specifici momenti dei processi di ricerca rappresenta una modalità di apprendimento attivo sul campo riconosciuta in medicina tra le più efficaci.
A tale proposito, il Dipartimento ad Attività Integrata, struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, offre agli studenti un'opportunità unica di operare fin da subito nella realtà della pratica assistenziale e nella ricerca sul campo. Di fatti, come riportato nell'Atto Aziendale, il Dipartimento ad Attività Integrata "assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle della ricerca propria dei Dipartimenti Universitari".
Di seguito sono illustrati gli aspetti più rilevanti di questa coesione tra attività di ricerca e di didattica frutto del lavoro dei professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Attività di ricerca

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.



I progetti

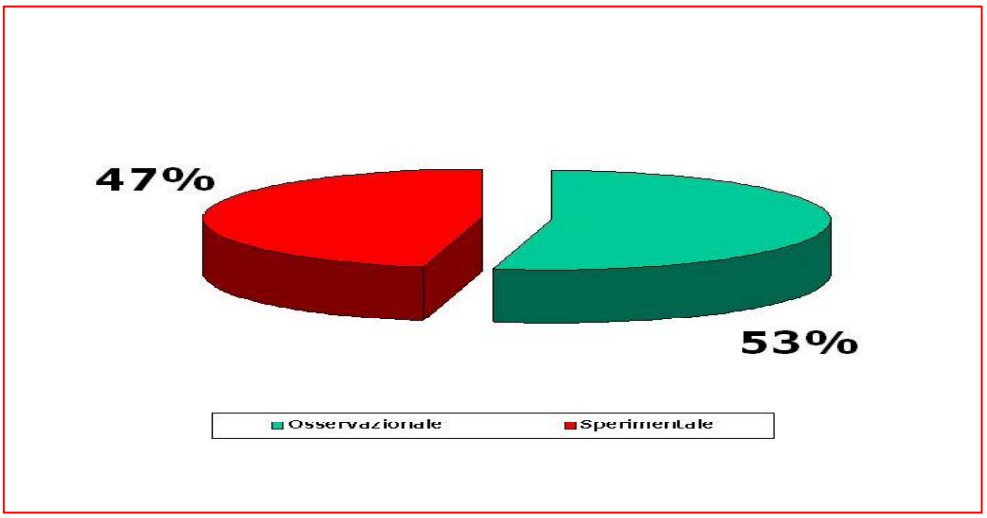
Nel 2009 per la prima volta è stata realizzata prospetticamente la rilevazione dei progetti avviati in Azienda nell'arco dell'anno, tramite il database dell'Anagrafe Regionale della Ricerca (dataset minimo comune a tutte le Aziende sanitarie e IRCCS della regione), in cui i professionisti hanno inserito un set di informazioni relative ai loro progetti.
Di seguito verranno brevemente presentati alcuni dati complessivi concernenti i progetti avviati nel 2009, rimandando per un maggior dettaglio al capitolo 6 "Governo della ricerca e innovazione" del presente volume.
Complessivamente sono stati avviati, nel 2009, 197 progetti di ricerca, nel 60% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento, sia nel numero di progetti attivati (+13, pari a +7%) sia nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore.

Tabella 1 Numero progetti attivati

Anno	2009	2008
Numero totale progetti	197	184
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	117	91

Per la prima volta, grazie alle informazioni contenute nell'applicativo dell'Anagrafe Regionale, è stato possibile classificare i progetti avviati nel 2009 a seconda del disegno di studio e dell'area tematica, come riportato nelle figure che seguono. Si rileva una ripartizione equa, tra studi sperimentali (studio in cui il ricercatore attua una modificazione controllata e programmata di alcuni fattori, ad esempio terapie, test, eccetera, raccogliendo informazioni in merito alle conseguenze di tali modificazioni) e osservazionali (studio in cui il ricercatore non interviene modificando l'esposizione, il trattamento o altri fattori, ma si limita a raccogliere dati e informazioni su fenomeni che esistono e si svolgono indipendentemente dallo studio).

Grafico 1 Percentuale di progetti suddivisi per disegno dello studio



Nel grafico 2, è riportata la suddivisione per tipologia di studio: si evidenzia che il 25% dei progetti avviati nel 2009 è una sperimentazione clinica controllata e randomizzata, quindi la quota più frequente, seguita dagli studi di coorte che rappresentano il 22% dei progetti avviati.
È interessante anche analizzare la distribuzione degli studi per disegno, suddivisi per Dipartimento; come si evince dalla figura 3, il Dipartimento Polispecialistico 1 realizza prevalentemente sperimentazioni (oltre l'80% degli studi avviati nel 2009), mentre il Dipartimento di Urgenza ed Emergenza e quello Radiologico quasi esclusivamente studi di tipo osservazionale.
Un altro aspetto che descrive le caratteristiche più salienti dell'attività di ricerca svolta nell'AOU di Parma, è l'area tematica: come evidente in figura 4, l'area cardiovascolare è la più frequente (30 studi osservazionali e 12 sperimentali), e l'area ematologica è quella con il maggior numero di sperimentazioni avviate nel 2009.

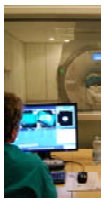


Grafico 2 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno

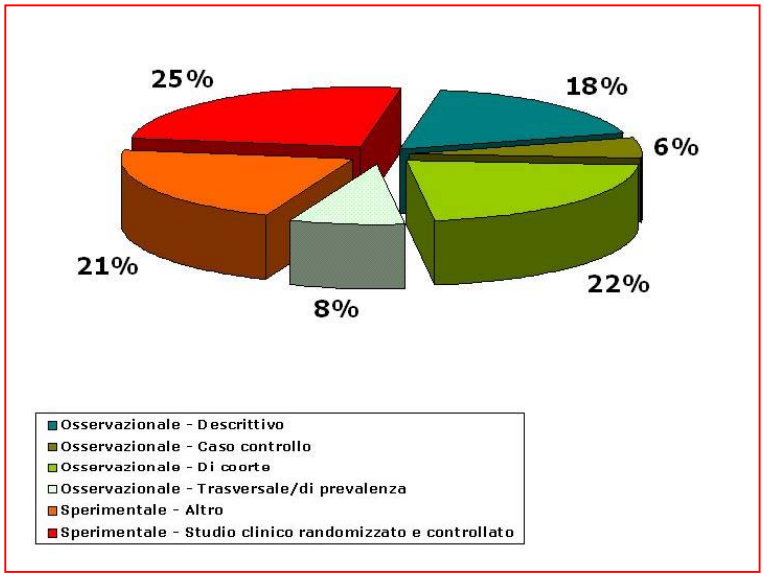


Grafico 3 Numero progetti di tipo osservazionale e sperimentale suddivisi per Dipartimento

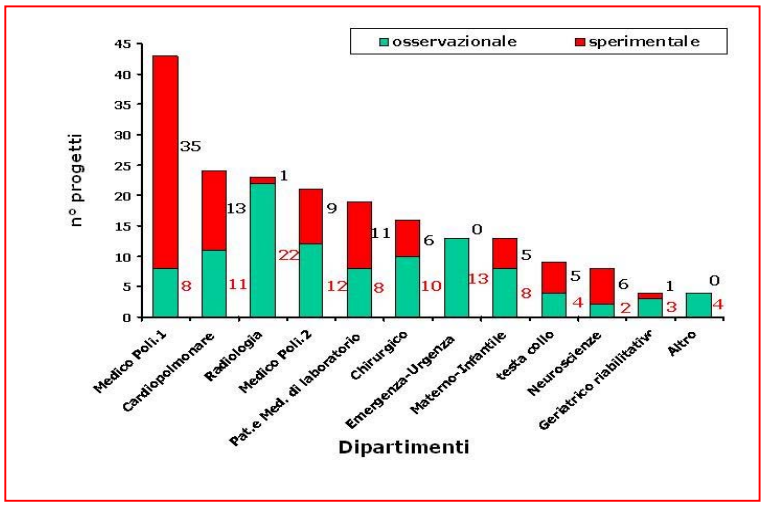
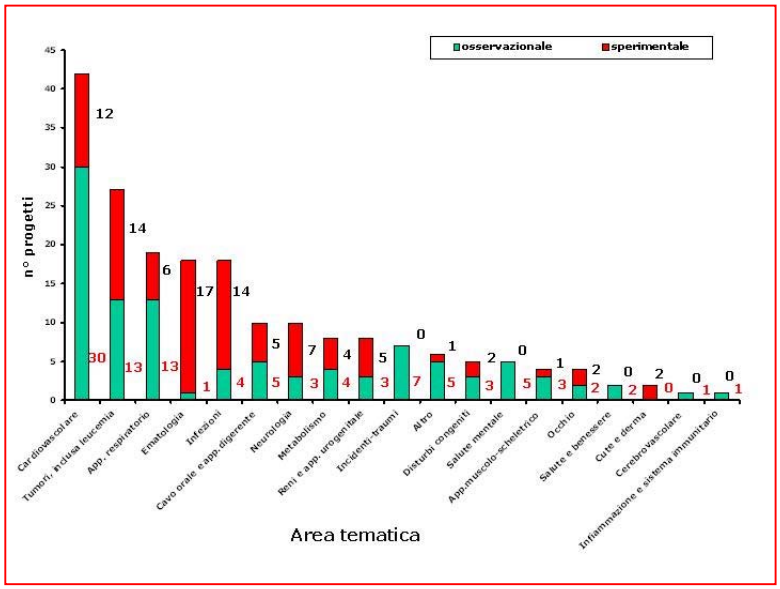
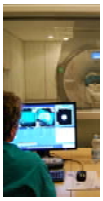


Grafico 4 Numero progetti di tipo osservazionale e sperimentale suddivisi per Area tematica





Le Pubblicazioni

È ormai ampiamente dimostrato che le raccomandazioni scientifiche spesso non vengono introdotte tempestivamente nella pratica e che sono necessarie strategie per favorire l'implementazione della medicina basata sull'evidenza. La pubblicazione dei risultati degli studi è uno degli interventi fondamentali di tale processo di trasferimento, in quanto permette di diffondere le conoscenze acquisite (indipendentemente se i risultati sono positivi o negativi) alla comunità scientifica [Graham et al. J Contin Educ Health Prof 2006]. Eppure, solo una ridotta quota di studi realizzati viene in effetti pubblicati. L'analisi di 100 protocolli presentati consecutivamente al Comitato Etico del Royal College of General Practitioners inglese [Wise & Drury. BMJ 1996] ha rivelato che solo il 27% degli 82 studi approvati dal CE era stato diffuso formalmente tramite pubblicazione scientifica. Particolarmente rilevante è la nota tendenza a non pubblicare studi con risultati negativi (es. che non dimostrano l'efficacia di un farmaco in sperimentazione), il che può avere conseguenze gravi, soprattutto quando non vengono resi noti eventi avversi derivanti dal trattamento in studio [Chalmers & Glasziou. Lancet 2009]. Alla luce di tali considerazioni, la Direzione aziendale ritiene importante promuovere e favorire la diffusione delle conoscenze, anche attraverso la valorizzazione della produzione scientifica.

Nella tabella seguente è riportato il numero totale delle pubblicazioni effettuate negli ultimi tre anni dai professionisti dell'AOU di Parma, 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, sono indicati anche i valori totali di Impact Factor (IF) grezzo, di Impact Factor medio e di Impact Factor normalizzato.

Si evidenzia nel 2009 un incremento del numero di pubblicazioni (399, pari a +25% rispetto al 2008 e +36% rispetto al 2007) e dell'impact factor, grezzo e normalizzato, risultato di particolare rilievo se rapportato al numero di professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria: 191 professori universitari convenzionati, 499 dirigenti medici e sanitari, 109 tra contrattisti e borsisti.

Tabella 2 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2007-2009

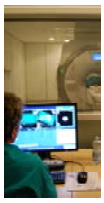
Anno	N° pubblicazioni	Impact Factor grezzo	Impact Factor grezzo medio	Impact Factor normalizzato (IFn)	IFn per professionista
2007	294	731,89	2,49	928,32	1,15
2008	319	684,55	2,15	914,42	1,13
2009	399	885,04	2,22	1068,40	1,37

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. Questo problema è emerso 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.

In tabella 3 sono riportate le dieci aree di ricerca con il maggior numero di pubblicazioni realizzate nel 2009, selezionate utilizzando le "subject categories" della banca dati ISI Web of Knowledge. Si evidenzia che l'Ematologia, seguita dalla Cardiologia, sono le area nelle quali nel 2009 si è registrata la maggior produzione scientifica.

Tabella 3 Principali aree per numero di pubblicazioni su riviste recensite e con IF

Area	N. pubblicazioni	% sul totale
Ematologia	43	11%
Cardiologia e apparato cardiovascolare	38	10%
Enodcrinologia e metabolismo	28	7%
Neurologia clinica	26	7%
Oncologia	26	7%
Radiologia, medicina nucleare e per immagini	22	6%
Urologia e nefrologia	18	5%
Gastroenterologia ed epatologia	17	4%
Farmacologia e farmacia	14	4%
Immunologia	13	3%



In tabella 4 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. Il Dipartimento nel quale si rileva un incremento significativo di pubblicazioni è la Patologia e Medicina di laboratorio.

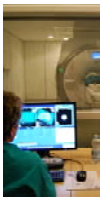
Tabella 4 Produzione scientifica per Dipartimento, triennio 2007- 2009

Dipartimenti	Pubblicazioni censite ISI			Impact Factor									Numero medio pubblicazioni ogni 10 professionisti		
				Grezzo			Medio			Normalizzato					
	2009	2008	2007	2009	2008	2007	2009	2008	2007	2009	2008	2007	2009	2008	2007
Cardio-polmonare	55	42	41	186,84	50,75	129,48	3,40	1,21	3,16	159,64	81,36	133,28	7	6	6
Chirurgico	46	41	45	85,87	57,69	59,15	1,87	1,41	1,31	110,70	83,72	111,68	4	4	4
Emergenza-Urgenza	10	7	3	20,86	10,51	2,72	2,09	1,50	0,91	29,00	16,48	6,40	7	1	0
Geriatrico-Riabilitativo	31	19	10	64,97	39,29	13,04	2,10	2,07	1,30	76,96	46,34	20,48	6	5	3
Materno-Infantile	34	32	33	69,34	43,80	91,63	2,04	1,37	2,78	90,60	75,28	103,36	5	4	5
Medico Polispecialistico 1	84	73	73	159,94	169,99	228,20	1,90	2,33	3,13	190,16	213,60	256,02	9	8	7
Medico Polispecialistico 2	38	36	28	78,90	104,93	79,42	2,08	2,84	2,84	76,32	128,80	92,60	5	6	6
Neuroscienze	23	34	46	39,79	62,99	92,05	1,73	1,85	2,00	55,00	92,62	131,84	6	8	11
Patologia e Medicina di Laboratorio	103	60	49	226,05	179,05	94,10	2,19	2,98	1,92	294,08	193,46	129,20	14	8	7
Radiologia e Diagnostica per Immagine	30	30	27	51,23	39,24	45,98	1,71	1,31	1,70	73,18	45,60	54,60	7	8	7
Testa-Collo	30	29	27	33,48	46,05	36,23	1,12	1,59	1,34	66,64	105,30	85,48	6	7	7
Totale	399	319	294	885,04	684,55	731,89	2,22	2,15	2,49	1068,40	914,42	928,32	5	4	4

Di seguito, si riportano i primi 20 lavori pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2009; 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 collaborators (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 in grassetto gli autori afferenti all'AOU di Parma. Per ogni articolo viene fornito un breve sommario che descrive gli aspetti salienti della ricerca e le potenziali ricadute assistenziali.

1. **Corradi, D; Tchana, B;** Miller, D; Manotti, L; Maestri, R; **Martorana, D**; Callegari, S; Allegri, V; **Carano, N**; **Agnetti, A**; **Squarcia, U** (2009) *Dilated Form of Endocardial Fibroelastosis as a Result of Deficiency in Respiratory-Chain Complexes I and IV* CIRCULATION 120 (6) : E38-E40 **IF=14.595**
IF assegnato =14.595

Titolo: Forma dilatativa di fibroelastosi endocardica come conseguenza di una deficienza dei Complessi I e IV della catena respiratoria
Razionale dello Studio: I geni dei complessi I e IV della fosforilazione ossidativa (rispettivamente NADH coenzima Q reduttasi e citocromo c ossidasi) sono contenuti nel DNA mitocondriale. Mutazioni che coinvolgono questi geni possono implicare un deficit dei relativi prodotti enzimatici e, di conseguenza, dell'attività metabolica della catena respiratoria con sofferenza dei tessuti ad alto consumo di ossigeno. Il danno metabolico provoca nel cardiomiocita una progressiva riduzione del numero di sarcomeri con perdita di forza contrattile. Di conseguenza, la parete ventricolare nel tempo si sfianca e, talora, depone nell'endocardio uno spesso strato di fibre elastiche (fibroelastosi endocardica) nel vano tentativo di opporsi ad un'ulteriore dilatazione ventricolare. Di fatto, si crea un circolo vizioso che frequentemente conduce all'insufficienza cardiaca.
Obiettivi e metodo: Il presente case report si basa sulla descrizione clinico-patologica di un raro caso di cardiomiopatia mitocondriale da deficienza dei complessi I e IV della catena respiratoria in una bambina di due mesi.
Risultati e ricaduta assistenziale: La bambina ha mostrato fin dall'esordio della sintomatologia un progressivo deterioramento della funzionalità cardio-circolatoria con dilatazione della camera ventricolare sinistra e fibroelastosi endocardica. La paziente è deceduta all'età di dieci mesi e l'autopsia ha confermato i dati clinici rilevati in vita.
L'indicazione principale emersa da questo lavoro è che in un bambino con segni non specifici di dilatazione ventricolare sinistra deve essere effettuato un ampio spettro di indagini cliniche, anatomo-patologiche e molecolari per valutare la possibile presenza di una cardiomiopatia mitocondriale o altra malattia metabolica. Queste indagini dovranno essere effettuate su sangue e prelievi bioptici muscolari. Una volta diagnosticata la malattia metabolica, sarà di primaria



importanza organizzare anche uno screening genetico famigliare per indagare se altri membri della famiglia ne sono affetti.

2. Kathiresan, S; Voight, BF; Purcell, S; Musunuru, K; **Ardissino, D**; Merlini, PA; Berzuini, C; et al. (2009) *Genome-wide association of early-onset myocardial infarction with single nucleotide polymorphisms and copy number variants.* NATURE GENETICS 41 (3) : 334-341 **IF=30.259 IF assegnato =12.104**

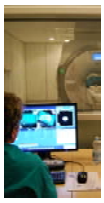
Titolo: Varianti genetiche associate all'infarto miocardico giovanile
Razionale dello studio: L'infarto miocardico è una delle maggiori cause globali di morte e disabilità. Sebbene più frequente negli anziani, 1-5% di persone sotto i 65 anni ne è colpito. Nei pazienti più giovani, il fattore di rischio legato all'ereditarietà assume un'importanza considerevolmente maggiore, pertanto l'infarto miocardico di precoce insorgenza rappresenta un fenotipo promettente per la mappatura genetica.
Obiettivi e Metodo: Questo studio di associazione caso-controllo effettuato mediante la metodica genome-wide è articolato in quattro fasi. Nella prima fase è stata testata l'associazione tra comuni varianti genetiche frequentemente rappresentate nella popolazione e lo sviluppo di infarto giovanile in 2967 casi e 3075 controlli ad essi appaiati, mentre nelle tre fasi successive, i polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) identificati nella prima fase sono stati testati in popolazioni indipendenti, per un totale di 19492 individui, al fine di eliminare i risultati falsi positivi e selezionare le varianti effettivamente associate allo sviluppo di infarto giovanile. L'approccio "genome-wide" implica infatti un numero enorme di dati e di test statistici che costituiscono una fonte potenziale di risultati falsi positivi per cui è fondamentale adottare elevati livelli di significatività statistica e, per validare i dati ottenuti, replicare i risultati in ampie popolazioni indipendenti.
Risultati e ricaduta assistenziale: Lo studio del MIGEN Consortium ha portato ad identificare 9 regioni genetiche che aumentano in maniera significativa il rischio di infarto giovanile; tra queste vi sono sei loci già segnalati (9p21, 1p13, 10q11, 1q41, 19p13 e 1p32) e tre loci mai descritti in precedenza: 21q22, 6p24 e 2q33. Il rischio di sviluppare l'infarto miocardico aumenta all'aumentare del numero delle varianti genetiche del soggetto in esame sino ad un massimo di 2.5 volte. Il meccanismo attraverso cui queste varianti conferiscono suscettibilità all'infarto miocardico non è noto se non per le regioni 19p13 e 1p32, che essendo correlate al colesterolo LDL, uno dei classici fattori di rischio cardiovascolare, sono verosimilmente implicate nell'aterogenesi coronarica. Il MIGEN Consortium è stato inoltre il primo studio a testare l'associazione tra comuni e rare "copy number variations" e il rischio di infarto miocardico senza tuttavia identificare alcun risultato significativo.

3. Erdmann, J; Grosshennig, A; Braund, PS; Konig, IR; Hengstenberg, C; Hall, AS; et al. **(Ardissino, D).** (2009) *New susceptibility locus for coronary artery disease on chromosome 3q22.3* NATURE GENETICS 41 (3) : 280-282 **IF=30.259 IF assegnato =12.104**

Titolo: 3q22.3, nuovo locus genico associate allo sviluppo di coronaropatia
Razionale dello studio: L'infarto miocardico e la cardiopatia ischemica hanno una forte base genetica che tuttavia al momento e' ancora poco definita. Solo recentemente studi di associazione eseguiti con la metodica "genome-wide" hanno fornito risultati promettenti permettendo di identificare comuni varianti genetiche associate allo sviluppo di tale patologia.
Obiettivi e Metodo: Si tratta di uno studio di associazione caso-controllo effettuato mediante la metodica genome-wide ed articolato in tre fasi. Nella prima fase è stata testata l'associazione tra comuni varianti genetiche frequentemente rappresentate nella popolazione e lo sviluppo di infarto miocardico in 1222 casi e 1298 controlli ad essi appaiati. Al fine di eliminare i risultati falsi positivi e selezionare le varianti effettivamente associate allo sviluppo di infarto miocardico, nelle due fasi successive, gli SNP che sono risultati significativamente associati al rischio di infarto miocardico in questa prima fase sono stati poi testati in diverse popolazioni indipendenti per un totale di circa 20.000 casi e controlli. L'approccio "genome-wide" implica infatti un numero enorme di dati e di test statistici che costituiscono una fonte potenziale di risultati falsi positivi per cui è fondamentale adottare elevati livelli di significatività statistica e, per validare i dati ottenuti, replicare i risultati in ampie popolazioni indipendenti.
Risultati e ricaduta assistenziale: Lo studio ha portato ad identificare un nuovo locus genico associato al rischio di coronaropatia, il locus 3q22.3 (p=7.44x10-13; OR=1.15, 95%CI 1.11-1.19), ed ha suggerito l'associazione del locus 12q24.31(p=4.81x10-7; OR=1.08, 95%CI 1.05-1.11) con la stessa patologia. Questi risultati forniscono la base per ulteriori indagini, atte a definire i meccanismi con i quali questi loci determinano un aumento del rischio cardiovascolare e a determinare se queste conoscenze possano essere usate per migliorare la prevenzione, la predittività e il trattamento di questa comune patologia.

4. **Gaibazzi, N; Reverberi, C** (2009) *False-Positive Stress Tests ... or False-Negative Rest Angiograms?* JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 54 (18) **IF=11.438 IF assegnato =11.438**

Titolo: Stress tests falsamente positivi...o angiografia a riposo falsamente negativa?
Razionale dello studio: I tests provocativi presentano risultati falsamente positivi (o falsamente patologici) cui non corrisponde malattia coronarica ostruttiva all'esame coronarografico.
Obiettivi e metodo: Questo case report descrive un caso paradigmatico in cui malgrado le coronarie appaiano pervie e sane, la presenza di una ostruzione funzionale (ponte intramiocardico) al flusso rende il test provocativo chiaramente positivo.
Risultati e ricaduta assistenziale: Un uomo di 45 anni è stato sottoposto ad angiografia coronarica per angina sospetta con un ECG da sforzo positivo. L'angiogramma è risultato negativo per malattia coronarica, e le coronarie sono state definite "normali". Persistendo i sintomi anginosi, è stato eseguito un ecocardiogramma da sforzo con



contrasto con analisi della perfusione miocardica. Questo test ha mostrato un difetto riperfusivo subendocardico inducibile, altrimenti non rilevabile a riposo. La CT a 64 strati ha confermato l'ostruzione funzionale rilevata dall'ecocardiografia.
Molti tra i cosiddetti falsi positivi dei tests provocativi sono considerati tali solo perché la metodica con cui vengono comparati (cosiddetto Gold Standard), cioè quella angiografica, ha il grande limite di essere una semplice fotografia del lume della coronaria, senza mostrare la parte dinamica e funzionale della fisiopatologia coronarica, in particolare sotto stress/esercizio; ecco perché a volte esami "falsi positivi", sono in realtà falsi negativi del gold standard.

5. Giugliano, RP; White, JA; Bode, C; Armstrong, PW; Montalescot, G; Lewis, BS; et al (**Ardissino, D**) (2009) *Early versus delayed, provisional eptifibatide in acute coronary syndromes.* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 360 (21) : 2176-2190 **IF=50.017 IF assegnato =10.003**

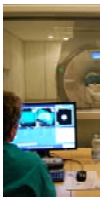
Titolo: Somministrazione precoce upstream versus somministrazione tardiva di eptifibatide nelle sindromi coronariche acute
Razionale dello studio: Gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa sono indicati nei pazienti con sindrome coronarica acuta sottoposti a procedura angiografica invasiva, tuttavia il timing ottimale per l'inizio di tale terapia non è conosciuto.
Obiettivi e metodo: 9.492 pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST sottoposti a procedura angiografica invasiva sono stati randomizzati alla somministrazione di eptifibatide precoce, oltre 12 ore prima della coronarografia, o tardiva, dopo la coronarografia. endpoint primario composito di efficacia era morte, infarto miocardico, recidiva di ischemia richiedente rivascolarizzazione urgente, o insorgenza di complicanze trombotiche durante rivascolarizzazione percutanea a 96 ore. Endpoint di sicurezza erano sanguinamenti e necessità di trasfusioni ematiche entro 120 ore dalla randomizzazione.
Risultati e ricaduta assistenziale: L'endpoint primario si è verificato nel 9.3% dei pazienti trattati precocemente e nel 10% dei pazienti trattati in ritardo (odds ratio 0.92; IC 95% 0.80-1.06; P = 0.23). A 30 giorni la frequenza di morte o infarto miocardico è stata dell'11.2% nel gruppo trattato precocemente e 12.3% nel gruppo trattato in ritardo (odds ratio, 0.89; IC 95% 0.79- 1.01; P = 0.08).I pazienti del gruppo trattato precocemente avevano una più elevata frequenza di sanguinamenti e ed una più frequente necessità di trasfusioni ematiche. Non si sono verificate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda la frequenza di sanguinamenti severi o eventi avversi seri non emorragici.
Nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto ST l'utilizzo di eptifibatide più di 12 ore prima della coronarografia non è pertanto risultato essere superiore all'utilizzo dello stesso dopo l'angiografia, ed è risultato associato ad un incrementato rischio di sanguinamento. Tali risultati consentono di identificare il timing corretto per la somministrazione degli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa nei pazienti con sindrome coronarica acuta, permettendo di massimizzare l'efficacia anti-ischemica e di ridurre i rischi di sanguinamento.

6. Wallentin, L; Becker, RC; Budaj, A; Cannon, CP; Emanuelsson, H; Held, C; Horrow, J; et al. (**Ardissino, D**) (2009) *Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes.* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 361 (11) : 1045-1057 **IF=50.017 IF assegnato =10.003**

Titolo: Ticagrelor vs clopidogrel in pazienti con sindrome coronarica acuta
Razionale dello studio: Il ticagrelor è un nuovo farmaco antiaggregante che, somministrato per via orale, inibisce direttamente e reversibilmente il recettore piastrinico P2Y12, impedendone l'attivazione da parte dell'ADP. Questa nuova molecola ha un'insorgenza d'azione più rapida e consente un' inibizione piastrinica più pronunciata rispetto al clopidogrel, ma non è noto se sia superiore al clopidogrel nella prevenzione di eventi vascolari e morte in pazienti con sindrome coronarica acuta.
Obiettivi e metodo: In questo trial randomizzato, multicentrico, in doppio cieco, sono state confrontate efficacia e sicurezza di ticagrelor (dose carico di 180 mg, seguita da 90 mg due volte al giorno) verso clopidogrel (dose carico di 300 o 600mg, seguita da 75 mg una volta al giorno) nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in 18.624 pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta, con o senza sopraslivellamento del tratto ST.
Risultati e ricaduta assistenziale: A 12 mesi, il ticagrelor, confrontato con il clopidogrel, ha mostrato una riduzione relativa del 16% nell'endpoint primario composito costituito da morte per cause vascolari, infarto miocardico, o stroke (9.8% vs 11.7%) (hazard ratio, 0.84; 95% CI 0.77 to 0.92; P<0.001). Sono state inoltre documentate differenze significative nella frequenza del solo infarto miocardico (5.8% vs. 6.9%, P = 0.005) e di morte per cause vascolari, (4.0% vs. 5.1%, P = 0.001) ma non nella frequenza dello stroke (1.5% vs. 1.3%, P = 0.22). Nel gruppo ticagrelor la mortalità per qualsiasi causa è risultata ridotta rispetto al gruppo clopidogrel (4.5%, vs. 5.9%; P<0.001).
Non sono state rilevate differenze significative nella frequenza di sanguinamenti maggiori, ma il gruppo trattato con ticagrelor ha presentato una più elevata frequenza di sanguinamenti maggiori non correlati alla procedura di rivascolarizzazione miocardica chirurgica (4.5% vs. 3.8%, P = 0.03). Questi risultati potranno essere un punto di partenza per una nuova definizione dello standard terapeutico da utilizzare nella pratica clinica nel paziente con sindrome coronarica acuta.

7. Fisicaro, P; Valdatta, C; **Boni, C**; Massari, M; Mori, C; Zerbini, A; **Orlandini, A; Sacchelli, L; Missale, G; Ferrari, C** (2009) *Early kinetics of innate and adaptive immune responses during hepatitis B virus infection Early kinetics of innate and adaptive immune responses during hepatitis B virus infection* GUT 58 (7) : 974-982 **IF=9.766 IF assegnato =9.766**

Titolo: Cinetica delle risposte innata e adattativa nelle fasi precoci dell' infezione da virus dell'epatite B
Razionale dello studio: Lo studio delle fasi precoci dell'infezione da HBV è essenziale per acquisire conoscenze sui correlati immunologici di protezione anti-virale da utilizzare nel disegno di immunoterapie innovative. Tali studi sono stati sempre ostacolati dal fatto che l'infezione B acuta nell'uomo viene solitamente diagnosticata nel momento in cui



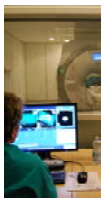
la viremia è già elevata e il danno epatico già in atto, rendendo quindi particolarmente difficile studiare le primissime fasi dell'interazione tra il virus ed il sistema immunitario. Per tale motivo, la maggior parte dei dati sul comportamento dell'immunità innata nelle fasi precoci dell'infezione derivano da esperimenti in modelli animali.
Obiettivi e metodo: L'identificazione di due donatori di sangue, risultati accidentalmente positivi per HBsAg prima del rialzo della viremia, ha fornito l'opportunità unica di studiare longitudinalmente la cinetica delle risposte innata e adattativa.
Risultati e ricaduta assistenziale: Sono stati isolati i linfociti del sangue periferico dei due donatori in diversi punti tempo, dal momento in cui sono risultati positivi per HBsAg, con un titolo sierico di HBV-DNA ancora basso, fino a negativizzazione della viremia, con sviluppo di anticorpi anti-HBs. Sono stati studiati fenotipo e funzionalità dei linfociti natural killer (NK) e natural T (NT) e anche dei linfociti T CD8 e CD4 HBV-specifici.
I dati ottenuti indicano che le cellule NK e NT vengono prontamente attivate prima della massima elevazione dell'HBV-DNA, mentre i linfociti T HBV-specifici raggiungono il loro picco quando la carica virale sta già declinando, con produzione di IL2 che precede quella di IFN- , confermando l'importanza di IL2 nel controllo di HBV. Quindi, a differenza di quanto precedentemente osservato in modelli animali, il nostro studio ha evidenziato una tempestiva ed efficiente attivazione dell'immunità innata in seguito all'infezione da HBV, permettendo di acquisire nuove informazioni sui fenomeni che si associano al controllo dell'infezione. I risultati dello studio potrebbero quindi essere utili al fine di disegnare nuove immunoterapie per il trattamento dell'infezione da HBV.

8. Gaibazzi, N; Squeri, A; Reverberi, C (2009) *Radiation and contrast-free characterization of an unexpected mass during pregnancy* EUROPEAN HEART JOURNAL 30 (12) : 1439-1439 **IF=8.917 IF assegnato =8.917**

Titolo*:* Caratterizzazione di una massa intracardiaca inaspettatamente rilevata durante la gravidanza senza utilizzo di radiazioni ionizzanti o contrasto
Razionale dello studio: Le metodiche invasive di imaging cardiaco, come la TAC, pur essendo di estrema utilità per la formulazione della diagnosi, possono presentare controindicazioni per potenziali pericoli da radiazioni ionizzanti.
Obiettivi e metodo: Questo case report descrive un caso in cui l'integrazione di due tecnologie non radiogene come l'ecocardiografia 3D e la risonanza magnetica senza mdc hanno consentito la definizione della diagnosi con un approccio non invasivo.
Risultati e ricaduta assistenziale: La paziente in oggetto è una donna ventisettenne gravida asintomatica, sottoposta a ecocardiografia per lieve soffio sistolico rilevato durante visita di routine, con ECG normale. L'ecocardiografia transtoracica ha rilevato una sottile cisti tondeggiante (13 mm di diametro), reperto confermato da ecocardiografia tridimensionale in tempo reale. Per una migliore caratterizzazione del tessuto è stata eseguita una risonanza magnetica cardiaca senza contrasto, controindicato dalla gravidanza, che ha dimostrato la natura ematica della cisti. Sebbene le cisti cardiache ematiche in gravidanza siano un evento raro, è possibile diagnosticarle con approccio non invasivo, tramite ecocardiografia e RMN cardiaca, senza necessità di mezzo di contrasto.

9. **Menozzi, A**; **Solinas, E;** Ortolani, P; Repetto, A; Saia, F; Piovaccari, G; Manari, A; Magagnini, E; **Vignali, L**; Bonizzoni, E; Merlini, PA; Cavallini, C; **Ardissino, D** (2009) Twenty-four months clinical outcomes of sirolimus-eluting stents for the treatment of small coronary arteries: the long-term SES-SMART clinical study EUROPEAN HEART JOURNAL 30 (17) : 2095-2101 **IF=8.917 IF assegnato =8.917**

Titolo: Beneficio clinico a distanza dell'impiego degli stent medicati al sirolimus per la rivascolarizzazione dei vasi coronarici di piccolo calibro. Risultati a 24 mesi dello studio SES-SMART
Razionale dello studio: La rivascolarizzazione coronarica mediante angioplastica ed impianto di stent metallico tradizionale è parzialmente limitata nella sua efficacia dalla restenosi intrastent. Tale fenomeno consiste in un nuovo restringimento del lume vasale e si verifica generalmente dopo circa 6 mesi dalla procedura di impianto, determinando di frequente ripresa di sintomatologia anginosa. Il rischio di restenosi intrastent dopo impianto di stent metallico è superiore nei vasi di piccolo calibro. Gli stent medicati al sirolimus hanno dimostrato di ridurre l'incidenza di restenosi angiografica e della necessità di ulteriori procedure di rivascolarizzazione della lesione coronarica rispetto agli stent metallici tradizionali, ma non sono noti i risultati clinici a lungo termine di questo trattamento nella popolazione ad alto rischio di restenosi rappresentata dai pazienti trattati con angioplastica ed impianto di stent in vasi di piccolo calibro.
Obiettivi e metodo: Obiettivo principale dello studio è confrontare il risultato clinico a lungo termine (24 mesi) dell'impiego di stent medicati al sirolimus vs stent metallici nel trattamento di pazienti con stenosi coronariche situate in arterie di piccolo calibro. Si tratta di uno studio multicentrico, randomizzato e a singolo cieco. L'end-point primario dello studio è rappresentato dagli eventi maggiori cardiaci e cerebrovascolari a 24 mesi, che includono morte, infarto miocardico non fatale, nuova rivascolarizzazione della lesione trattata ed ictus.
Risultati e ricaduta assistenziale: 257 pazienti sono stati randomizzati a uno dei due trattamenti, e seguiti per 24 mesi. Il follow-up è stato completato da 254 pazienti (98.8%). L'impiego degli stent medicati al sirolimus rispetto a quelli medicati è risultato essere associato in modo significativo ad una riduzione dell'end-point clinico primario (12.6% vs 33.1%; HR 0.30, 95% CI: 0.17-0.55; P<0.0001). Tale riduzione dell'end-point composito è dovuta non solo ad una drastica riduzione della necessità di nuova rivascolarizzazione della lesione trattata (7.9% vs 29.9%), ma anche ad una riduzione dell'incidenza di infarto miocardico (1.6% vs 10.2%).
L'impiego degli stent medicati al sirolimus, rispetto all'uso dei tradizionali stent metallici, si è dimostrato sicuro ed efficace nel migliorare i risultati clinici nel trattamento di pazienti con stenosi coronariche a carico di vasi di piccolo calibro.



10. Zanini, A; **Chetta, AA;** Saetta, M; Baraldo, S; Castagnetti, C; Nicolini, G; Neri, M; **Olivieri, D** (2009) *Bronchial vascular remodelling in patients with COPD and its relationship with inhaled steroid treatment* THORAX 64 (12) : 1019-1024 **IF=7.069 IF assegnato =7.069**

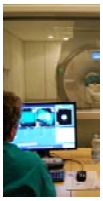
Titolo: Rimodellamento Vascolare Bronchiale in Pazienti BPCO e Sua Relazione con il Trattamento Steroideo Inalatorio
Razionale dello studio: Solo pochi studi hanno valutato le alterazioni del microcircolo della mucosa bronchiale e I mediatori proangiogenetici correlati in pazienti con BPCO, fornendo risultati contrastanti. Inoltre l'eventuale ruolo degli steroidi inalatori in questo ambito non è stato ancora del tutto definito.
Obiettivi e metodo: L'obiettivo principale è valutare in pazienti con BPCO i vasi della parete bronchiale in relazione alle cellule infiammatorie ed al trattamento steroideo. Lo studio, di tipo osservazionale trasversale, è stato eseguito in 10 pazienti BPCO non trattati con steroidi, 10 pazienti BPCO trattati con steroidi inalatori e 8 soggetti di controllo. In tutti i gruppi sono state eseguite delle biopsie di mucosa bronchiale, nelle quali sono stati valutati i vasi della mucosa, l'espressione di alcuni fattori proangiogenetici ed eseguita la conta delle cellule infiammatorie.
Risultati e ricaduta assistenziale: Le dimensioni dei vasi, l'espressione dei fattori proangiogenetici e le cellule infiammatorie risultarono significativamente aumentate nel gruppo BPCO rispetto agli altri gruppi.
Questo studio ha dimostrato come nei pazienti non trattati ci siano significative alterazioni dei vasi della mucosa bronchiale. Queste alterazioni erano dovute a dilatazione dei vasi, più che ad un aumento del loro numero. Inoltre i pazienti trattati presentavano meno alterazioni vascolari rispetto ai pazienti non trattati. Un trattamento steroideo cronico potrebbe pertanto attenuare le alterazioni vascolari della parte bronchiale nella BPCO. Studi longitudinali sono necessari per confermare queste prime evidenze sperimentali, basate su uno studio trasversale.

11. Prandoni, P; Prins, MH; Lensing, AWA; Ghirarduzzi, A**;** Ageno, W; Imberti, D; Scannapieco, G; Ambrosio, GB; Pesavento, R; Cuppini, S; **Quintavalla, R**; Agnelli, G (2009) *Residual Thrombosis on Ultrasonography to Guide the Duration of Anticoagulation in Patients With Deep Venous Thrombosis* ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 150 (9) : 577-U1 **IF=17.457 IF assegnato =6.983**

Titolo: Trombosi residua all'ecografia per determinare la durata ottimale della terapia anticoagulante in pazienti con trombosi venosa profonda
Razionale dello studio: La durata ottimale della terapia anticoagulante orale dopo un episodio di trombosi venosa profonda (TVP) degli arti inferiori non è certa. Sebbene pazienti con TVP presentino un alto rischio di recidive, la continuazione indefinita della terapia anticoagulante non è raccomandata, a causa dell'elevato rischio di sanguinamento. Studi recenti indicano che la presenza di trombi all'ecografia dopo discontinuazione di Warfarin è associata a un incremento sostanziale del rischio di recidive di tromboembolia. Si ipotizza quindi che la valutazione della trombosi residua possa avere un ruolo nella determinazione della durata ottimale della terapia anticoagulante.
Obiettivi e metodo: questo studio randomizzato a gruppi paralleli ha l'obiettivo di valutare se l'aggiustamento della durata della terapia anticoagulante in base alla persistenza di trombi residui all'ecografia sia in grado di ridurre il tasso di recidive di tromboembolia venosa (TV), rispetto al trattamento convenzionale di durata fissa, in soggetti adulti con TVP prossimale. 538 pazienti ambulatoriali consecutivi con un primo episodio di TVP prossimale, trattati per 3 mesi con anticoagulante senza eventi, sono stati randomizzati a strategia terapeutica che prevedeva terapia anticoagulante di durata fissa, o di durata "flessibile", guidata dal referto ecografico. E' stato misurato il tasso di recidive confermate di TEV durante follow-up di 33 mesi.
Risultati e ricaduta assistenziale: Si sono osservate recidive di TEV nel 17.2% dei pazienti del gruppo "durata fissa" e nell'11.9% nel gruppo "durata flessibile". Sanguinamenti importanti si sono verificati nello 0.7% di soggetti del gruppo "durata fissa" e nell'1.5% nel gruppo "durata flessibile". Si è pertanto dimostrato che l'aggiustamento della terapia anticoagulante in base all'ecografia è in grado di ridurre le recidive di tromboembolia venosa in adulti con TVP prossimale, senza aumentare il rischio emorragico.

12. Lunghi, P; Costanzo, A; Mazzera, L; **Rizzoli, V;** Levrero, M; **Bonati, A** (2009) *The p53 Family Protein p73 Provides New Insights into Cancer Chemosensitivity and Targeting* CLINICAL CANCER RESEARCH 15 (21) : 6495-6502 **IF=6.488 IF assegnato =6.488**

Titolo: Nuove evidenze del ruolo della proteina p73, della famiglia p53, nella chemiosensibilità e terapia specifica delle malattie neoplastiche
Razionale dello studio: La ricerca rivolta allo sviluppo di strategie antitumorali innovative, attraverso la conoscenza di nuovi markers, guarda con interesse crescente alle proteine della famiglia p53 (P53, P63 e P73), e tenta di comprendere le loro funzioni e complesse interazioni. La proteina p53 gioca un ruolo fondamentale come checkpoint anti-tumorale; è una sostanziale guardia del corpo che permette di eliminare cellule che con frequenza e pericolosità presentano lesioni pre-tumorali. Purtroppo in oltre il 50% dei tumori, fra cui quelli solidi, è mutata e quindi inattiva, oppure inibita da altre molecole come sovente accade in malattie ematologiche maligne (in circa il 40% dei casi di leucemia acuta mieloide). L'interesse della p73 è legato alla capacità di questa proteina di facilitare la chemiosensibilità anti-tumorale anche in assenza di p53.
Obiettivi e Metodo: L'obiettivo dello studio è potenziare la funzione della p73 funzionale e bloccare vie anti-apoptotiche multiple in leucemia acuta e mieloma multiplo con la associazione farmacologica di Arsenico Triossido (ATO) e inibitori specifici di un enzima attivante la mitosi cellulare chiamato ERK (chinasi regolata da segnali esterni, ma in modo abnorme costitutiva nei tumori maligni). Gli esperimenti sono stati condotti sia in vitro che in vivo inducendo leucemia o mieloma multiplo in topi immunocompromessi e trattandoli poi con la combinazione.
Risultati e Ricaduta Assistenziale: I risultati htnno dimostrato che la combinazione farmacologica in studio è in grado di inibire le cellule leucemiche e di mieloma multiplo con effetto sinergico in vitro. In vivo la combinazione ha mostrato la capacità di fare regredire le masse tumorali di mieloma multiplo e l'interessamento leucemico senza effetti tossici severi, nè sui normali progenitori ematopoietici nè sugli altri tessuti normali. Questi risultati pre-clinici



suggeriscono l'opportunità di testare questa combinazione in trials clinici, iniziando dalla leucemia acuta mieloide, dalle sindromi mielodisplastiche multilineari, le leucemie refrattarie al trattamento, e il mieloma multiplo refrattario.

13. **Vaglio, A**; Casazza, I; Grasselli, C; **Corradi, D**; Sinico, RA; **Buzio, C** (2009) *Churg-Strauss syndrome* KIDNEY INTERNATIONAL 76 (9) : 1006-1011 **IF=6.418 IF assegnato =6.418**

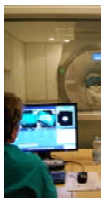
Titolo: La Sindrome di Churg Strauss
Razionale dello studio: La Sindrome di Churg Strauss (SCS) è una malattia rara, inclusa nel gruppo delle vasculiti, malattie infiammatorie dei vasi sanguigni, e spesso si accompagna a manifestazioni allergiche quali asma, sinusite e poliposi nasale. La malattia può avere un decorso benigno, con interessamento prevalente dell'apparato respiratorio, ma può anche essere sistemica con coinvolgimento di diversi organi, tra cui il cuore, il cervello ed il rene.
Obiettivi e metodo: Lo studio, partendo dalla descirzione di un caso paradigmatico di SCS fornisce una revisione della letteratura con particolare attenzione ai meccanismi patogenetici della patologia.
Risultati e ricaduta assistenziale: E' possibile distinguere diversi sottogruppi di SCS, tra i quali uno caratterizzato prevalentemente da fenomeni allergici, con frequente coinvolgimento dei polmoni, del cuore e del tratto gastro-intestinale, e uno caratterizzato da fenomeni "vasculitici", con più marcato interessamento renale, cutaneo e del sistema nervoso periferico. La positività di particolari auto-anticorpi, gli ANCA (anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili) sembra associarsi al sottogruppo con caratteristiche vasculitiche.
Diversi fattori contribuiscono alla patogenesi della SCS; è stata documentata una predisposizione genetica allo sviluppo di questa patologia: i geni interessati appartengono all'HLA, un sistema che interviene nelle fasi iniziali della risposta immunitaria. La malattia può poi essere scatenata da fattori esogeni, quali l'esposizione ad antigeni vari, allergeni, farmaci, e la severità delle manifestazioni cliniche dipende essenzialmente da quali organi sono interessati.
Questa differenziazione ha importanti implicazioni terapeutiche, poiché le forme con isolato interessamento dell'apparato respiratorio rispondono bene alla sola terapia con cortisonici, mentre le forme con coinvolgimento renale, cardiaco o neurologico necessitano spesso di terapie immunosoppressive con cortisonici, ciclofosfamide o methotrexate.
Gli studi futuri sulla SCS dovranno chiarire i meccanismi immunologici sottostanti e definire i diversi sottogruppi di malattia in modo da rendere possibile l'uso di terapie sempre più specifiche e mirate.

14. **Maggio, MG; Ceda, GP; Lauretani, F**; Bandinelli, S; Metter, EJ; Artoni, A; Gatti, E; Ruggiero, C; Guralnik, JM; Valenti, G; Ling, SM; Basaria, S; Ferrucci, L (2009) *Estradiol and Inflammatory Markers in Older Men* JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM 94 (2) : 518-522 **IF=6.325 IF assegnato =6.325**

Titolo: Estradiolo e markers infiammatori nei soggetti anziani di sesso maschile
Razionale dello studio: Il processo d'invecchiamento si accompagna ad un lieve stato infiammatorio spesso non manifesto o subclinico. L'incremento con l'età dell'infiammazione misurata attraverso specifici markers chiamati citochine, tra cui l'interleuchina-6, si associa ad una maggiore prevalenza di fragilità e disabilità nella popolazione anziana. Fra i potenziali determinanti dell'incremento dei marcatori infiammatori figurano le modificazioni degli ormoni sessuali. Recentemente la ricerca ha focalizzato l'attenzione sul ruolo negli uomini dei livelli dell'estradiolo, ormone tipicamente femminile. In particolare, più elevati livelli ematici di questo ormone sono stati associati ad un maggiore rischio di ictus, arteriopatia degli arti inferiori, sindrome metabolica e diabete. L'ipotesi che questa relazione potesse essere mediata dall'incremento dei marker infiammatori non era stata ancora testata.
Obiettivi e Metodo: L studio intende verificare l'ipotesi secondo cui l'estradiolo nei soggetti anziani di sesso maschile si associa positivamente ai marcatori infiammatori. Sono stati analizzati dati relativi a un campione di 399 uomini, di età compresa tra i 65 e i 95 anni, arruolati in uno studio osservazionale toscano (Invecchiare nell'area del Chianti, InCHIANTI); criteri di esclusione erano il trattamento con antibiotici e cortisonici e la recente ospedalizzazione, in modo da selezionare una popolazione priva di eventi patologici acuti e di fattori potenzialmente interferenti con la relazione in studio.
Risultati e ricaduta assistenziale: L'estradiolo è risultato positivamente associato all'interleuchina 6, in modo indipendente dall'età e da patologie croniche. Questi dati, se confermati in altri studi di popolazione, preferibilmente di tipo longitudinale, potrebbero identificare nell'estradiolo un nuovo target terapeutico nel soggetto anziano di sesso maschile. Ulteriori studi sono necessari per avvalorare l'ipotesi secondo cui la riduzione dei livelli di estradiolo, attraverso trattamenti farmacologici e non, possa contribuire a prevenire il rischio cardiovascolare, la fragilità e la disabilità degli anziani.

15. **Franchini, M**; Favaloro, EJ; **Lippi, G** (2009) *Mild hemophilia A* JOURNAL OF THROMBOSIS AND HAEMOSTASIS **IF=6.291 IF assegnato =6.291**

Titolo: Emofilia A lieve
Razionale dello studio: L'emofilia A (HA) lieve è definita come un deficit del fattore VIII (FVIII) della coagulazione compreso tra il 5 ed il 40%. Tale patologia si differenzia dall'emofilia A grave (FVIII <1%) sia da un punto di vista clinico che patogenetico. Con l'invecchiamento, pazienti con HA lieve possono sviluppare complicanze (es. tumori e malattie cardiovascolari), la cui gestione può rivelarsi difficile a causa della tendenza emorragica concomitante. Inoltre, lo sviluppo degli inibitori rappresenta una ulteriore complicanza maggiore in questi pazienti, in quanto aggrava la severità del fenotipo emorragico e complica la loro gestione.
Obiettivi e metodo: E' stata effettuata una revisione della letteratura esistente allo scopo di presentare i più recenti progressi nel campo della gestione di questa patologia.



Risultati e ricaduta assistenziale: La gestione standard della HA lieve comprende l'uso della desmopressina e agenti antifibrinolitici per episodi minori di sanguinamento o piccoli interventi chirurgici, mentre in caso di emorragie gravi o interventi chirurgici importanti si rende necessaria la terapia sostitutiva con concentrati di FVIII. Relativamente alla terapia di pazienti con inibitori, gli agenti bypassanti (cioè concentrati del complesso protrombinico attivato e FVII attivato ricombinante) si sono dimostrati efficaci nel trattamento di episodi emorragici, tuttavia, non disponendo di dati sufficienti per determinare l'approccio ottimale alla induzione di tolleranza immunitaria in questa popolazione, la gestione più appropriata rimane controversa. Il Rituximab è una nuova, promettente opzione terapeutica per l'eradicazione degli inibitori in questi pazienti. Molti aspetti concernenti la HA lieve rimangono da chiarire, compresi la base molecolare, la storia naturale e le migliori strategie diagnostiche e terapeutiche. Solo studi prospettici su grandi casistiche di pazienti potranno far luce su questa patologia.

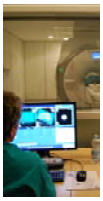
16. **De Filippo, M**; Araoz, PA; **Pogliacomi, F**; Castagna, A; Petriccioli, D; **Sverzellati, N;** Zompatori, M (2009) *Recurrent Superior Labral Anterior-to-Posterior Tears after Surgery: Detection and Grading with CT Arthrography* RADIOLOGY 252 (3) : 781-788 **IF=5.996 IF assegnato =5.996**

Titolo: Recidive di rottura del labbro glenoideo postero-superiore (SLAP lesion): detection e grading mediante artrografia con TC multidetettore
Razionale dello studio: Le lesioni del labbro glenoideo postero-superiore, causa di dolore ed impotenza funzionale, dovute a traumi o a un iperuso della spalla, non possono essere diagnosticate né con i radiogrammi né con l'ecografia. La risonanza magnetica è frequentemente utilizzata nella diagnosi di lesioni articolari, tuttavia, nelle articolazioni operate dove siano presenti viti, ancorette o clips metalliche, possono verificarsi artefatti che spesso inficiano la qualità delle immagini. La TC spirale multidetettore (artro-TC) garantisce un'eccellente risoluzione spaziale; il suo principale limite rispetto alla RM è la bassa risoluzione di contrasto, che può essere superato con l'introduzione intra-articolare di una piccola quantità del mezzo contrasto organo-iodato.
Obiettivi e metodo: Lo studio ha l'obiettivo di valutare sensibilità e specificità dell'artro-TC nella diagnosi di recidive di rotture del labbro glenoideo fibrocartilagineo postero-superiore (SLAP lesion) in pazienti precedentemente operati e con sospetto clinico di lesione SLAP ricorrente. Sono state esaminate retrospettivamente con artro-TC 45 spalle di 45 pazienti (35 maschi, età media 29 anni, sottoposti ad artroscopia entro 30 giorni dall'indagine artro-TC. Le immagini sono state valutate in cieco da due radiologi esperti di radiologia muscolo-scheletrica; i casi di disaccordo sono stati risolti da un terzo osservatore esperto. Si è valutata la sensibilità e la specificità dell'artro-TC utilizzando l'artroscopia come "reference standard", facendo riferimento alla classificazione di Snyder. La concordanza interosservatore dell'artro-TC con la corretta classificazione di Snyder è stata determinata utilizzando il "K statistic".
Risultati e ricaduta assistenziale: Sono state diagnosticate correttamente con artro-TC 35 delle 37 recidive di lesioni SLAP (sensibilità 95%); l'assenza di tali lesioni è stata correttamente osservata in 7 degli 8 pazienti (88% specificità). L'artro-TC e l'artroscopia, relativamente al grading delle lesioni SLAP, sono risultate in accordo in 30 (81%) dei 37 pazienti con recidive di lesioni SLAP. La concordanza interosservatore per lo studio artro-TC era elevata (kappa = 0.76). L'artro-TC è un'indagine sicura e molto accurata nella diagnosi delle recidive di rotture delle SLAP lesion.

17. Desplanques, G; **Giuliani, N; Delsignore, R; Rizzoli, V**; Bataille, R; Barille-Nion, S (2009) *Impact of XIAP protein levels on the survival of myeloma cells* HAEMATOLOGICA-THE HEMATOLOGY JOURNAL 94 (1) : 87-93 **IF=5.978 IF assegnato =5.978**

Titolo: Impatto della proteina XIAP sulla sopravvivenza delle cellule di mieloma multiplo
Razionale dello studio: Il mieloma multiplo è una neoplasia ematologica caratterizzata dall'estrema resistenza all'apoptosi e conseguentemente alla terapia farmacologica chemioterapica. Recenti dati sperimentali indicano che la proteina XIAP è un potente e diretto inibitore delle caspasi, enzimi deputati all'attuazione del fisiologico processo di apoptosi cellulare, svolgendo un ruolo critico nella regolazione di tale processo nelle cellule tumorali.
Sulla base di queste evidenze il razionale di questo studio è stato quello di valutare i livelli di espressione e la funzione della proteina XIAP nelle cellule di mieloma multiplo.
Obiettivi e metodo: L'espressione della proteina XIAP è stata valutata sia in linee di mieloma multiplo umano sia in cellule di mieloma purificate da pazienti con mieloma multiplo mediante metodica di western blot. Successivamente è stato testato l'effetto della soppressione di XIAP nelle cellule di mieloma multiplo, ottenuta mediante l'uso di sequenze di RNA di interferenza inibitorie anti XIAP, sulla risposta alla terapia farmacologica e sulla crescita tumorale in vivo. A tale proposito è stato utilizzato un modello murino di mieloma multiplo di tipo "xenograf" immunodeficiente per permettere l'attecchimento e la crescita delle cellule di mieloma.
Risultati e ricaduta assistenziale: Questo studio ha dimostrato che le cellule di mieloma multiplo esprimono elevati livelli di XIAP che vengono regolati dai principali fattori di crescita delle cellule di mieloma e da condizione di "stress" cellulare. Osservazione particolarmente interessante è stata quella di dimostrare come l'inibizione di XIAP aumenti notevolmente la sensibilità farmacologica delle cellule di mieloma multiplo e l'inibizione della crescita cellulare in vivo. Tale studio dimostra per la prima volta come la modulazione della proteina XIAP abbia un effetto nel controllo della crescita tumorale e nella sensibilità ai farmaci da parte delle cellule di mieloma. XIAP rappresenta quindi un utile "target" terapeutico per lo sviluppo di molecole da testare in futuri trials clinici nei pazienti con mieloma multiplo.

18. Mega, JL; Braunwald, E; Mohanavelu, S; Burton, P; Poulter, R; Misselwitz, F; et al (**Ardissino, D**) (2009) *Rivaroxaban versus placebo in patients with acute coronary syndromes (ATLAS ACS-TIMI 46): a randomised, double-blind, phase II trial.* LANCET 374 (9683): 29-38 **IF=28.409 IF assegnato =5.682**



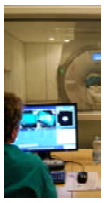
Titolo: Rivaroxaban vs placebo in pazienti con sindrome coronarica acuta (ATLAS ACS-TIMI 46):studio randomizzato, in doppio cieco, di fase II
Razionale dello studio: Il rivaroxaban è un inibitore diretto del fattore X attivato somministrabile per via orale, risultato efficace nella prevenzione del tromboembolismo venoso nei pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica elettiva. Il suo utilizzo per il trattamento in cronico dei pazienti con sindrome coronarica acuta non è stato studiato.
Obiettivi e metodo: Questo studio di fase II, tipo dose-escalation, in doppio cieco, intendeva valutare sicurezza ed efficacia del rivaroxaban in pazienti con sindrome coronarica acuta e selezionare il più favorevole regime di dosaggio. 3491 pazienti stabilizzati dopo una sindrome coronarica acuta sono stati stratificati all'utilizzo della sola aspirina o aspirina più tienopiridina, e randomizzati entro ogni strato mediante randomizzazione a blocchi per ricevere placebo o rivaroxaban al dosaggio di 5-20 mg una o due volte al giorno.
L'endpoint primario di sicurezza erano i sanguinamenti clinicamente significativi; l'endpoint primario composito di efficacia era costituito da morte, infarto miocardico, stroke, o recidiva di ischemia miocardica richiedente rivascolarizzazione a 6 mesi. Le analisi di sicurezza sono intention-to-treat.
Risultati e ricaduta assistenziale: Il rischio di sanguinamenti clinicamente significativi con il rivaroxaban è risultato incrementare in maniera dose dipendente (HRs 2•21; CI 95% 1•25–3•91 per il dosaggio di 5 mg, HRs 3•35; 2CI 95%•31–4•87 per il dosaggio di 10 mg, HRs 3•60; CI 95% 2•32–5•58 per il dosaggio di 15 mg, e HRs 5•06; CI 95% 3•45–7•42 per il dosaggio di 20 mg; p<0•0001).
Tuttavia, La frequenza dell'endpoint primario di efficacia è stato 5•6% nel gruppo rivaroxaban e 7•0% nel gruppo placebo (HR 0•79, CI 95% 0•60–1•05; p=0•10). Il rivaroxaban rispetto al placebo ha inoltre mostrato una riduzione dei principali endpoint secondari di efficacia, in particolare il rischio di morte, infarto miocardico, o stroke. Sulla base di queste osservazioni è in corso uno studio di fase III, con il più basso dosaggio di rivaroxaban, da utilizzare come terapia aggiuntiva in cronico in pazienti con sindrome coronarica acuta.

19. **Sverzellati, N**; Calabro, E; Randi, G; La Vecchia, C; Marchiano, A; Kuhnigk, JM; Zompatori, M; Spagnolo, P; Pastorino, U (2009) *Sex differences in emphysema phenotype in smokers without airflow obstruction* EUROPEAN RESPIRATORY JOURNAL 33 (6) : 1320-1328 **IF=5.545 IF assegnato =5.545**

Titolo: Differenze di genere nel fenotipo dell'enfisema in fumatori senza significativa ostruzione delle vie aeree
Razionale dello studio: Ricerche anatomo-patologiche hanno evidenziato differenze morfologiche dell'enfisema polmonare tra il genere maschile e quello femminile in pazienti con BPCO; non è ancora stato indagato se tali differenze esistano anche in soggetti fumatori senza significativa ostruzione delle vie aeree.
Obiettivi e metodo: E' stata eseguita l'analisi delle TC di 957 forti fumatori di età compresa tra i 49 e i 70 anni, reclutati attraverso un progetto di screening del tumore polmonare presso l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, al fine di ottenere una precisa e automatica caratterizzazione dell'enfisema (estensione, distribuzione e dimensione delle bolle enfisematose). Le caratteristiche dell'enfisema nei maschi sono state confrontate con quelle delle femmine ed è stata differenziata la progressione dell'enfisema nel tempo.
Risultati e ricaduta assistenziale: Lo studio ha dimostrato che, a parità di sigarette fumate e di età, i maschi tendono a sviluppare un enfisema più esteso, maggiormente distribuito ai lobi polmonari superiori e caratterizzato da bolle più grandi; al contrario, la progressione nel tempo dell'enfisema è più accelerata nelle femmine che nei maschi. Questi risultati hanno ampliato le conoscenze patofisiologiche e biologiche della risposta infiammatoria al fumo di sigaretta. La sperimentazione di nuovi trattamenti contro la broncopneumopatia cronica ostruttiva deve tenere conto delle caratteristiche diverse dell'enfisema tra uomo e donna.

20. Romani, AA; Desenzani, S; Morganti, MM; La Monica, S; Borghetti, AF; **Soliani, P** (2009) Zoledronic acid determines S-phase arrest but fails to induce apoptosis in cholangiocarcinoma cells BIOCHEMICAL PHARMACOLOGY 78(2) : 133-141 **IF=4.838 IF assegnato=4.838**

Titolo: L'acido zoledronico determina arresto del ciclo cellulare in fase S ma non riesce a indurre apoptosi in cellule di colangiocarcinoma
Razionale dello studio: Il colangiocarcinoma è una neoplasia maligna derivante dall'epitelio biliare e rappresenta il secondo tumore primitivo più comune del fegato. Attualmente la resezione chirurgica rimane l'unica opzione curativa. Sfortunatamente, più del 60% dei pazienti si presenta con metastasi o con malattia locoregionale avanzata che preclude ogni possibilità di cura. I trattamenti chemioterapici convenzionali hanno uno scarso impatto sulla sopravvivenza del paziente, rendendo quanto mai necessaria la ricerca di nuovi potenziali agenti antineoplastici. I bifosfonati sono una classe di farmaci utilizzata nel trattamento di alcune patologie ossee ed appaiono possedere una diretta attività antitumorale.
Obiettivi e metodi: Lo studio si propone di analizzare, per la prima volta, l'attività antiproliferativa dell'acido zoledronico (ZOL), un bifosfonato di terza generazione, su linee di colangiocarcinoma umano.
Il meccanismo d'azione consiste nell'inibizione della biosintesi di lipidi necessari per l'aggancio alla membrana plasmatica di proteine coinvolte nella proliferazione che determina il blocco del ciclo cellulare (S-phase arrest) e induzione di apoptosi.
Risultati e ricaduta assistenziale: I risultati dello studio indicano che ZOL induce blocco proliferativo delle cellule di colangiocarcinoma senza innesco dell'apoptosi, comportandosi così da agente sensibilizzante.
Sulla base di questi risultati è stato realizzato un ulteriore studio, pubblicato su Cancer Chemotherapy and Pharmacology (2010). E' sottoposto al bando ministeriale di Ricerca Finalizzata 2009 un progetto volto ad approfondire i meccanismi di chemioresistenza del colangiocarcinoma, e proporre nel contempo un nuovo approccio terapeutico che consenta la realizzazione di una terapia orientata al paziente.
Il fine ultimo di questo filone di ricerca è lo sviluppo di un algoritmo diagnostico e/o terapeutico per l'individuazione dei pazienti con una potenziale responsività ai chemioterapici, e la creazione di una piattaforma tecnologica per l'attuazione della cosiddetta "one-shot therapy" (unica somministrazione con rilascio graduale del farmaco), integrando i risultati ottenuti in vitro e pre-clinici con nuove e specifiche tecnologie farmaceutiche.



Attività didattica

La rilevanza dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia della nostra città continua a mettere 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. Sono 160 in più rispetto al 2008 gli studenti che frequentano i Corsi attivati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo: tra questi, 124 incrementano la frequenza dei Corsi triennali tra i quali il nostro Ateneo, anche per l'anno 2009, ha proposto ben dieci distinti Corsi abilitanti alle professioni sanitarie, presentati in modo analitico nella tabella 9 sotto riprodotta. I dati analitici riprodotti in questa sezione del volume sono stati rilevati dall'Ateneo di Parma nel maggio 2009, tenendo conto delle procedure di iscrizione a tale data. La lettura consente di rilevare che i due principali corsi di laurea magistrali - Medicina e chirurgia e Odontoiatria e protesi dentaria – annotano nell'anno 2009 un, seppur lieve, incremento delle iscrizioni (1.651 iscritti nel 2009 contro 1.577 iscritti nel 2008). Un andamento in rafforzamento si raccoglie anche per le professioni sanitarie in cui, i 1.207 studenti registrati per la frequenza fanno aumentare, rispetto all'anno precedente, il numero complessivo degli iscritti.
Per quanto concerne l'interazione e gli scambi con le altre regioni, anche per l'anno 2009, 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 48%.
Per le lauree triennali il fenomeno si consolida e si accentua: esse, con una popolazione complessiva di 1.981 studenti, contano 978 frequentanti provenienti da altre regioni, pari ad oltre il 49% (contro il 46,6% del 2008), che scelgono la nostra città e la nostra Università come sede per un investimento formativo, con evidenti risvolti di carattere economico, sociale e culturale che impattano e producono importanti interazioni sul tessuto cittadino e, seppur in misura minore, anche sul quello provinciale. In questo contesto, i corsi di laurea triennale per le professioni sanitarie fanno registrare un fenomeno ancora più marcato, con una percentuale di popolazione proveniente da altre regioni pari al 55,8%.

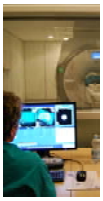
Un ritratto tutto al femminile è tratteggiato dalla distribuzione per genere di coloro che frequentano i corsi della Facoltà. Le professioni di cura come quelle sanitarie si attestano dunque anche attraverso questa lettura come prerogativa al femminile: nei corsi di laurea per le professioni sanitarie il 65,5% di chi si prepara alla vita in corsia è donna, percentuale che "scende" al 59,5% per la laurea in ostetricia e ginecologia e al 58,3% per chi si prepara alla professione di medico seguendo il corso magistrale. Il ritratto muta del tutto, fino ad arrivare a capovolgersi, per una sola eccezione: si tratta del Corso magistrale che forma i medici in odontoiatria e protesi dentaria, in cui oltre il 60% è uomo. Una particolarità che potrebbe trovare spiegazione con le prerogative circa gli sbocchi professionali del corso, che lo connotano in modo peculiare ed eterogeneo rispetto alle professioni di cura in senso stretto.

Tabella 5 Iscrizioni alla Facoltà di Medicina, anno accademico 2009-2010

Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale generale
	Residenti a Parma	Residenti in Emilia Romagna	Residenti extra regione	
Lauree triennali	537	466	978	1.981
Lauree specialistiche	50	33	63	146
Lauree a ciclo unico	558	300	793	1.651
Totale	1.145	799	1.834	3.778

Tabella 6 Iscrizioni alla Facoltà di Medicina suddivise per area sanitaria e area scientifica, anno accademico 2009-2010

	Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale generale
		Residenti a Parma	Residenti in Emilia Romagna	Residenti extra regione	
Area sanitaria	Lauree triennali	312	221	672	1.205
	Lauree specialistiche	19	11	12	42
	Lauree a ciclo unico	558	300	793	1.651
Totale lauree di area sanitaria		889	532	1.477	2.898
Area scientifica	Lauree triennali	225	245	306	776
	Lauree specialistiche	31	22	51	104
Totale lauree di area scientifica		256	267	357	880
Totale		1.145	799	1.834	3.778



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 7 Iscrizioni a Medicina e Chirurgia, a.a. 2009-2010

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	222	218	211	307	184	146	157	90	1.542

Tabella 8 Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria, a.a. 2009-2010

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	18	19	11	13	20	26	2	109

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 9 Iscrizioni ai corsi di studio per le Professioni sanitarie (lauree triennali, abilitanti alla professione sanitaria), a.a. 2009-2010

	Corso di studio Laurea triennale	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti FC	Iscritti ripetenti	Totale iscritti
1	Fisioterapia	46	38	35	0	4	123
2	Infermieristica	239	203	215	29	5	691
3	Logopedia	11	7	6	0	2	26
4	Ortottica e assistenza Oftalmologica	10	9	8	0	2	29
5	Ostetricia	29	29	16	0	3	77
6	Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia	25	20	21	0	8	74
7	Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	29	21	26	5	8	89
8	Tecniche audiometriche	8	7	5	3	0	23
9	Tecniche audioprotesiche	5	6	10	1	2	24
10	Tecniche di laboratorio biomedico	18	10	14	0	9	51
	Totale generale	395	330	335	38	35	1.207

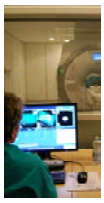
Tabella 10 Iscrizioni ai corsi di studio per le professioni sanitarie (lauree specialistiche) a.a. 2009-2010

Corsi di studio	1° anno	2° anno	FC	ripetenti	Totale iscritti
Scienze infermieristiche e ostetriche	20	19	3	0	42

La Facoltà di Medicina e Chirurgia ha attivato anche altri corsi di laurea, di cui tre triennali e due specialistici di cui non si presentano, in questa sezione, i dati analitici e descrittivi relativi agli studenti iscritti, in quanto non appartenenti all'area sanitaria della Facoltà, mentre si rileva il numero considerevole degli studenti iscritti, dato riportato nella tabella riepilogativa sopra proposta (tabella 6).

Tabella 11 Scuole di specializzazione e iscritti, a.a. 2009-2010

	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
1	Allergologia ed immunologia clinica	0	0	1	1
2	Anatomia patologica	2	0	1	3
3	Anestesia e rianimazione	4	2	5	11
4	Biochimica clinica	5	4	5	14
5	Cardiochirurgia	0	0	2	2
6	Malattie dell'apparato cardiovascolare-Cardiologia	5	1	2	8
7	Chirurgia generale	4	5	8	17
8	Chirurgia maxillo-facciale	4	0	3	7



	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
9	Chirurgia plastica e ricostruttiva	2	0	0	2
10	Chirurgia toracica	2	0	0	2
11	Chirurgia vascolare	1	1	0	2
12	Dermatologia e venerologia	0	0	1	1
13	Ematologia	2	1	0	3
14	Emergenza-Urgenza	0	0	0	0
15	Endocrinologia e malattie del ricambio	0	1	0	1
16	Gastroenterologia	0	1	3	4
17	Geriatria	1	2	0	3
18	Ginecologia e ostetricia	2	2	3	7
19	Idrologia medica**	3	3	8	14
20	Igiene e medicina preventiva	1	0	0	1
21	Malattie dell'apparato respiratorio	0	0	2	2
22	Malattie infettive	0	1	0	1
23	Medicina del lavoro	2	0	2	4
24	Medicina fisica e riabilitazione	2	1	0	3
25	Medicina interna	5	2	6	13
26	Medicina legale	0	2	0	2
27	Microbiologia e virologia	0	1	1	2
28	Nefrologia	3	1	2	6
29	Neurologia	4	0	4	8
30	Neuropsichiatria infantile	1	3	0	4
31	Oftalmologia	0	1	1	2
32	Oncologia	3	1	2	6
33	Ortopedia e traumatologia	3	2	0	5
34	Otorinolaringoiatria	2	0	0	2
35	Pediatria	10	3	7	20
36	Psichiatria	4	0	1	5
37	Radiodiagnostica	7	2	1	10
38	Radioterapia	0	0	0	0
39	Scienze dell'alimentazione	1	1	5	7
40	Urologia	1	0	0	1
	Totale iscritti	86	44	76	206

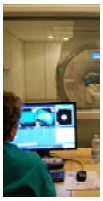
Nota:il dato complessivo riprodotto in questa tabella è stato rilevato seguendo le procedure per l'assegnazione dei contratti relativi all'anno accademico 2009-2010 di cui al D.M. MIUR del 05.02.2010 che, al momento della chiusura del presente volume, sono ancora in corso. Inoltre, la rilevazione si riferisce al numero di iscritti attivi alle scuole di specialità di Medicina e chirurgia e iscritti esclusivamente alla sede amministrativa di Parma e solo di Parma (intendendo per attivo colui il quale avendo vinto il concorso, ha pagato le tasse ed è ancora frequentante e, al momento, non ha chiesto trasferimenti o effettuato rinunce). Si stima che il dato che potrebbe essere rilevato complessivamente per iscrizioni alle Scuole di Specializzazione supera le 500 unità.

*** 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 80 iscritti, che sottolineano la vitalità dell'attività di formazione continua all'interno del nostro Policlinico.

Tabella 12 Master attivati di I e II livello a.a. 2009-2010

	Titolo Master	Livello	Iscritti
1	Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie	I	30
2	Implantologia	II	4
3	Laser in odontostomatologia	II	10



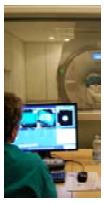
4	Ortodonzia intercettiva	II	5
5	Idrologia e medicina termale	I	7
6	Salute internazionale e medicina per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo (con il patrocinio del Ministero per gli Affari esteri)	II	12
7	Pneumologia interventistica e immunopatologia polmonare	II	2
8	La gestione integrata multidisciplinare delle patologie di interesse endocrinologico nel bambino e nell'adolescente – master interateneo	II	10
	Totale		80

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 evidenza un andamento costante della proposta formativa.

Tabella 13 Dottorati attivi area medica, anno 2009

	Dottorati area medica attivi neell'anno 2009 con numero dottorandi al 1.01.2009	Ciclo					Totale
		XXIV	XXIII	XXII	XXI	*** XX	
1	Biologia e patologia molecolare*	3	5	2	3	0	13
2	Chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata e fisiopatologia dell'apparato digerente	3	2	0	0	0	5
3	Diagnostica per immagini avanzata toracica (cardiopolmonare)	3	4	4	0	0	11
4	Fisiopatologia dell'insufficienza renale	3	3	3	3	0	12
5	Fisiopatologia e genetica delle malattie osteometaboliche	0	0	2	0	0	2
6	Fisiopatologia epato-digestiva	0	0	3	0	0	3
7	Fisiopatologia respiratoria sperimentale	4	3	4	0	0	11
8	Fisiopatologia sistemica**	3	4	3	2	0	12
9	Gastro-endocrinologia pediatrica	3	3	3	0	0	9
10	Malattie osteometaboliche e disordini metab.idroelettrolitico e acido-base	2	3	0	0	0	5
11	Microbiologia e virologia	2	2	1	1	0	6
12	Neuroscienze	4	4	4	3	0	15
13	Nuove tecniche e tecnologie (open, videoassistite, robotiche) in chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata	0	0	2	0	0	2
14	Scienze della prevenzione	2	4	4	0	0	10
15	Scienze ostetriche e ginecologiche	3	3	3	3	1	13
	Totale	35	40	38	15	1	129

** Dipartimento proponente: Medicina sperimentale*
*** Dipartimento proponente: Biologia evolutiva e funzionale*
**** recupero frequenze*



2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2009 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale (delibera n. 221 del 22.11.2006 e successive delibere integrative) ed è dettagliato come riportato nelle tabelle delle pagine che seguono.
Di particolare rilievo nel corso del 2009, è stato il trasferimento all'Azienda Usl delle attività assistenziali svolte dall'Unità Operativa Psichiatria, nonché del personale afferente a tale unità operativa. Infatti, a seguito della D.G.R. 2011/2007 relativa alla riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del personale docente afferente alla Sezione di Psichiatria del Dipartimento di Neuroscienze della Facoltà di Medicina e Chirurgia, relativamente alla salute mentale e alle dipendenze patologiche.
A seguito di tale riorganizzazione sono stati opportunamente modificati gli allegati dell'Accordo Attuativo Locale stipulato tra AOU e Università degli Studi.
Si consideri che, ai fini della definizione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2009, 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. Al computo complessivo dei posti letto vannno aggiunti 34 posti letto pensionanti in regime ordinario e 40 posti letto di lungodegenza comune, che sono assegnati a diverse unità operative.

DIPARTIMENTO **CARDIO-POLMONARE**

Direzione Dipartimento **Universitario**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 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
Cardiochirurgia	007-049	Unità operativa	Universitario	29					10		*10*		3	*3*		55	1		17	1	2		
Cardiologia	008	Unità operativa	Dirigente del SSR	55	3				21		*21*			*0*		71			31	1		5	
Clinica Pneumologica	068	Unità operativa	Universitario	17					1		*1*		3	*3*		16		1	4		1		
Fisiopatologia Respiratoria	049	Unità operativa		9			24		6		*6*		1	*1*		26	2		14	1		1	
Pneumologia ed Endoscopia Toracica	068	Unità operativa	Dirigente del SSR	28					7		*7*		1	*1*		19	2		6	2			
Semeiotica Medica	026	Unità operativa	Universitario	21					1		*1*		7	*7*		10	1		8	1	1		
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche	008	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR						1		*1*					20			6			1	
Day Hospital Pneumologico	002	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		14				1		*1*					4			1				
Funzionalità Polmonare	068	Struttura semplice dipartimentale	Universitario								*0*		1	*1*									

DIPARTIMENTO **CHIRURGICO**

Direzione Dipartimento **Universitario**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	049-121	Unità operativa	Universitario	8					34	1	*35*		1	*1*		29	1		12			2	
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	012	Unità operativa	Dirigente del SSR	15					7		*5*		2	*2*		33			8	1	1	1	
Chirurgia Toracica	013	Unità operativa	Universitario	8					1		*1*		3	*3*		10			1			1	
Chirurgia Vascolare	014	Unità operativa	Universitario	14							*0*		4	*4*		8	1		1		2	1	
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	009	Unità operativa	Universitario	19					3		*3*		8	*8*		10	2	1	2		2		
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	009	Unità operativa	Universitario	19					3		*3*		7	*6*		8					2	2	3
Clinica Ortopedica	036	Unità operativa	Universitario	16	1				2		*2*		3	*3*		16	3		8	1			
Ortopedia	036	Unità operativa	Universitario	32	2				9		*9*		1	*1*		17	2		9				
Urologia	043	Unità operativa	Dirigente del SSR	26	2				12		*12*			*0*		36	6		12	2		2	
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico		Unità operativa	Direttore del Dipartimento													58	1		15	6			
Attività Comuni Ortopedie		Unità operativa	Direttore del Dipartimento													42			14				
Day Surgery	098	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR			7			1		*1*			*0*		20			10				
Patologia dell'Apparato Locomotore	036	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	16	1				4		*4*		2	*2*								2	

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Direzione Dipartimento Dirigente del SSR

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
1° Anestesia e Rianimazione	049-121	Unità operativa	Dirigente del SSR	14				34		*34*			*0*		45	3		18			2	
Centrale Operativa 118	108	Unità operativa	Dirigente del SSR					1		*1*			*0*		34			8				
Chirurgia d'Urgenza	009	Unità operativa		28				7		*7*		1	*1*		24	1		8	3			
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	030	Unità operativa	Dirigente del SSR	14				9		*9*			*0*		15			5				
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	051-106	Unità operativa	Dirigente del SSR	25				23		*23*			*0*		66	5		26	2		4	

DIPARTIMENTO GERIATRICO-RIABILITATIVO

Direzione Dipartimento Dirigente del SSR

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Clinica Geriatrica	021	Unità operativa	Universitario	27				3		*3*		3	*3*		19		1	12		1	1	
Geriatria	021	Unità operativa		29				8		*8*			*0*		17	3		8	3			
Lungodegenza Critica	060	Unità operativa	Universitario				44	5		*5*		4	*4*	2	23	1		15	8	1	2	
Medicina Riabilitativa	056	Unità operativa	Dirigente del SSR	12	6		12	9		*9*		1	*1*		60	5		11	1			1
Attività Comuni Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	020	Unità operativa	Direttore del Dipartimento		8										5							
Lungodegenza Post Acuzie	060	Struttura semplice dipartimentale					32								12	3		13	2			

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

Direzione Dipartimento Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 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
Chirurgia Pediatrica	011	Unità operativa	Dirigente del SSR	12					7		*7*			*0*		33			4			1	
Clinica Pediatrica	039	Unità operativa	Universitario	18					3		*3*	1	9	*9*	2			2				8	
Gastroenterologia		Unità operativa	Universitario						2		*2*		1	*1*		2			1			1	
Neonatologia	062-073	Unità operativa	Universitario	21					7		*7*		3	*3*		62	1	1	10		2		1
Ostetricia e Ginecologia	037	Unità operativa	Universitario	43	8				1		*1*		11	*7*	1	86	9	11	28	4	1	5	
Pediatria e Oncoematologia	039-065	Unità operativa	Dirigente del SSR	15	4				7		*7*			*0*		45	2		13	1		2	
Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile		Unità operativa	Direttore del Dipartimento													21					1		
Astanteria Pediatrica	039	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	6	8				2		*2*			*0*		20			10				
Cardiologia Pediatrica	039	Struttura semplice dipartimentale	Universitario								*0*		1	*1*								1	

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 DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Clinica e Immunologia Medica	026	Unità operativa	Universitario	21	2			1		*1*		6	*6*	1	42		2	16	1		2	1
Clinica e Terapia Medica	026	Unità operativa	Universitario	38	2					*0*		11	*10*		21		4	8	4	5	4	1
Dermatologia	052	Unità operativa	Universitario	4	2					*0*		4	*3*		6			2		1	3	1
Ematologia e C.T.M.O.	018	Unità operativa	Universitario	15	2			2		*2*		5	*5*		23	1	2	3			3	
Endocrinologia	026	Unità operativa								*0*		4	*3*				1				1	
Genetica Medica	105	Unità operativa	Universitario					2		*2*	2	2	*2*		7			1			2	
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	025	Unità operativa	Universitario							*0*		4	*4*	1								
Nefrologia	048-029	Unità operativa	Universitario	21	3			4		*4*		4	*4*	1	34		2	21		3	2	
Oncologia Medica	064	Unità operativa	Dirigente del SSR	14	20			12		*12*	4		*0*		31	2		19	1		8	1
Radioterapia	070	Unità operativa	Dirigente del SSR					5		*5*			*0*		21			1				
Trapianti di Midollo Osseo e Cellule Staminali Emopoietiche	018	Struttura semplice dipartimentale	Universitario							*0*		1	*1*									

DIPARTIMENTO **MEDICO POLISPECIALISTICO 2**

Direzione Dipartimento **Dirigente del SSR**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 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
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	058	Unità operativa	Dirigente del SSR	20					7		*7*		2	*2*		27	1		15	3		5	2
Malattie Infettive ed Epatologia	024	Unità operativa	Dirigente del SSR	31	9				15		*14*	2		*0*		31	2		25			8	1
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo	026	Unità operativa	Dirigente del SSR	21					10		*10*	1		*0*		20			11	1		5	
Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari	026	Unità operativa	Dirigente del SSR	31					8		*8*		1	*1*		21	3		20	2			
Day Hospital Dipartimentale	002	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		9				1		*1*			*0*		7			1				
Malattie del ricambio e diabetologia	019	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR						2		*2*		1	*1*		8			1				
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	026	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	32	2				7		*7*		1	*1*		17			9			2	
Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze	026	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	12					2		*2*			*0*									

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Direzione Dipartimento Dirigente del SSR

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Neurochirurgia	030	Unità operativa	Dirigente del SSR	26	1				8		*8*			*0*		34	3		14	1			
Neurologia	032	Unità operativa	Universitario	14	2				5		*5*		10	*9*	1	22	2	4	3		1	1	1
Neuroradiologia	104	Unità operativa							9		*9*			*0*		25			9			1	
Centro Cefalee	032	Struttura semplice dipartimentale	Universitario								*0*		1	*1*									

DIPARTIMENTO TESTA COLLO

Direzione Dipartimento Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 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
Maxillo-Facciale	010	Unità operativa	Universitario	14	1				3		*3*		3	*3*		15	1		2		1	1	
Oculistica	034	Unità operativa	Universitario	10	6				5		*4*		7	*6*		39	2	4	8		3	3	
Odontostomatologia	035	Unità operativa	Universitario						1		*0*		7	*4*		11			4		2	2	
Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Universitario	11					1		*0*		5	*4*		15		4	5		1	2	
Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità operativa	Direttore del Dipartimento													19			5				
Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Direttore del Dipartimento													5							
Otorinolaringoiatria	038	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	11	1				1		*1*		1	*1*				1			2	2	

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO

Direzione Dipartimento Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Anatomia e Istologia Patologica	003	Unità operativa	Universitario					5		*5*	1	5	*5*	4	15	1	5	12	1	2	5	1
Diagnostica Ematochimica	100	Unità operativa	Dirigente del SSR					6		*6*	7		*0*		67			34			1	1
Immunoematologia e Medicina Trasfusionale	102	Unità operativa	Dirigente del SSR					7		*7*	4		*0*		32	3		8			2	
Microbiologia	101	Unità operativa	Universitario					2		*2*	5	2	*2*	3	28	2	1	12			4	
Virologia	101	Unità operativa	Universitario					1		*1*	2	1	*1*	3			1			2		
Biochimica ad Elevata Automazione		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR								1											
Diagnosi delle Infezioni Prenatali, Connatali e Perinatali		Struttura semplice dipartimentale	Universitario									1	*1*									

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

Direzione Dipartimento Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	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 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					2		*2*			*0*		14			3			3	
Radiologia	069	Unità operativa	Dirigente del SSR					26		*26*			*0*		53	1		24				
Scienze Radiologiche	069	Unità operativa	Universitario					4		*4*		3	*2*		18	1		11		1	1	
Radiologia di Emergenza ed Urgenza	069	Struttura semplice dipartimentale													33	1		5				
Radiologia Pediatrica	069	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					3		*3*			*0*		3							

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

OSPEDALE MAGGIORE

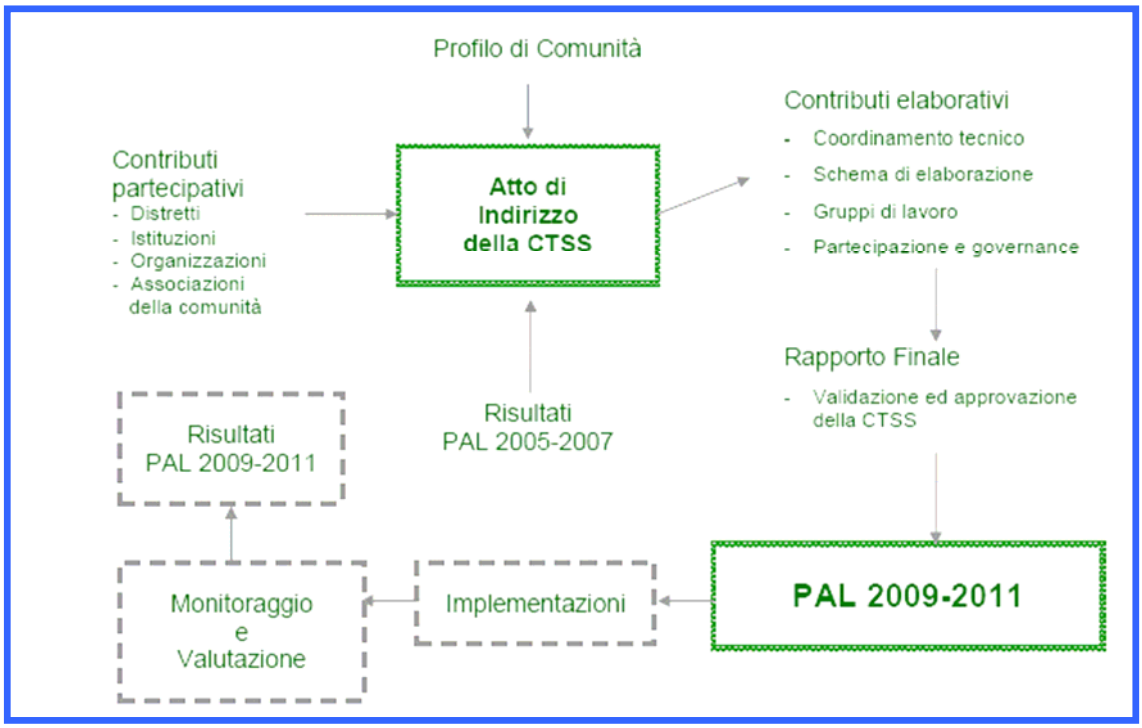
Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

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 condiviso 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 Piano Attuativo Locale 2009-2011

La sintesi del processo costruttivo del PAL 2009-2011 è rappresentabile nei termini seguenti:



Come si osserva la programmazione sanitaria e socio-sanitaria non costituisce un atto ma un prodotto, il risultato di analisi operate su una serie di relazioni contestuali e integrate. La fonte ispiratrice del PAL è l'Atto di Indirizzo della CTSS, che a sua volta trae ispirazione dai risultati della programmazione precedente, dalla governance e dal Profilo di Comunità. Ne conseguono l'attivazione dei contributi elaborativi, la predisposizione di un documento preliminare, l'approvazione del testo finale. Da questo elaborato hanno origine le successive implementazioni del PAL, le azioni di monitoraggio e valutazione che riscontrano i risultati della programmazione.

I gruppi di lavoro: uno degli elementi di successo di questa edizione Pal

Uno degli elementi di grande successo di questa edizione del Pal della nostra provincia sono stati i gruppi di lavoro: 29 gruppi per ognuno dei quali il gruppo tecnico di coordinamento ha individuato un ampio mandato elaborativo. La funzione dei gruppi di lavoro ha seguito due orientamenti: un primo di aggregazione sul tema su cui entrambe le Aziende sono coinvolte come contenuti e prassi di elaborazione.

Un secondo orientamento, rivolto principalmente a soggetti e professionisti non operanti all'interno delle Aziende, ha invece favorito la libera scelta partecipativa ad uno o più gruppi di lavoro desunti dallo schema elaborativo generale.
Il risultato di questa associazione di professionisti ai gruppi di lavoro è stata notevole. Ai gruppi di lavoro hanno complessivamente aderito 332 professionisti.
Afferenti per il 56% (186) all'Azienda USL, per il 28,6% (95) all'Azienda Ospedaliera-Universitaria, per il 15,4% (51) a professionisti di Istituzioni, Organizzazioni ed Associazioni della comunità.
Coordinati da un professionista e in stretto rapporto con il coordinamento tecnico del PAL, i gruppi hanno svolto l'attività elaborativa ricercando anche raccordi trasversali fra tematiche correlate. Con tempi differenziati di elaborazione, in gran parte motivati dalla maggior ampiezza del mandato e altre volte dalla complessità di temi trattati.

Le priorità strategiche

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

La ***qualità*** delle cure deve rappresentare un terreno di continuo miglioramento delle modalità di erogazione, di presa in carico e di sviluppo dei servizi e delle professioni. Essa trova riscontro nei seguenti ambiti: **innovazione tecnologica** intesa come strutture all'avanguardia che valorizzino il contesto di ricerca e innovazione, sia nell'ambito tecnologico che nei percorsi assistenziali (coniugando lo sviluppo tecnologico con e competenze dei professionisti), e **risorse organizzative e professionali** -il cosiddetto sviluppo del capitale intellettuale - che implica uno sforzo nuovo e profondo di rivisitazione dei diversi ruoli dell'organizzazione sanitaria, di formazione continua e aggiornamento, di rapporti più integrati con l'Università, di ricerca di professionisti ad elevato curriculum tecnico-professionale.

Sul fronte della continuità assistenziale gli sforzi della comunità delle due Aziende sono potenziati per investire in profondità, al fine di raggiungere livelli sempre più elevati di equità. La continuità non afferisce infatti ad una parte o all'altra dell'organizzazione sanitaria. È da intendersi trasversale a tutto il sistema sociale, sociosanitario e sanitario provinciale. Si fonda sul coinvolgimento coordinato ed integrato di una pluralità di operatori e necessita di un programma speciale, articolato, partecipato e condiviso.

Continuità, nel contesto del Pal, vuol dire, la linea strategica che emerge, la linea del prendersi cura della persona nel contesto di relazioni in cui vive e non solo della sua malattia, coordinare le relazioni tra i servizi, qualificare i processi assistenziali in percorsi fortemente integrati.
La seconda scelta strategica dell'Atto di Indirizzo e che ha trovato sviluppo nella nuova programmazione triennale è quella della qualità: livelli sempre più significativi di qualità, tecnico-professionale e percepita dal cittadino, costituiscono un obiettivo di sistema irrinunciabile. Per questo è necessario investire, per consentire alla comunità provinciale di trovare sul territorio livelli di intervento al passo con le evidenze di efficacia e appropriatezza oggi disponibili in area sanitaria, socio-sanitaria, sociale (tratto da *La scelta strategica dell'equità e della qualità, Il piano attuativo locale*).

Macro-area dell'accessibilità

Sono quattro i gruppi di lavoro di questa macro-area, denominata accessibilità, con componenti di grande rilievo.

Rete specialistica ambulatoriale	→	riorganizzazione percorsi e integrazione tra professionisti
Rete emergenza-urgenza	→	collaborazione con le reti cliniche territoriali di assistenza primaria
Reti cliniche di area pediatrica	→	Ridefinizione e ampliamento territoriale, integrazione tra servizi ospedalieri e distrettuali
Sportello unico	→	completamento, semplificazione e modernizzazione delle modalità di accesso

1. Accessibilità - Rete specialistica ambulatoriale: obiettivi e interventi		
1	Ampliamento dell'offerta	
2	Evoluzione dei contratti di fornitura all'interno delle disposizioni in materia di accreditamento	
3	Valutazione coordinata domanda/offerta- Razionalizzazione strutture erogatrici	
4	Organizzazione dei percorsi Day Service Ambulatoriale 1 e Day Service Ambulatoriale 2 secondo le indicazioni regionali	
5	Riorganizzazione dell'attività' dei poliambulatori	
6	Integrazione degli specialisti, territoriali ed ospedalieri, nelle sedi dei Nuclei di Cure Primarie e nelle medicine di gruppo - Appropriatezza prescrittiva	
7	Ri-orientamento della appropriatezza prescrittiva	
8	Governo delle urgenze - Facilitazione degli accessi	
9	Informatizzazione integrata dei percorsi ambulatoriali	
10	Disponibilità delle prestazioni nel sistema CUP	

Per la specialistica ambulatoriale sono previsti diversi progetti, tra cui lo sviluppo dei percorsi di day service ambulatoriale (per chi deve realizzare contemporaneamente diversi esami); l'ampliamento per numero e tipologia delle prestazioni nei poliambulatori distrettuali e degli ospedali aziendali; per il contenimento dei tempi d'attesa controllo della stabilità dell'offerta e applicazione del protocollo provinciale.

2. Accessibilità - Rete emergenza-urgenza: obiettivi e interventi		
1	Consolidare l'integrazione tra gli ospedali della Azienda USL ed il sistema Emergenza – Urgenza	
2	Definizione di protocolli per la gestione dei trasporti secondari tra i centri Hub & Spoke	
3	Sviluppare sinergie ed integrazioni nell'organizzazione dell'offerta	
4	Organizzazione del soccorso sanitario nelle ipotesi di grandi emergenze	
5	Consolidare i meccanismi di collaborazione tra il Sistema dell'Emergenza-Urgenza e le reti cliniche territoriali di assistenza primaria (Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale)	
6	Garantire adeguato percorso formativo al personale volontario che opera nelle associazioni di volontariato e partecipa allo svolgimento della attività di soccorso e trasporto in emergenza	
7	Ricercare le condizioni di sostenibilità, nel medio e nel lungo periodo, del sistema di emergenza/urgenza territoriale della provincia, che si fonda sulla forte integrazione tra Volontariato, Associazioni e le Aziende Sanitarie titolari della funzione	
8	Definire le responsabilità mediche ed infermieristiche della Centrale Operativa 118 e del sistema di soccorso territoriale	

Per l'emergenza-urgenza, mentre si avvierà il progetto per il Centro unico per le emergenze, sarà garantito il funzionamento di un'auto-medica a Fidenza ed una a Borgotaro 24 ore su 24, già dalla primavera 2009.

3. Accessibilità - Reti cliniche di area pediatrica: obiettivi e interventi		
1	Strutturazione della Pediatria di Comunità nei Dipartimenti delle Cure Primarie	
2	Realizzazione delle Unità Pediatriche di Distretto (UPD)	
3	Sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del Governo Clinico volti a promuovere un utilizzo appropriato dei servizi.	
4	Appropriato utilizzo dei Servizi Ospedalieri di Primo Soccorso	
5	Sviluppo di un piano di formazione integrata	
6	Miglioramento dell'integrazione tra servizi ospedalieri pediatrici e attività territoriali	
7	Informatizzazione rete pediatrica	
8	Qualificazione della rete integrata dei professionisti	
9	Qualificazione della Rete Clinica Integrata Provinciale	
10	Attività di supporto al Bambino Cronico	
11	Maltrattamento/abuso del minore	
12	Sviluppo delle tecnologie	

Per rispondere ad una domanda sempre più differenziata e complessa nell'area pediatrica saranno, tra l'altro, attivate in tutta la provincia le Unità pediatriche di Distretto; sarà incentivata la medicina di gruppo tra i pediatri per avere ambulatori aperti per più tempo e più accessibili; a Vaio la Funzione pediatrica già attivata rimarrà aperta 24 ore su 24 per garantire accoglienza e primo intervento; entro il 2009 si definiranno i rapporti tra Ospedale del Bambino, Polo pediatrico di Parma e Reti territoriali, per garantire servizi di qualità ovunque.

4. Accessibilità - Sportello unico: obiettivi e interventi		
1	Realizzazione dell'integrazione tra rete degli sportelli unici sanitari e rete degli sportelli sociali	
2	Consolidamento e ampliamento delle modalità di accesso ai servizi sanitari	
3	Consolidamento delle modalità di consultazione dei referti via Web tramite la rete di SOLE	
4	Semplificazione delle modalità di pagamento del ticket attraverso l'ampliamento dei canali di riscossione	
5	Gestione informatizzata della sicurezza e della riservatezza dei dati personali nei percorsi di accesso ai servizi sanitari	

Numerosi i progetti per migliorare il funzionamento di percorsi e sportelli. Si va dal completamento della rete di sportelli Cup – dove prenotare visite ed esami – presso farmacie, Comuni, patronati, studi associati di medici all'attivazione di un unico call center provinciale tra le due Aziende, alla possibilità di pagare il ticket presso tutti gli sportelli bancari, tramite un numero maggiore di riscuotitori automatici, on line con carta di credito.

Macro-area della continuità assistenziale

Sono otto i gruppi per la macro area della continuità assistenziale con sette obiettivi previsti per migliorare l'assistenza, tra cui la piena attuazione della fornitura del materiale di autocontrollo della glicemia.

Diabete	→	integrazione delle attività ambulatoriali e informatizzazione di sistema
Insufficienza respiratoria	→	appropriatezza e controlli
Nutrizione artificiale domiciliare	→	linee guida, prevenzione e cartella informatizzata
Rete cardiologica	→	prevenzione e ridefinizione attività ambulatoriale
Terapia anticoagulante orale	→	qualità dei trattamenti e partecipazione del medico di medicina generale
Lungodegenza, riabilitazione, gravi cerebrolesioni, gravi disabilità acquisite	→	disponibilità posti letto, protocolli e competenze
Palliazione oncologica	→	assistenza domiciliare, coordinamento provinciale
Demenze	→	riqualificazione percorsi e gestione del paziente

5. Continuità assistenziale –diabete: obiettivi e interventi		
1	Implementazione del registro di patologia	
2	Consolidamento del progetto di gestione integrata, con l'applicazione delle nuove modalità di follow-up previste negli indirizzi regionali	
3	Sperimentazione dell'applicazione del progetto SOLE alla cartella diabetologica Eurotouch	
4	Perfezionamento del collegamento delle reti informatiche tra le due aziende sanitarie	
5	Piena applicazione dei protocolli condivisi per la fornitura del materiale di autocontrollo della glicemia e gestione della terapia e progressiva informatizzazione della procedura di distribuzione dei presidi	
6	Valorizzazione delle professioni sanitarie nel nursing del paziente diabetico	
7	Costruzione della rete fra le strutture diabetologiche provinciali, ambulatoriali e ospedaliere, e rapporti con i medici di medicina generale	

6. Continuità assistenziale – insufficienza respiratoria: obiettivi e interventi		
1	Follow up, monitoraggio e procedure condivise	
2	Rete ambulatoriale provinciale	
3	Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida	

7. Continuità assistenziale – nutrizione artificiale domiciliare: obiettivi e interventi		
1	Valorizzazione delle professioni sanitarie nel percorso di cura del paziente in nutrizione artificiale domiciliare, con valutazione di congruità dei bisogni emergenti	
2	Ridefinizione delle Linee Guida interaziendali su indicazioni e monitoraggio dell'attività della nutrizione artificiale, con riferimento ai criteri di eligibilità, etica degli interventi ed appropriatezza clinica	
3	Gestione Informatizzata dei pazienti trattati con Nutrizione Artificiale	
4	Nuove indicazioni alla Nutrizione Artificiale, anche per l'ambito pediatrico	

Per l'insufficienza respiratoria sarà, tra l'altro, attivata una rete di ambulatori per il monitoraggio dei pazienti, mentre per la nutrizione artificiale saranno attivati professionisti esperti e si avvierà una gestione informatizzata dell'assistenza.

8. Continuità assistenziale – la rete cardiologica: obiettivi e interventi		
1	Ridefinizione della strategia terapeutica della rete IMA (infarto miocardico acuto)	
2	Costituzione di una rete per la gestione dello scompenso cardiaco cronico	
3	Miglioramento e di innovazione delle attività ambulatoriali	
4	Consolidare la continuità assistenziale	
5	Rafforzare i progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari	

Garantire uniformità di offerta in tutto il territorio è l'obiettivo principale per la rete cardiologica, complessivamente già di buon livello, anche per individuare i soggetti a rischio nei 10 anni successivi e avviare trattamenti intensivi preventivi e attivare ambulatori specifici in tutta la provincia.

9. Continuità assistenziale – terapia anticoagulante orale: obiettivi e interventi		
1	Promuovere maggiore partecipazione dei medici di medicina generale alla gestione del paziente in terapia anticoagulante orale, con particolare riferimento alle zone disagiate /disagiatissime della provincia e favorire la presa in carico di tutti i pazienti eleggibili, compresi quelli assistiti a domicilio, da parte dei medici aderenti	
2	Potenziare e migliorare l' integrazione fra Centri di Sorveglianza e Medici di Medicina Generale in particolari situazioni	
3	Completare il sistema informativo nei principali punti prelievi territoriali ed il loro collegamento in rete via web con i Centri di Sorveglianza di riferimento	
4	Migliorare la tempestività della consegna del referto/prescrizione ai pazienti afferenti ai punti prelievo decentrati, con conseguente miglioramento della compliance del paziente stesso alla autogestione della terapia	

Elevare la percentuale (oggi ferma al 65%) dei pazienti presi in carico dai medici di famiglia e potenziare il collegamento tra questi e i Centri di sorveglianza è l'obiettivo per la terapia anticoagulante orale.

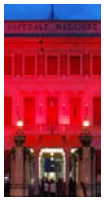
10. Continuità assistenziale – lungodegenza, riabilitazione, gravi cerebrolesioni (GRACER) gravi disabilità acquisite (GRADA) : obiettivi e interventi		
Lungodegenza		
1	Completamento e razionalizzazione della dotazione provinciale di posti letto di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)	
2	Miglioramento dell'integrazione funzionale e della messa in rete delle diverse strutture di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)	
3	Approfondimento della conoscenza delle diverse tipologie di pazienti che utilizzano i letti di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)	
Riabilitazione		
4	Sviluppo di collegamenti strutturati fra le due Aziende Sanitarie e le strutture a codice 56 (riabilitazione intensiva), 60 (riabilitazione estensiva) e 75 (neuroriabilitazione ad alta specializzazione) per la definizione della continuità clinica	
5	Definizione protocollo per la gestione del paziente affetto da gravissima disabilità acquisita	
6	Ridefinizione delle competenze tecniche in relazione alle esigenze di integrazione socio-sanitaria	
7	Attuazione sistematizzata del concetto di performance ed autonomia della persona diversamente abile (secondo la classificazione ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health – O.M.S. 2001)	
Gravi cerebrolesioni (GRACER) gravi disabilità acquisite (GRADA)		
8	Potenziamento delle "attività sanitarie e sociali integrate" a livello domiciliare	
9	Attivazione di posti letto di alta valenza sanitaria, secondo gli standard regionali, nei contesti distrettuali che ne sono carenti, con particolare riferimento al Distretto di Parma	
10	Applicazione delle direttive regionali in materia di assistenza a persone affette da gravi disabilità acquisite in età adulta, secondo le indicazioni che richiedono sviluppo dei servizi sia domiciliari sia residenziali	

Per lungodegenza e riabilitazione bisogna pensare ad un aumento dei posti disponibili, a causa di un aumento delle patologie e le strutture devono essere suddivise tra prevalentemente riabilitative o internistiche. L'obiettivo finale deve restare il domicilio, ma per i casi in cui non è praticabile occorre prevedere un aumento di posti letto (oggi ne esistono solo 7 a Colorno e 8-10 a Langhirano).

11. Continuità assistenziale – palliazione oncologica: obiettivi e interventi		
1	Sviluppo della "palliazione domiciliare"	
2	Coordinamento provinciale cure palliative	
3	Revisione dei fabbisogni territoriali dei posti letto in hospice	

Per le cure palliative oncologiche c'è un fabbisogno di posti letto in Hospice (oggi 43), soprattutto per Parma città, e la necessità di ambulatori di cure palliative e terapia antalgica.

12. Continuità assistenziale – demenze: obiettivi e interventi		
1	Sviluppare i rapporti tra le strutture ospedaliere del territorio provinciale	
2	Continuità e sviluppo dell'attività formativa rivolta ai medici di medicina generale organizzati per Nuclei di Cure Primarie	
3	Miglioramento dei processi di comunicazione fra Consultori demenze e medici di medicina generale	
4	Regolamentazione accessi del Consultorio demenze	
5	Sviluppare il sostegno alle famiglie da parte delle competenze psicologiche e cliniche del Consultorio demenze	



6	Qualificazione dell'accoglienza temporanea degli anziani affetti da demenza presso le strutture residenziali	
7	Qualificazione delle strutture residenziali	

Per le demenze, il medico di medicina generale, da unico referente, deve divenire componente di un team multi professionale che elabora il piano di cura, anche per migliorare il supporto alla famiglia. Per questo devono crescere i rapporti con le strutture ospedaliere e, al loro interno, la dotazione strumentale per la diagnosi, e la collaborazione con i Consultori, con orari telefonici dedicati e attivazione di protocolli sperimentali. Saranno qualificate l'accoglienza temporanea e le strutture residenziali, con progetti individualizzati.

Macro-area della innovazione tecnologica

Questa macro-area presenta cinque gruppi di lavoro.

Medicina nucleare (area diagnostica)	→	applicazioni di diagnostica PET, Ciclotrone
Radiologia interventistica e Neuroradiologia pediatrica (area diagnostica)	→	nuova struttura, percorsi informativi
Radioterapia (area terapeutica)	→	nuovo acceleratore lineare, percorso assistenziale
Teleradiologia e Telecardiologia (area telemedicina)	→	sviluppo dei sistemi e delle reti

13. Innovazione tecnologica – medicina nucleare: obiettivi e interventi		
1	Sviluppo della diagnostica convenzionale	
2	Sviluppo della diagnostica nel settore terapeutico	
3	Sviluppo delle applicazioni PET	
4	Realizzazione di un centro PET - Ciclotrone	

Per la medicina nucleare è necessario incrementare l'erogazione di alcune prestazioni specialistiche (come la scintigrafia miocardica o il trattamento dei linfomi con anticorpi radiomarcati) e si procede allo sviluppo delle applicazioni PET (tomografia a emissione di positroni che produce immagini tridimensionali dei processi funzionali all'interno del corpo), in prospettiva anche in ambiti nuovi, ad esempio le patologie cardiache o la diagnosi precoce dell'Alzheimer.

14. Innovazione tecnologica – radiologia interventistica: obiettivi e interventi		
1	Diffusione dell'informazione sulle metodiche e le potenzialità della Radiologia Interventistica	
2	Centro di Radiologia Interventistica	
3	Condivisione delle Linee guida e costituzione di specifici Percorsi diagnostico-terapeutici	
4	Consolidamento delle attività Radiologia Interventistica e qualificazione dell'offerta	

Saranno acquisite le tecnologie per attivare nell'Azienda Ospedaliera un centro di radiologia interventistica, punto di riferimento per l'Emilia occidentale.

15. Innovazione tecnologica – radioterapia: obiettivi e interventi		
1	Installazione del nuovo acceleratore lineare e organizzazione del percorso assistenziale	
2	Partecipazione al Progetto Regionale per la valutazione dell'IGRT	

Per la radioterapia sarà istallato un nuovo acceleratore lineare dotato di tutti i più recenti aggiornamenti.

16. Innovazione tecnologica – teleradiologia e telecardiologia: obiettivi e interventi		
1	Completamento della Rete di Teleradiologia	
2	Incentivazione del Teleconsulto Radiologico	
3	Sviluppo della Telemammografia	
4	Sviluppo della Telecardiologia	
5	Incentivazione del Teleconsulto Cardiologico	
6	Realizzazione della Cartella Clinica Informatizzata	
7	Attivazione di un supporto metodologico, formativo e informativo di telemedicina	

Per teleradiologia e telecardiologia, sarà ultimata la digitalizzazione di tutti i servizi Ausl e il servizio sarà collegato a quello dell'Azienda Ospedaliera, in modo che ogni medico possa accedere da qualsiasi postazione a tutti gli esami radiologici effettuati dal paziente. Grazie ai collegamenti in rete sarà così possibile realizzare compiutamente la cartella clinica informatizzata.

Macro area dello sviluppo e della valorizzazione del capitale intellettuale

Un'azione particolare andrà sviluppata per valorizzare il capitale intellettuale delle Aziende, anche per superare l'autoreferenzialità, promuovere la ricerca e la condivisione dei risultati, migliorare le capacità dei professionisti di comunicare con i pazienti e i familiari.

Sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale	→	conoscenze, processi di lavoro, visione del sistema curante

17. Sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale: obiettivi e interventi		
1	Sviluppare la sensibilità delle Direzioni e dei professionisti attorno al capitale intellettuale e la consapevolezza del suo valore nella gestione delle aziende e nel sostegno alle scelte strategiche	
2	Promuovere lo sviluppo e l'utilizzo della ricerca, anche attraverso la socializzazione della produzione scientifica dei professionisti	
3	Favorire il processo del 'prendersi cura' del cittadino utente e della sua famiglia, attivando percorsi di cura che garantiscano attenzione ai bisogni e continuità assistenziale, anche sperimentando nuovi modelli organizzativi e di care	
4	Favorire la diffusione di una leadership capace di motivare le scelte, di comunicarle, di sostenerle e di coinvolgere professionisti e comunità in queste scelte	
5	Sviluppare le potenzialità degli strumenti tecnologici, utilizzandoli come strumenti di scambio tra i professionisti e di condivisione della conoscenza	
6	Formulare proposte di integrazione/miglioramento dei percorsi di formazione di base, post base e continua, dopo aver confrontato le nuove e complesse competenze necessarie all'organizzazione del lavoro con le competenze finali sviluppate dai curricula educativi	
7	Sviluppare professionalità e percorsi di carriera che siano sempre più rispondenti ai bisogni dell'organizzazione e dei cittadini	
8	Sviluppare il senso di responsabilità del professionista e lo sviluppo di competenze trasversali	
9	Sviluppare una visione nuova di "sistema curante" del territorio provinciale	
10	Costruire un rapporto con il cittadino basato su una comunicazione efficace, partendo da come si raccolgono punti di vista e attese ancora prima di come si procede a mettere a disposizione informazioni	
11	Creare i presupposti per un confronto onesto e aperto con quanti oggi contribuiscono a costruire l'opinione pubblica, siano essi i media (anche attraverso le tecnologie della comunicazione, come internet) o i gruppi organizzati attorno a problemi specifici di salute	

Nelle aziende ospedaliere sta crescendo la consapevolezza che la valorizzazione dei propri "luoghi di conoscenza" - le competenze, spesso esclusive, degli operatori, i database, le procedure … - sia fondamentale per sostenere i processi decisionali, gestionali e per migliorare la qualità dei servizi offerti. Emerge sempre più forte, di conseguenza, l'esigenza di collaudare strumenti e implementare pratiche di knowledge management, intese come sistemi coordinati di risorse e processi di conoscenza in grado di garantire l'alimentazione, l'adeguamento e il rinnovamento degli stock di risorse intellettuali, attraverso meccanismi di apprendimento e di condivisione (knowledge sharing) a livello organizzativo. Il complesso di risorse basate sulla conoscenza, in gran parte intangibili, è compreso nella definizione di capitale intellettuale, inteso come l'insieme delle competenze del personale che opera in Azienda (capitale umano), materiale intellettuale codificato in procedure, banche dati (capitale strutturale o organizzativo), e delle conoscenze veicolate dalle interazioni e relazioni che l'Azienda intrattiene con gli interlocutori esterni (capitale relazionale). Tuttavia, nell'attuale contesto, l'esigenza di una piena valorizzazione del capitale intellettuale stenta ancora a tradursi in un orientamento strategico degli obiettivi aziendali. Sono ancora poche le esperienze di mappatura, analisi e gestione delle risorse che fanno parte del capitale intellettuale, sia per l'assenza di un modello concettuale di riferimento sia per la lentezza con la quale paradigmi teorici sviluppati in ambito privato sono acquisiti e adeguati all'interno delle Aziende sanitarie pubbliche.

In letteratura si riscontra che nel contesto delle Aziende ospedaliere, la rappresentazione della performance attraverso i soli dati di natura economico finanziaria che trovano sintesi nei documenti di bilancio risulta essere scarsamente significativa quando il dibattito è volto a discutere il valore che un'Azienda genera nell'ambito del contesto socio economico di riferimento, quando si ricercano le ragioni della diversità di risultato (di valore percepito) tra aziende che presentano la medesima struttura economico-finanziaria. I risultati ottenibili dalle Aziende sanitarie in termini di qualità delle cure, volume

delle prestazioni, capacità di attrarre i pazienti, immagine, abilità a mantenere e attrarre professionisti qualificati, possono differenziarsi notevolmente da azienda a azienda, anche a parità di risorse impiegate. In accordo con quanto affermato da Roos et altri (Roos G., Roos J., Measuring your company's Intellectual Performance, in Long Range Planning, 1997 vol.30, n.3, pp.413-426), secondo un orientamento strategico il Capitale Intellettuale potrebbe risultare un utile strumento per la gestione e creazione della conoscenza volta aumentare il valore dell'Azienda. Al fine di perseguire tale obiettivo si ritiene indispensabile che i manager sappiano individuare gli elementi del Capitale Intellettuale e ne conoscano la loro entità.

Altri temi prioritari e integrazione

Infine, per quanto concerne l'integrazione e gli altri temi prioritari, sono undici i gruppi al lavoro.

Diagnosi precoce delle malattie tumorali	→	miglioramento attività di screening
Dialisi	→	percorso assistenziale e integrazione professionale
Le reti cliniche territoriali delle cure primarie	→	funzioni nuclei cure primarie, assistenza patologie croniche
Percorso nascita	→	diagnosi prenatale, assistenza ai disturbi emozionali
Politica del farmaco	→	appropriatezza, continuità assistenziale, informazione/formazione
Programma sangue	→	governo di sistema, sicurezza trasfusionale
"Presa in carico" nella salute mentale, dipendenze patologiche e relative fragilità specifiche	→	domiciliarità, continuità nel percorso di cura
Promozione stili di vita sani e rischio infettivo	→	formazione, informazione, educazione alla salute
Sicurezza sul lavoro, sulle strade, domestica, alimentare e ambientale	→	vigilanza, informazione, monitoraggio
Rete Hub & Spoke, rimodulazione della rete ospedaliera e nuovi modelli organizzativi	→	integrazione ospedale/territorio, revisione organizzativa
Integrazione socio-sanitaria	→	processi assistenziali integrati, sostegno alle reti socio sanitarie
Integrazione socio-sanitaria nei Piani di Zona	→	programmazione integrata

18. Diagnosi precoce delle malattie tumorali		
1	Miglioramento "trasversale" della prevenzione oncologica	
2	Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening del collo dell'utero	
3	Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening della mammella	
4	Miglioramento dei processi assistenziali collegati allo screening del colon-retto	

Per la diagnosi precoce delle malattie tumorali il PAL mette in campo, innanzitutto, la realizzazione del Polo senologico unificato, unendo prevenzione e cura, oltre a percorsi per migliorare l'accesso agli screening per collo dell'utero e colon-retto e recuperare coloro che non vi partecipano.

19. Dialisi: obiettivi e interventi		
1	Incentivare lo svolgimento della dialisi peritoneale domiciliare	
2	Consolidare l'attività di prevenzione delle patologie renali croniche	
3	Attività di assistenza psicologica al paziente dializzato presso il centro dialisi di via Pintor	
4	Favorire il percorso assistenziale del paziente dializzato adulto e anziano	
5	Miglioramento del sistema dei trasporti	

6	Integrazione professionale tra personale infermieristico operante nei Centri Assistenza Limitata della Azienda USL e personale infermieristico dell'Ospedale di Parma	

Per la dialisi sarà attivata l'assistenza psicologica ai pazienti e dovrà essere offerta a tutti la possibilità reale di svolgere la dialisi peritoneale domiciliare.

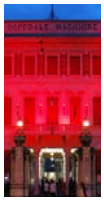
20. Le reti cliniche territoriali delle cure primarie: obiettivi e interventi		
1	Strutturazione funzioni dei nuclei delle cure primarie	
2	Sviluppo del "chronic care model" nella presa in cura di pazienti affetti da patologie croniche	
3	Valorizzazione delle professioni sanitarie nel sistema delle cure primarie	
4	Realizzazione di un sistema di verifica e valutazione della qualità dell'assistenza erogata nelle cure primarie attraverso la definizione dei profili di salute	
5	Sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del governo clinico e clinico assistenziale al fine di promuovere un utilizzo appropriato dei servizi e di qualificare l'erogazione di prodotti effettivamente orientati ai bisogni	
6	Piena realizzazione del progetto SOLE	

Si lavorerà per l'integrazione delle valutazioni su disabilità e non autosufficienza, mentre si investirà per superare le disomogeneità territoriali che esistono per le cure primarie in alcune aree, come pediatria e assistenza domiciliare.

21. Percorso nascita: obiettivi e interventi		
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 anomaliecromosomiche)	
2	Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguatoe tempestivo counselling alla donna, con predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici	
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, puerpuerio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e lasua famiglia	
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 delle linee guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto")	
5	Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della 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	
6	Attuazione di interventi di supporto alla relazione madrebambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno	
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	
8	Garantire un miglioramento della prassi diagnosticoassistenziale 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	
9	Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero	
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	
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	

Per il percorso nascita si investirà, tra l'altro, per migliorare le diagnosi prenatali con l'addestramentio di 4 ecografisti entro un anno e l'acquisto delle strumentazioni necessarie entro il 2009 nei Distretti di Parma e Borgotaro e nel Servizio di diagnostica prenatale.

22. Politica del farmaco: obiettivi e interventi		
1	Miglioramento dell'Integrazione tra le due Aziende Sanitarie provinciali finalizzata al perseguimento della continuità assistenziale Ospedale/Territorio (HT)	
2	Consolidamento e perfezionamento dei percorsi di erogazione diretta e/o distribuzione per conto (DPC)	
3	Prosecuzione dell'attività informativo-formativa nei confronti dei medici, farmacisti, operatori sanitari e cittadini	
4	Sviluppo di farmacovigilanza attiva	
5	Attuazione di azioni per il governo clinico dei farmaci nel complesso delle attività scientifiche di cura e delle attività gestionali riferite alla applicazione dei sistemi di sovrapponibilità clinica e di conduzione delle gare	
6	Sviluppo azioni per la sicurezza nella somministrazione farmaci	



Per la politica del farmaco si promuoverà un maggior utilizzo dei farmaci equivalenti.

23. Programma sangue: obiettivi e interventi		
1	Valorizzazione del ruolo collegiale preposto al "governo di sistema"	
2	Razionalizzazione della raccolta del sangue	
3	Miglioramento della qualità nella gestione del programma sangue	
4	Conservazione e utilizzazione delle cellule staminali	
5	Incentivazione delle donazioni	

24. Presa in carico nella salute mentale, dipendenze patologiche e relative fragilità specifiche: obiettivi e interventi		
1	Completamento e sviluppo di Programmi nell'ambito della implementazione dell'area dipartimentale della Psicologia clinica	
2	Potenziamento del sostegno alla domiciliarità, con adeguate sperimentazioni di forme innovative di supporto alla famiglia e di contrasto all'esclusione sociale	
3	Elaborare un percorso integrato fra Medici di Medicina Generale e il DSMDP	
4	Promozione di comportamenti corretti sui luoghi di lavoro	
5	Sviluppo di progetti integrati di promozione alla salute e agli stili di vita sani, concordati con le diverse Istituzioni che operano sul territorio per la prevenzione del disagio giovanile	
6	Sviluppo del percorso del governo clinico e della appropriatezza prescrititva a livello provinciale, attraverso la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione dei medici di medicina generale e specialisti sul corretto utilizzo dei farmaci psicoattivi	
7	Facilitare gli accessi e la conoscenza dei percorsi assistenziali all'interno dei servizi dipartimentali	
8	Riqualificare l'offerta residenziale e diversificare la rete delle strutture residenziali, individuando opportunità adeguate al trattamento di comorbilità psichiatrica	
9	Perseguire la individualizzazione dei bisogni e la personalizzazione dei percorsi di cura attraverso relazioni negoziali condivise e co-costruite, sviluppando il protagonismo degli utenti e dei familiari	
10	Sviluppare programmi di indagine scientifica e di ricerca in particolare su esordi ed età giovanile	
11	Sviluppare innovazione e "creatività sociale" cogliendo tutte le opportunità indotte dalle nuove tecnologie, creare nuove connessioni e innovando metodologie e strumenti operativi	
12	Sviluppare ed estendere le attività di auto mutuo aiuto	
13	Definire percorsi di ricovero in caso di minori, con particolari problematiche neuropsichiatriche sia in situazioni di emergenza urgenza e sia, nei casi di ospedalizzazione di competenza pediatrica	
14	Individuare continuità nel percorso di cura e interventi integrati nella disabilità adulta per tutti gli aspetti "a confine" fra competenze neurologiche, psichiatriche, e fragilità dovute alla disabilità	
15	Miglioramento delle relazioni sistematiche tra soggetti in Pronto Soccorso o in regime di ricovero e DSM, anche ai fini della presa in carico e/o della continuità assistenziale	
16	Attivare percorsi assistenziali diversificati per tipologia di dipendenza (tipo di sostanze di abuso/ fasce di età/ nuove dipendenze da droghe legali) e per intensità assistenziale	
17	Sviluppare percorsi per le "dimissioni difficili" valutando l'adeguatezza dell'offerta psico-geriatrica in ambito ospedaliero e residenziale, facilitando il coordinamento fra i diversi soggetti istituzionali	
18	Sviluppare e attivare interventi di supporto e di sostegno psicologico nelle situazioni di emergenza-urgenza e di ADI	

Si lavorerà nella salute mentale per riqualificare l'offerta residenziale, potenziare il sostegno alla domiciliarità, innovare l'offerta e coinvolgere sempre più pazienti e familiari. Investimenti anche per alzare la sicurezza trasfusionale, mentre la raccolta di sangue intero sarà affidata alle associazioni dei donatori.

25. Promozione stili di vita sani e rischio infettivo: obiettivi e interventi		
1	Monitorare e promuovere corretti stili di vita sull'alimentazione	
2	Promuovere formazione, informazione e monitoraggio sul rischio infettivo	

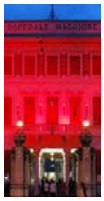
Investimenti anche in direzione della promozione di stili di vita sani: una scelta necessaria, visti i dati che raccontano come in provincia i fumatori siano il 39%, le persone sovrappeso il 38% e coloro che assumono almeno 5 porzioni quotidiane di frutta o verdura appena il 15%.

26. Sicurezza sul lavoro, sulle strade, domestica, alimentare e ambientale: obiettivi e interventi		
Salute e sicurezza sul lavoro		
1	Potenziamento dell'attività di vigilanza a fini di prevenzione, nel rispetto delle indicazioni Nazionali e Regionali	
2	Promuovere la prevenzione nelle piccole e medie imprese ed in settori produttivi critici, d'intesa con le parti sociali	
3	Sviluppare processi integrati con le parti sociali e le Istituzioni volte ad assicurare equità di accesso alle prestazioni e di tutela nei confronti di fasce deboli di popolazione lavorativa	

4	Promuovere le tematiche della salute e sicurezza sul lavoro nell'Istituzione Scolastica ed Universitaria in quanto ambiti strategici per lo sviluppo di una nuova e consapevole cultura della prevenzione	
5	Concorrere alla promozione di stili di vita sani attraverso iniziative integrate sul binomio dipendenze e lavoro	
6	Monitoraggio delle malattie professionali	
7	Sviluppo della sicurezza ambientale	
Sicurezza alimentare		
8	Attività di formazione per il mantenimento della qualifica degli operatori già in possesso del titolo di auditor e completamento per tutti gli operatori della formazione sui temi specifici della sicurezza alimentare	
9	Applicazione, verifica e manutenzione delle procedure di controllo ufficiale validate dal servizio veterinario e igiene degli alimenti della Regione, con la consultazione e collaborazione dei portatori d'interesse	
10	Supportare la crescita culturale dei produttori, collaborando per momenti di formazione e confronto	
11	Sviluppare il sistema delle supervisioni e degli audit interni, come elemento di miglioramento delle attività di controllo ufficiale e azione concreta per l'uniformità delle valutazioni tra gli operatori del controllo ufficiale	
Sicurezza stradale		
12	Realizzazione del progetto "Alcol e guida" - Progetto di prevenzione secondaria della guida in stato di ebbrezza, rivolto alle persone in età 18-25, che hanno sostenuto un "fermo" per guida in stato di ebbrezza, da svolgere in collaborazione con vari partner, tra cui la Prefettura di Parma	
13	Accrescere la cultura della prevenzione degli incidenti stradali tra i dipendenti delle Aziende Sanitari,e nonché tra i vari partner di queste	
14	Studio di fattibilità di un percorso di miglioramento della rete integrata emergenza-urgenza	
15	Realizzazione di un progetto specifico sulla percezione del rischio nelle scuole secondarie superiori	
Sicurezza ambienti di vita		
16	Dare piena attuazione agli interventi previsti dal progetto di prevenzione delle cadute nei bambini di età 0–3 anni e valutare la possibilità di estendere il progetto ad altri ambiti territoriali	
17	Promuovere il miglioramento dell'operatività dell'inserimento dei Pronto Soccorso dell'Azienda U.S.L. di Parma nel sistema di sorveglianza nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione - SINIACA)	
18	Strutturare forme di coordinamento ed integrazione tra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti nella realizzazione degli obiettivi	
19	Valutare la fattibilità di effettuare a livello locale gli interventi previsti nel progetto di prevenzione delle cadute degli anziani a domicilio, definendo anche gli ambiti territoriali	

Sul fronte della sicurezza per contrastare gli infortuni il tasso di controllo sulle unità locali sarà portato al 9% nel 2009 e al 10% nel 2010, mentre sono previste – tra l'altro – azioni di prevenzione mirata sui 18-25enni fermati per guida in stato di ebbrezza.

27. Rete hub and spoke, rimodulazione della rete ospedaliera e nuovi modelli organizzativi: obiettivi e interventi		
1	Rivalutazione del fabbisogno di posti letto e nuove modalità organizzative	
2	Progettazione, in una logica di gradualità e continuità della cura, di aree di assistenza ospedaliera a valenza internistica, collocate tra la gestione dell'acuzie e la post-acuzie, in grado di gestire il processo di stabilizzazione dei pazienti polipatologici e complessi, ivi compresi i pazienti nel post-operatorio non immediato, che abbia come esito il trasferimento in lungodegenza o presso i servizi territoriali o il domicilio. Tale progettazione richiede sia una revisione organizzativa degli attuali modelli ospedalieri, prevalentemente orientati sulle singole discipline o specializzazioni, sia il ridisegno del profilo delle competenze di parte dei professionisti internisti	
3	Perseguimento di una maggiore integrazione tra presidi e servizi ospedalieri e territoriali, per assicurare una completa presa in carico del paziente cronico, con particolare riferimento ai non autosufficienti, secondo criteri di "progressività" delle cure e secondo livelli assistenziali differenziati e graduali	
4	Ulteriore implementazione nell'offerta di servizi hospice alla popolazione del Distretto di Parma e di posti letto per pazienti con gravi deficienze acquisite	
5	Approfondimento sui determinanti della maggiore ospedalizzazione in età pediatrica a Parma rispetto alla media regionale e sulla necessità di attuare/potenziare modalità di trattamento alternative al ricovero ospedaliero	
6	Azioni volte ad assicurare maggiore efficienza, sia attraverso la programmazione della dimissione e della presa in carico, sia mediante la definizione e l'utilizzo di protocolli diagnostici interni, con conseguente positiva incidenza sulle rilevazioni dei dati di degenza media	
7	Promuovere interventi multispecialistici e multiprofessionali, a fronte di una tendenza dell'ospedalizzazione in calo nei prossimi anni, anche se in modo meno marcato rispetto ai primi anni del periodo analizzato	
8	Conferma della dotazione complessiva di p.l. di Day Hospital (sostanzialmente stabile negli ultimi 9 anni), migliorando ulteriormente l'appropriatezza dei Day Hospital medici a favore di una ulteriore incremento dell'attività chirurgica	
9	Sviluppo di percorsi comuni tra i diversi soggetti ospedalieri, pubblici e privati, con offerta riabilitativa per i residenti in provincia e il miglioramento delle capacità della rete territoriale sanitaria e sociosanitaria di offrire opportunità diversificate e flessibili a seconda dei bisogni dei pazienti, in particolare per dare continuità agli interventi ospedalieri di riabilitazione intensiva	
10	Promuovere l'integrazione funzionale tra le diverse strutture di Lungodegenza presenti in provincia, mediante il ricorso sia a strumenti del governo clinico e del confronto tra professionisti (audit, gruppi di lavoro, tavoli congiunti, ecc.), sia a quelli di tipo giuridico-amministrativo, traducendo, per quanto possibile, le condivisioni tecniche in contenuti degli Accordi di fornitura	



Si lavorerà per migliorare l'organizzazione della rete ospedaliera complessiva che vanta comunque già buoni risultati: nel 2007 a fronte di un 14% di pazienti parmensi che andavano a farsi curare fuori provincia, si registrava un tasso di ricovero di pazienti di altre province pari al 14,5% nelle strutture Ausl e del 22% nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

28. Integrazione socio-sanitaria: obiettivi e interventi		
1	Omogeneizzazione dei criteri di valutazione integrata della disabilità e della non autosufficienza	
2	Qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche	
3	Armonizzazione delle funzioni specialistiche dei Servizi con le funzioni di prossimità e di accompagnamento	
4	Sviluppo di programmi di sostegno alle reti socio sanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili e fasce sociali deboli	

"La sanità del futuro il PAL 2009-2011: priorità e obiettivi"

Un disegno della sanità per il futuro: questo l'obiettivo del ***convegno*** che la Conferenza territoriale sociale e sanitaria ha realizzato a fianco delle due Aziende sanitarie il 15 aprile 2009 a Parma. La presentazione del Piano attuativo locale 2009-2011 e, in particolare, delle priorità del triennio 2009-2011, ha visto il dettaglio dei principali elementi distintivi.

Gli obiettivi contenuti nel Piano attuativo locale 2009-2011 dunque sono stati presentati nel convegno "La sanità del futuro il pal 2009-2011: priorità e obiettivi", dimostrando come il documento tratteggi il futuro della sanità parmense.

La giornata di lavoro, premiata da una partecipazione di oltre 450 persone, ha portato alla luce il contributo di tutti i gruppi di lavoro.

Come riportato in modo analitico nel precedente paragrafo, quattro sono le macro aree sulle quali il Pal è stato articolato: l'area dell'accessibilità, delle priorità tematiche e della integrazione, della continuità e dell'innovazione tecnologica e dello sviluppo del capitale intellettuale.

"*Questa seconda edizione del Pal è il frutto di un percorso molto positivo che abbiamo avviato quattro anni fa, e che ci ha portato a cambiare i fondamentali della sanità parmense, cosa non scontata né facile* – ha commentato il presidente della Conferenza territoriale sociale e sanitaria Vincenzo Bernazzoli**,** aprendo i lavori – *Siamo riusciti a fare della partecipazione dal basso una metodologia efficace di programmazione, è un salto culturale importante che sta alla base di un sistema socio-sanitario che vuole e può migliorare ancora, per essere sempre più a misura dei cittadini, accessibile da ogni parte del territorio provinciale, presente e in grado di dare risposte di qualità*".

Il nuovo PAL, realizzato grazie al lavoro di tanti professionisti, al coinvolgimento di tutti i Comuni del territorio, e con il contributo delle forze sociali, del volontariato e degli organismi di rappresentanza dei cittadini, fissa priorità e obiettivi delle Aziende sanitarie.

L'occasione, in particolare, è servita a rimarcare che, partendo dall'analisi della situazione e dei bisogni dei cittadini, si possono mettere in campo proposte concrete per consolidare e accrescere i servizi sanitari e socio-sanitari della provincia.

"*La metodologia che abbiamo adottato è la massima espressione di democrazia partecipativa, che finora ci ha consentito di ottenere i risultati che ci eravamo prefissi nella programmazione precedente, e oggi ci permette di partire da una situazione già positiva per fare un ulteriore salto di qualità*" – ha commentato nel suo saluto al convegno Massimo Fabi, Direttore generale dell'Azienda Usl di Parma.

Un giudizio positivo è giunto anche dal Direttore generale della nostra Azienda, Sergio Venturi, che ha sottolineato "*il grande sforzo fatto dai professionisti che ogni giorno sono stati in grado di garantire la risposta del sistema sanitario ai bisogni dei cittadini. Il significato dei lavori è una verifica del lavoro svolto e un ulteriore stimolo a proseguire nella direzione intrapresa*".

Il principale punto di forza del PAL, e vero successo della giornata, è stato è il coinvolgimento dei territori e delle forze sociali con il riconoscimento del ruolo fondamentale degli Enti locali e delle responsabilità che devono assumersi in merito alla programmazione, delle scelte che sono chiamate a compiere. Un processo faticoso e nuovo, che ha segnato il superamento di una storica distanza tra la Sanità e gli Enti locali, aprendo verso una prospettiva di risposte concrete ed efficaci per l'utenza.

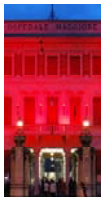
"Bilanci di missione e governance del sistema sanitario pubblico"

La governance come metodologia di lavoro degli Enti Locali e i Bilanci di Missione come strumenti di rendicontazione delle Aziende rappresentano due fattori determinanti per l'innovazione nei processi di programmazione e di gestione alla base della costruzione del nuovo welfare di comunità. Il Bilancio di

Missione, infatti, si caratterizza come strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda sanitaria, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve "dare conto". Su questa relazione che si instaura naturalmente tra gli strumenti di programmazione – tra cui il piano attuativo locale – e quelli della rendicontazione tra cui i Bilancio di missione – si è ritenuto di volere costruire un momento di riflessione pubblica con un convegno realizzato in città dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria e le due Aziende sanitarie, il 17 marzo 2009 e denominato "Bilanci di missione e governance del sistema sanitario pubblico". L'iniziativa, alla quale è stato invitato il mondo del volontariato in sanità e dell'associazionismo, ha ospitato la presentazione del progetto di modello integrato per il sistema Parma. Esso potrebbe offrire il Bilancio di missione come un'opportunità di lettura del sistema a livello provinciale, uno strumento di trasparenza in mano al pubblico che dia conto della complessità del sistema e risponda alla mission del sistema sanitario provinciale nel suo complesso. "Il progetto, che si ispirerebbe ai principi di centralità della persona, diritto all'informazione, trasparenza, costruirebbe uno scenario unico e renderebbe più comprensibile il mondo della sanità, proponendo un raccordo con la programmazione": l'illustrazione del progetto è stata affidata alle parole del Direttore generale dell'Azienda Usl Massimo Fabi che ha posto l'enfasi su alcuni importanti programmi già realizzati alla data del convegno dalle Aziende sanitarie in modo congiunto. Tra questi: le reti integrate dei servizi - la rete cardiologica e il sistema dell'emergenza-urgenza - le funzioni trasversali e i percorsi di assistenza i quali, anche per la loro complessità, si presentano agli occhi del cittadino come servizi di *carattere sanitario*, senza che possa essere possibile desumere, senza competenze particolari, se di appartenenza di una Azienda piuttosto che dell'altra.

Ai lavori, ai quali hanno preso parte oltre 250 persone, hanno partecipato, in qualità di relatori, l'assessore regionale Giovanni Bissoni, il presidente di area vasta Emilia nord, nonché direttore generale dell'Ausl di Reggio Emilia, Mariella Martini e i Direttori generali delle due Aziende sanitarie di Parma. Ai Direttori amministrativi delle Aziende è stato affidato il compito di presentare, in modo concertato, i risultati dei rispettivi documenti Bilanci di Missione. L'apertura dei lavori è stata affidata al presidente della Conferenza territoriale sociale e sanitaria Vincenzo Bernazzoli che ha posto l'enfasi sulla Conferenza come promotore a livello locale della governance nel servizio sanitario pubblico, e – da primo cittadino della provincia - ha auspicato un avvicinamento della sanità alle esigenze del territorio. L'idea sostenuta nell'incontro è quella di un welfare di comunità, per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del "pubblico" e, allo stesso tempo, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e delle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura.

Il presupposto è determinato dalla consapevolezza che non si possa definire un punto di vista unico capace di interpretare e orientare la realtà a favore del bene comune. La sfida comune lanciata dai lavori della giornata, dunque, consiste nella comprensione che solo una condivisione di intenti tra i diversi attori sociali, pur nel rispetto dei livelli di responsabilità e delle differenze reciproche, può portare quel valore aggiunto essenziale al benessere collettivo e individuale dato dalla coesione sociale.



3.2 Universalità ed equità di accesso

Governo delle liste di attesa

Il programma della specialistica ambulatoriale e il Piano di contenimento dei tempi di attesa

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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

- Il programma dell'Assistenza specialistica ambulatoriale (2005) che, in applicazione della DGR 293/2005 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno" ha preso in esame in maniera integrata la domanda e l'offerta di prestazioni e la progettazione di interventi finalizzati all'ampliamento dell'offerta nelle aree critiche, alla razionalizzazione della struttura erogatrice e dei percorsi di accesso, al governo della domanda e al miglioramento dell'appropriatezza. Tale documento ha trovato piena compatibilità con il Piano Attuativo Locale.
- Il Piano provinciale per il governo dei tempi di attesa (2007) che, in applicazione della DGR 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.

Il presente documento vuole rappresentare una sintesi per una programmazione integrata in cui mettere in parallelo le azioni di governo della specialistica ambulatoriale con la necessità di rimodulare il piano provinciale dei tempi di attesa, nello stesso contesto di sviluppo organizzativo del sistema.
La procedura di lavoro seguita è la seguente:

- Analisi del contesto provinciale con particolare attenzione all'andamento della produzione, dei consumi, della mobilità e dei tempi di attesa;
- Adeguamento del programma di assistenza specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alle azioni di governo integrato dell'offerta, della domanda e con la definizione dei fabbisogni in termini di produzione aziendale e distrettuale anche ai fini dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- Adeguamento del piano provinciale dei tempi di attesa con particolare riferimento ai piani di produzione, in un'ottica di sviluppo complessivo del sistema. Questa parte è stata sviluppata in due momenti:
  a) In una prima fase (aprile 2009) è stata fatta una valutazione relativa all'offerta settimanale di prestazioni programmabili e differibili in coerenza con il precedente piano attuativo della DGR 1532/06.
  b) Nella seconda fase (luglio-ottobre 2009) a seguito dell'emanazione della DGR 1035/09 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/06" si è provveduto alla stima dei volumi del Piano di produzione (ex allegato 4 – D.G.R. 1035/09).

Gli obiettivi del programma

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

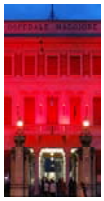
Da qui sono state costruite le seguenti proposte operative di sviluppo approvate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria:

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

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

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

Miglioramento dell'accesso
Obiettivo 1 – Informatizzazione integrata dei percorsi ambulatoriali
Intervento 1.1 – Informatizzazione del percorso semplice con adozione della scheda ambulatoriale
Intervento 1.2 – Informatizzazione completa dei Day Service Ambulatoriali (completamento dei DSA2) con adozione della scheda ambulatoriale
Intervento 1.3 – Gestione in rete dei referti informatizzati con condivisione sia per MMG che per accessi da parte di



specialisti
Obiettivo 2 – Miglioramento dei percorsi di accesso alla prenotazione e garanzia dei tempi di attesa
Intervento 2.1 – Consolidamento della rete di prenotazione per prestazioni non complesse (presente in tutti i comuni)
Intervento 2.2 – Miglioramento dell'accesso alle prestazioni di diagnostica strumentale che prevedono la prenotazione solo presso la struttura (es. PdA) attraverso una riqualificazione della rete di prenotazione ed eventuale differenziazione tra sportelli di 1° e 2° livello
Intervento 2.3 – Diffusione informativa ai professionisti dell'andamento dei tempi di attesa su portale WEB
Intervento 2.4 – Miglioramento dell'uso della reportistica sui tempi di attesa da parte dei dirigenti di struttura per il raccordo tempestivo con la offerta di prestazioni
Obiettivo 3 – Disponibilità delle prestazioni nel sistema CUP
Intervento 3.1 - Rendere visibili a CUP le prenotazioni per tutte le prestazioni programmabili, differibili e programmate (controlli) superando l'autogestione
Intervento 3.2 - Adozione di reportistica interna per i professionisti e per le Direzioni di Ospedale e Distretto sull'incidenza della prenotazione rispetto alle prestazioni erogate

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

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

Piano di produzione

Il Piano di produzione è stato attuato a due livelli:

- Una prima valutazione complessiva dei volumi di offerta settimanale per soddisfare i fabbisogni per le singole prestazioni
  - Tale valutazione è stata effettuata applicando una formula aziendale relativa al calcolo dell'offerta ottimale (*Offerta ottimale = Tempo di attesa attuale * Offerta attuale / standard di riferimento*)
- Una successiva valutazione (ex DGR 1035/09 – allegato 4) in cui si sono stati valorizzati i volumi di attività delle prestazioni richieste. L'analisi è stata sviluppata per articolazione (Distretti e Azienda Ospedaliera) tenendo conto delle modalità di accesso.

Prestazioni a monitoraggio e livello di garanzia

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

Tempi di attesa per i ricoveri

La gestione delle liste d'attesa rappresenta il terreno elettivo per il governo clinico inteso come strutturazione e implementazione di politiche volte a fare fronte correttamente al tema dell'appropriatezza e ad introdurre strategie operative di gestione razionali.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per l'anno 2009, in osservanza delle indicazioni della D.G.R. 6 novembre 2006 n. 1532 e successive integrazioni, ha valutato i tempi di attesa per i ricoveri ed ha individuato alcune strategie per ricondurre gli stessi nel range degli standard regionali

La Direzione Sanitaria in collaborazione con i clinici, attraverso l'analisi congiunta della documentazione clinica, ha identificato alcune criticità e adottato interventi correttivi quali:

- il corretto inserimento dei pazienti in lista d'attesa mediante un percorso ambulatoriale (Day Service Dipartimentale) agevole ed efficiente, caratterizzato dalla concentrazione in tempi ristretti delle prestazioni erogabili, al fine di ottenere una diagnosi in tempi brevi e tali da garantire l'accesso in pre-ricovero chirurgico (ad esempio si ricorda che per gli interventi chirurgici programmati, l'inserimento in lista d'attesa non deve avvenire in fase diagnostica ma nel momento in cui il clinico, verificata l'eleggibilità, concorda con il paziente l'esecuzione dell'intervento);
- l'utilizzo adeguato dei Codici di Gravità sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione che ha individuato come riferimento la classificazione in quattro Classi di Priorità (A, B, C, D) previste dall'Accordo Stato – Regioni 11 luglio 2002, in maniera da facilitare il governo dei tempi di attesa ad interventi elettivi, oggetto di monitoraggio regionale e per i quali si osservano tempi superiori alla soglia regionale;
- l'implementazione dell'attività istituzionale attraverso l'effettuazione di prestazioni in regime di attività aggiuntiva al fine di ridurre le liste di attesa e garantire una migliore risposta alle richieste ed ai bisogni dei cittadini.

Progetto SOLE

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso del 2009 il progetto SOLE è stato esteso ai medici pediatri di libera scelta (PLS) di cui ne sono stati collegati trentadue unità (pari al 64% del totale). Contestualmente è proseguita l' attivazione dei medici di medicina generale MMG, che hanno raggiunto un grado di copertura pari al 91% del totale (273 unità).

La realizzazione del Progetto SOLE nelle Aziende Usl e Ospedaliera di Parma è proseguita con le seguenti attività di carattere gestionale e progettuale.

La refertazione informatizzata integrata in SOLE per la radiologia dell' Azienda Usl di Parma è stata completata. Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera è stata testata e collaudata una versione di integrazione con CDA2.

L'attività formativa dei medici è stata rivolta prevalentemente ai medici PLS a cui sono stati erogati 4 corsi di formazione base all'uso del PC e della cartella clinica. È proseguita anche l'attività di ripresa formativa nei confronti degli operatori Cup finalizzata a migliorare e completare le modalità di prenotazione Cup in SOLE. Ciò ha comportato un netto miglioramento del rapporto percentuale tra prenotazioni e prescrizioni che a fine anno si è attestato ad un valore medio pari al 21%.

Per incrementare ulteriormente il volume di prenotazioni Cup in SOLE, sono state attivate le prime 9 farmacie della provincia di Parma distribuitefra il Distretto di Parma (3) e gli altri Distretti (6) dell'Azienda Usl.

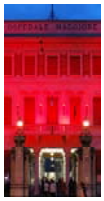
Nel corso dell'anno è proseguita l'attività di gestione del catalogo SOLE con particolare attenzione alla transcodifica degli esami in fase di refertazione per semplificare ulteriormente la fase di caricamento dei risultati nel software di cartella clinica.

Per il progetto "Carta Operatore" sono state richieste complessivamente 1.144 carte operatore per il personale dirigente medico e amministrativo e per i medici MMG e PLS di cui ne sono state attivate circa il 50%. Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, al 31 Dicembre 2009, sono state attivate 307 carte operatore rispetto alle 501 richieste.

Sono stati collegati in SOLE i 4 centri diabetologici dei Distretti Usl, ognuno rispettivamente con una medicina di gruppo individuata in accordo con le Direzioni Distrettuali dei Dipartimenti di Cure Primarie. Inoltre ai medici specialisti ed MMG coinvolti nella sperimentazione sono state erogate sessioni formative orientate all'utilizzo delle nuove funzionalità software di scambio dati.

In accordo con la Direzione Sanitaria e le Direzioni dei Dipartimenti di Cure Primarie dell'Azienda Usl sono stati individuati i Nuclei di Cure Primarie presso i quali attivare la sperimentazione delle reti orizzontali in SOLE. Inoltre sono anche state attivate le reti per gli NCP di Medesano e la medicina di rete "Amico Pediatra" a Parma.

Sono stati attivati i nuovi servizi di visualizzazione del cedolino del medico MMG/PLS sul portale del progetto SOLE e la gestione informatizzata della campagna vaccinale per l'influenza H1-N1, sia per i medici specialisti del Distretto di Sanità Pubblica, che per i medici MMG/PLS che hanno aderito.



Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso dell'anno 2009 è stata data piena attuazione ai contenuti ed alle novità introdotte con la D.G.R. 374/2008 in merito all'assistenza odontoiatrica.
L'introduzione della D.G.R. 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sanitaria e di vulnerabilità sociale, che permettono l'accesso alle cure.

Nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino al limite di euro 22.500 conseguentemente le fasce ISEE sono diventate cinque mentre per quanto riguarda la vulnerabilità sanitaria, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie.

Uno degli aspetti più rilevanti introdotti dalla Delibera riguarda gli assistiti con grave disabilità psicofisica, è stato pertanto istituito il percorso che consente alle Commisioni Invalidi Civili Aziendali, l'identificazione e la certificazione degli appartenenti a questa categoria di vulnerabilità.
È stato altresì attivato un sistema di monitoraggio semestrale delle certificazioni prodotte.

Per quanto attiene i pazienti oncoematologici che sono stati di recente riconosciuti quale categoria di vulnerabili sanitari, è attivo un servizio di screening odontostomatologico con controlli periodici (ogni 4 mesi) sui pazienti oncoematologici candidati a terapia con bifosfonati o sottoposti a trattamenti con bifosfonati ad alte dosi, al fine di ridurre, attraverso le cure odontostomatologiche e la corretta informazione dei pazienti, l'insorgenza di complicazioni quali l'osteonecrosi dei mascellari. Dall'anno 2004 ad oggi sono stati intercettati e trattati presso l'U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 146 pazienti affetti da tale condizione.

Per i pazienti con vulnerabilità sanitaria non collaboranti, dall'inizio del 2009 è stata ufficializzata l'attività odontoiatrica in anestesia generale presso le sale operatorie della Day Surgery dell'Azienda Ospedaliera.

Nell'anno 2009 le due Aziende hanno attivato le attività legate alle campagne di prevenzione previste nel Programma di Assistenza Odontoiatrica definito in coerenza con quanto stabilito nella D.G.R. 374/2008, per le quali nel corso del 2008 erano state promosse e realizzate le attività preliminari.

Campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia:
Il 23 Maggio 2009 si è tenuto il Convegno "prevenzione odontoiatrica nella gravidanza e nell'infanzia" rivolto a MMG, PLS, Pediatri di Comunità, Odontoiatri, personale sanitario del Servizio di salute donna, nell'ambito del quale è stato presentato l'opuscolo "La prevenzione odontoiatrica: inizia da un sorriso", che ha dato avvio alla prima campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia.
Campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta ai bambini delle scuole primarie:
È stato predisposto in collaborazione con il Provveditorato agli studi e la Provincia il programma di prevenzione primaria "Sorridi alla prevenzione" indirizzato agli alunni delle classi seconde della scuola primaria, da avviarsi nel corso dell'anno scolastico 2009-2010 su tutto il territorio provinciale. Il Programma, che è stato inserito nei Piani di Offerta Formativa delle scuole, vedrà gli insegnanti, opportunamente formati da parte degli odontoiatri aziendali, direttamente coinvolti nel trasmettere agli alunni le buone pratiche per una corretta igiene orale.

Un'altra delle innovazioni apportate dalla D.G.R. 374/08 è rappresentata dall'utilizzo del flusso relativo all'attività di specialistica ambulatoriale ASA, dal secondo semestre 2008 il flusso ASA costituisce infatti la base informativa utile a verificare lo stato di attuazione del programma regionale di assistenza odontoiatrica all'interno delle aziende.
Anche al fine di monitorare la qualità di tale dato, nell'anno 2009 è stato attivato un gruppo di miglioramento costituito da personale sanitario e amministrativo delle due Aziende, operante nel campo dell'odontoiatria. Sarà inoltre compito del gruppo di lavoro, il superamento alcune delle criticità del sistema e l'approfondimento in particolare degli aspetti del Programma introdotti dalla D.G.R. 374/2008. Quanto elaborato verrà presentato in un documento tecnico in cui verranno anche sottolineati gli aspetti che permetteranno una rendicontazione dell'attività più coerente con quanto effettivamente erogato e conseguentemente di migliorare la qualità del dato ASA.

Per chiudere il quadro delle azioni 2009, si richiama brevemente l'installazione, terminata nel 2009 appunto, delle nuove attrezzature odontoiatriche e radiologiche (6 riuniti odontoiatrici completi con monitor e PC integrati e di sistemi di radiovisiografia digitale indorale) presso l'U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, compresa la sostituzione degli impianti di aspirazione e di compressione, acquistati con i finanziamenti Regionali previsti dal Programma di assistenza odontoiatrica approvato con D.G.R. 2678/04, che prevedeva il rinnovo graduale della dotazione tecnologica presente nelle strutture pubbliche (investimenti in Sanità, ex art. 36 L.R. 38/2002, odontoiatria seconda fase). È avvenuta, inoltre, l'integrazione del sistema di videoradiografia digitale con il sistema RIS/PACS aziendale.
L'Azienda Usl ha provveduto all'aggiornamento tecnologico impiantistico dei propri ambulatori con l'acquisizione nel corso del 2009 di cinque riuniti odontoiatrici finanziati tramite risorse regionali (Programma Regionale di investimenti in Sanità art36 L.R. 38/2002).
Di questi, un riunito è stato destinato al Polo Sanitario di Fornovo Taro in sostituzione dell'esistente, gli altri quattro consentiranno, presumibilmente a partire dal 2010, un ampliamento dell'attività con l'apertura di un ambulatorio odontoiatrico presso il Polo Sanitario di Traversatolo e l'avvio del Polo Odontoiatrico di Medesano.

Programmi di screening: screening dei tumori del colon-retto

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

A partire da marzo 2005, il Servizio Sanitario Regionale ha avviato un programma regionale per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, rivolto a oltre un milione di persone, donne e uomini, dai 50 ai 69 anni.
Questo programma prevede l'esecuzione di un test semplice e gratuito, la ricerca del sangue occulto nelle feci, da ripetere ogni due anni. In caso di positività, viene proposta la colonscopia per approfondimento diagnostico ed ogni altro eventuale accertamento si rendesse necessario, sempre a titolo completamente gratuito.
A completamento dell'offerta di prevenzione, viene proposta la colonscopia o il test del sangue occulto ai familiari di primo grado a cui sia stato riscontrato un tumore maligno intestinale: sono previste inoltre iniziative rivolte alle persone tra 70 e 74 anni che non hanno effettuato alcun accertamento negli ultimi 10 anni.
Nella provincia di Parma il programma interessa più di 100.000 persone, il 40% delle quali residente in città. L'organizzazione si differenzia dagli altri screening di popolazione già in atto per alcune caratteristiche peculiari: fin dalla progettazione, si è trattato di progetto interaziendale, sviluppatosi attraverso la costituzione di un gruppo costituito da professionisti delle due Aziende sanitarie, all'interno del quale sono stati individuati un Responsabile di Programma e un Responsabile Organizzativo. Il Centro Screening, presso il presidio ospedaliero di Fidenza, ha il compito di segreteria organizzativa, gestione inviti e gestione agende secondo livello: i centri di secondo livello (colonscopie) agiscono in sinergia coordinati da un responsabile di secondo livello.

Altro carattere distintivo è la collaborazione attiva da parte del volontariato nella gestione della consegna e ritiro del test: partendo dalla considerazione che già da 15/20 anni le associazioni di volontariato del territorio hanno avviato campagne di sensibilizzazione sul tema della prevenzione del tumore del colon retto, ottenendo luisinghieri risultati in termini di partecipazione, e che tali associazioni sono presenti in modo capillare sul territorio, si è sviluppata una proficua collaborazione su tutto il territorio provinciale. A rotazione, nell'arco del biennio del round di screening, vengono attivati sportelli per la consegna e il ritiro dei campioni in comuni, sia presso le sedi delle associazioni che presso i comuni .
I risultati dei primi anni di campagna sono lusinghieri: la partecipazione si avvicina al 60%, e coloro che si presentano ai round successivi dopo avere effettuato il primo, sono più dell'80%.

Fasce d'età	Invitati anno 2009
50 – 54 anni	8061
55 - 59 anni	6760
60 – 64 anni	8258
65 – 69 anni	8253
Totale	31332

Fasce d'età	Aderenti anno 2009	%
50 – 54 anni	4088	50,7
55 - 59 anni	3854	57,0
60 – 64 anni	4954	60,0
65 – 69 anni	4635	56,2
Totale	17531	55,9

Occorre incentivare l'informazione sia verso la popolazione che presso i Medici di Medicina Generale, per aumentare l'adesione nelle fasce di età più giovani, per le quali si intravede un notevole margine di miglioramento.

Positività al FOBT riscontrata: n. 739 cittadini (4,21%).
Caratteristica unica a livello regionale è la collaborazione delle Associazioni di Volontariato su tutto il territorio provinciale per la informazione, la distribuzione e la raccolta dei contenitori per la ricerca del sangue occulto. Sarà oggetto di un percorso di miglioramento organizzativo il modello di distribuzione dei contenitori con supporto e integrazione con Punti AUSL in quelle realtà a più bassa adesione.

Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani

Il sistema di rilevazione regionale emiliano-romagnolo PASSI ha riscontrato nel 2008 che poco meno della metà (43%) della popolazione regionale presenta un eccesso ponderale (dato sovrapponibile al 2007), che complessivamente circa 1 milione e 300mila persone di 18-69 anni sono in eccesso ponderale, di cui 300mila obesi, che l'eccesso ponderale nella popolazione cresce con l'età, con il basso livello d'istruzione, con le difficoltà economiche, senza differenze significative di prevalenza (dal 38% al 49%) tra le province della regione.
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. In questa prospettiva, nell'ottobre del 2009 si è tenuta la II edizione dell'Obesity Week, settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita, iniziativa di sensibilizzazione su sovrappeso e salute. Per l'occasione, il Centro Obesi della SSD Dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia ha realizzato un'attività informativa ed educazionale, in forma gratuita e ad accesso diretto per gli utenti.
Inoltre, il programma della settimana è stato caratterizzato da un insieme di otto tra eventi, convegni, seminari, tavole rotonde che hanno coinvolto a vario titolo, oltre all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, istituzioni locali, come Comune e Provincia di Parma, Azienda Usl di Parma, Università degli Studi, Croce Rossa Italiana (CRI), la Lega per la Lotta contro i Tumori (LILT), la Scuola internazionale di Cucina Italiana (ALMA), associazioni di volontariato, Camera di Commercio, industrie agro-alimentari (Parmalat, consorzi), eccetera.
Nel corso del 2009, 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 2009/2010, 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

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2009 è di 433.096 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 45.994, equivalente al 10,6% del totale dei residenti. Dal 1° gennaio 2007 al 1° gennaio 2009 nella provincia di Parma si è assistito ad un aumento del 35% della popolazione residente di origine straniera, passando dall'8,1% di tutta la popolazione residente del 2007 al 10,6% del 2009.
Per quanto riguarda la composizione della popolazione migrante residente, essa è costituita per la maggior parte da africani (35%), specialmente del Nord Africa (21% del totale), seguono gli europei dei paesi non comunitari (30%), gli europei comunitari (15%) e gli asiatici (14%).

Grafico1a - Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2009 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza

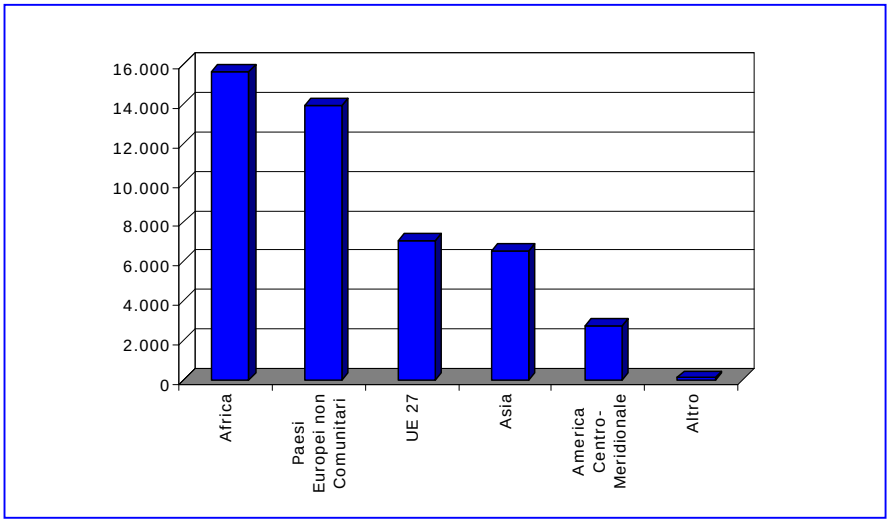
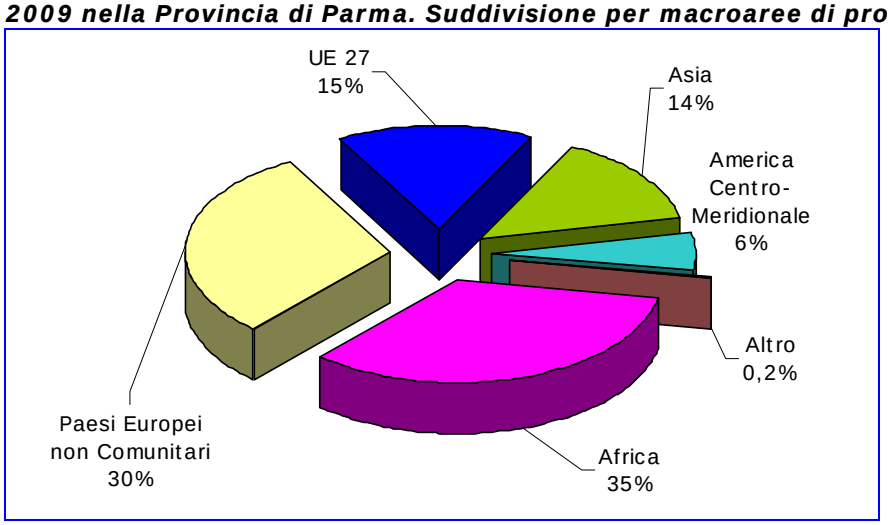


Grafico 1b – Composizione percentuale della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2009 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza



Fonte: www.regione.emilia-romagna.it/statistica

Ricoveri ospedalieri

Nel 2009 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso il flusso regionale SDO, sono stati rilevati 5.254 ricoveri di pazienti stranieri, compresi 624 neonati, corrispondenti al 10% di tutti i ricoveri, di cui l'82% è stato effettuato in regime di ricovero ordinario e il 18% in regime diurno. Negli ultimi due anni è continuato il trend in aumento dei ricoveri nella popolazione straniera (nel 2009 + 15% rispetto al 2007), comunque in linea con l'aumento della popolazione straniera nella provincia di Parma (+ 35% rispetto al 2007).

Tra i pazienti dimessi di nazionalità non italiana, c'è una predominanza di africani, seguiti da pazienti provenienti dall'Est europeo, da asiatici e da europei comunitari, perfettamente corrispondente alla composizione della popolazione migrante residente. Le nazionalità più rappresentate sono quelle albanese, moldava, marocchina, tunisina e rumena, che da sole costituiscono il 50% dei ricoveri di pazienti di origine straniera.

Grafico 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2009

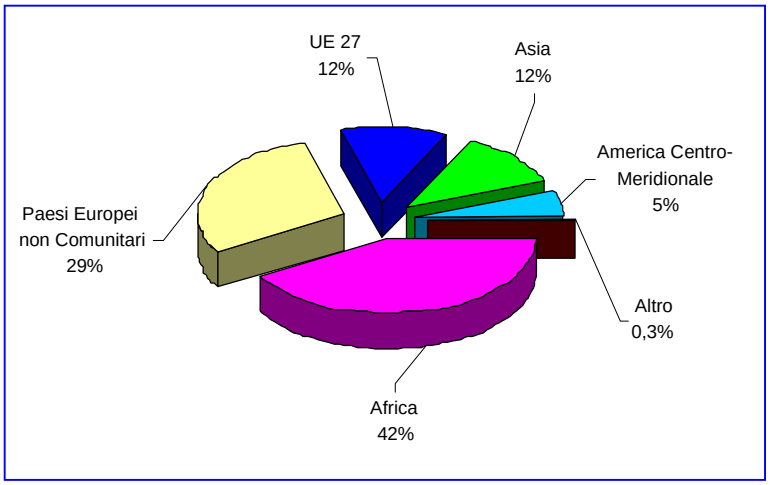
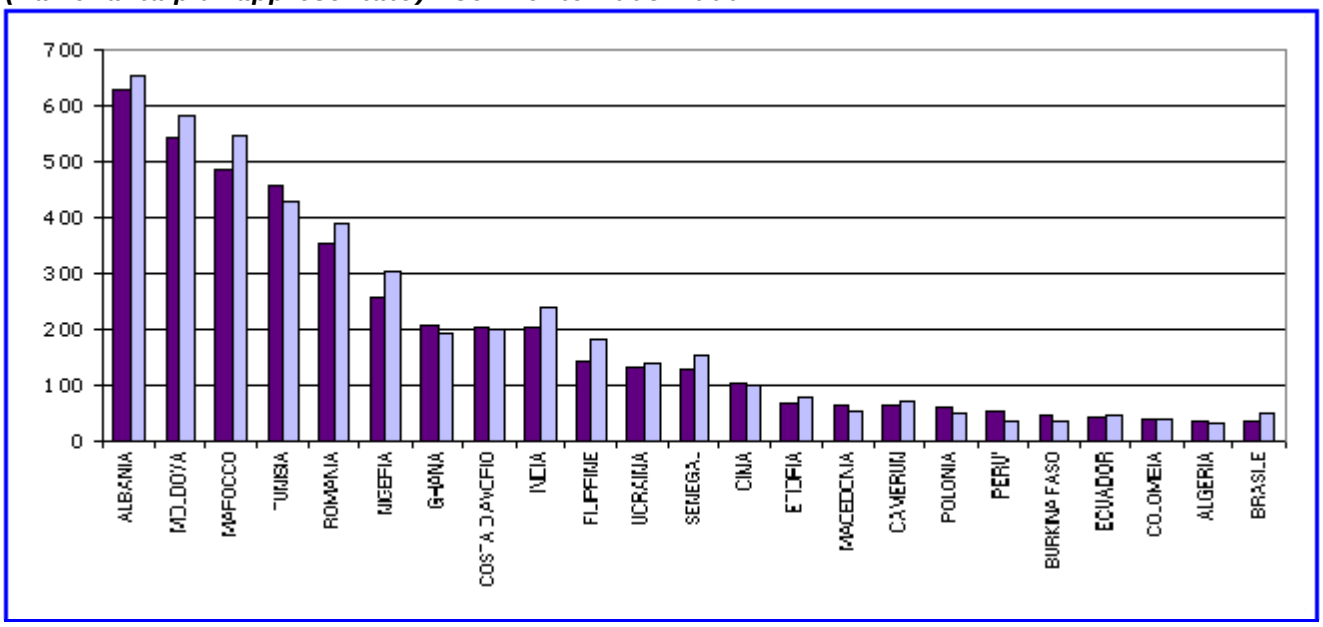


Grafico 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate). Confronto 2008-2009



Fonte:Banca dati SDO RER

Tabella 1 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2009

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
ALBANIA	656	12,49%	COSTA D'AVORIO	199	3,79%
MOLDOVA	580	11,04%	GHANA	194	3,69%
MAROCCO	547	10,41%	FILIPPINE	179	3,41%
TUNISIA	429	8,17%	SENEGAL	154	2,93%
ROMANIA	392	7,46%	UCRAINA	140	2,66%
NIGERIA	303	5,77%	CINA	98	1,87%
INDIA	238	4,53%	ETIOPIA	79	1,50%

Fonte:Banca dati SDO RER

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

Per quanto riguarda le fasce sopra i 50 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (41%) da popolazioni provenienti dai paesi europei, in linea con l'andamento degli anni scorsi.

Grafico 4 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per macroaree di provenienza e classe di età, anno 2009

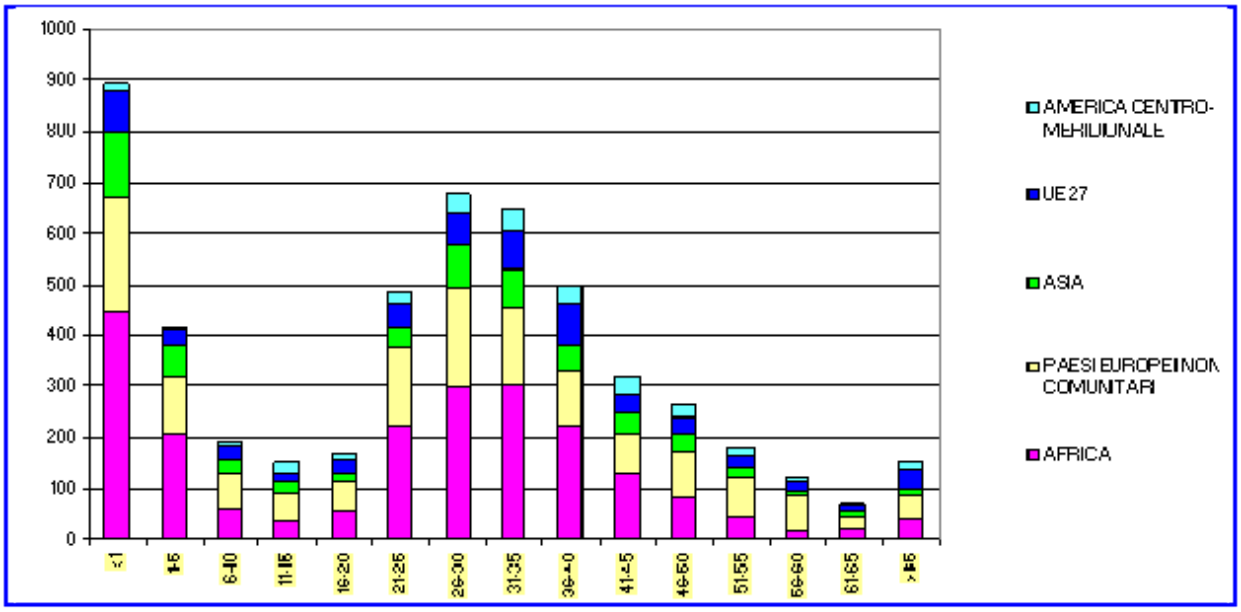
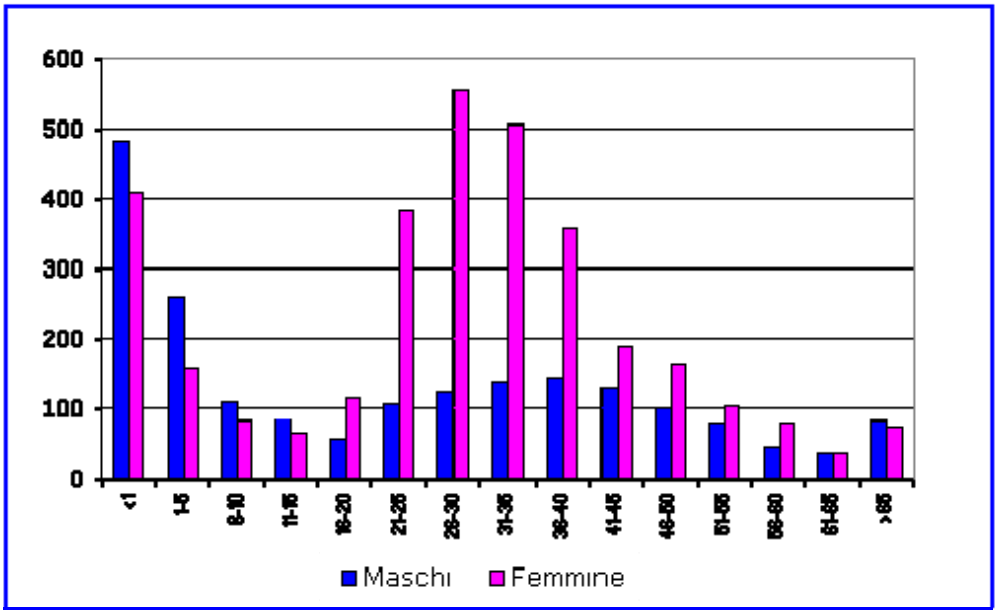


Grafico 5 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per classe di età e sesso, anno 2009



La distribuzione per sesso vede il 62% dei dimessi di sesso femminile e il 38% di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia adulto-giovanile (21-40), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 34% di tutti i ricoveri.

A conferma dei dati sulla prevalenza numerica dei ricoveri riguardanti le giovani donne e i bambini, si evidenzia come il reparto in cui è stato registrato il maggior numero di ricoveri nel 2009 è stata l'Ostetricia e Ginecologia (30,2%), seguita dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale), con il 28,9% di tutti i ricoveri. Nell'insieme i reparti del Dipartimento Materno-Infantile hanno accolto il 59% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

Tabella 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante. Suddivisione per reparti di dimissione, anno 2009

Reparti di dimissione	N. casi	%
Ostetricia e Ginecologia	1588	30,2%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1521	28,9%
Reparti internistici	954	18,2%
Reparti chirurgici	794	15,1%
Ortopedie	292	5,6%
Terapie intensive	66	1,3%
Altro	69	0,7%
Totale	5254	100,00%

Grafico 6 Popolazione migrante: reparti di dimissione più frequenti, anno 2009

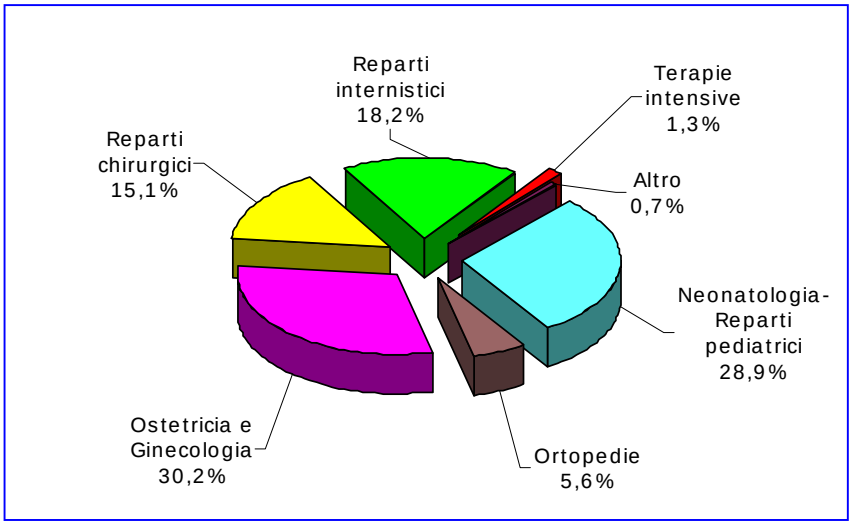
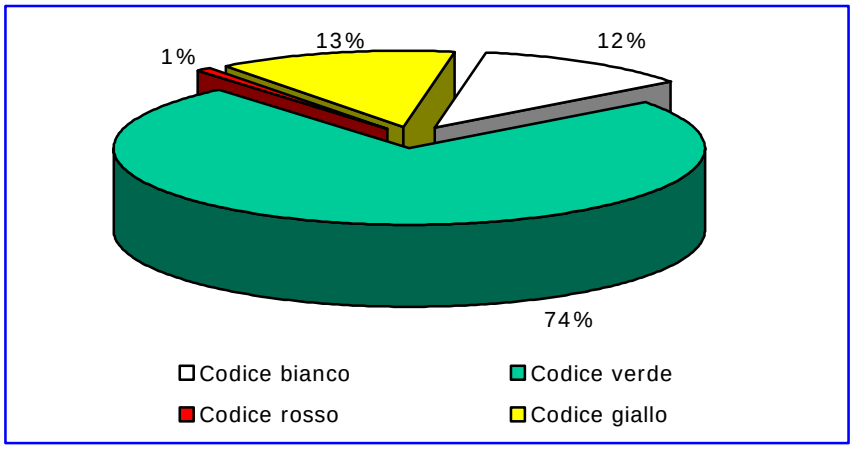


Grafico 7 Accessi in PS suddivisi per codice colore nella popolazione straniera, anno 2009



Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2009 il 18,23% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (14.995), con un lieve aumento percentuale rispetto al 2008, mentre la suddivisione della casistica per codice colore vede una percentuale maggiore per i codici bianchi (12% vs 7%) e i verdi (74% vs 68%), rispetto a tutti gli accessi. Per quanto concerne l'ospedalizzazione, il 17% dei pazienti immigrati è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, il 12% nelle Ortopedie, l'11% in Chirurgia d'Urgenza e il 6% alle Malattie Infettive.

Alcune azioni in tema di equità

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 2009, in particolare, l'intervento dei mediatori culturali ha fatto registrare un utilizzo del servizio per un totale di 577 ore, registrando un incremento pari al 40% rispetto al 2008 (412 ore).

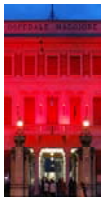
Relativamente all'anno in considerazione, l'intervento di mediazione ha interessato in prevalenza la lingua cinese (254 ore) e la lingua indiana, punjabi e hindi per 230 ore. Meno rilevante rispetto agli scorsi anni è il ricorso a mediatori di lingua araba o di idiomi africani.
L'evoluzione cui assistiamo di anno in anno nel ricorso allo strumento della mediazione è connesso ai cambiamenti che si registrano nella popolazione migrante, ma anche alla sempre maggiore consapevolezza degli operatori rispetto all'utilità di questo strumento nella costruzione dell'alleanza terapeutica. 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 familiari, 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.
Gli operatori stessi segnalano la necessità di comunicare con il paziente e la famiglia per comprendere la persona nella sua globalità psichica, fisica, sociale e culturale, oltre all'obbligo giuridico e medico-legale, in particolare 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.

Con riferimento all'anno 2009, abbiamo assistito ad un aumento di ricongiungimenti familiari di coppie indiane. Sono arrivate mogli giovani in stato di gravidanza e figli minori con pesanti patologie.
La comunità indiana è radicata maggiormente nella provincia e in modo particolare in due territori: Comunità Montana Val Taro e Val Ceno e Bassa Parmense (Comuni di Busseto, Zibello, Polesine Parmense). L'occupazione lavorativa è mano d'opera nelle campagne e nella cura di bestiame.
La comunità indiana residente in città è composta da famiglie allargate (fratelli, cugini) e sono occupati in ditte alimentari e metalmeccaniche. La comunità di Parma è formata da persone giovani, con buona cultura. Il mediatore è stato attivato per garantire una buona comunicazione sia in fase diagnostica che terapeutica e per essere certi di una corretta informazione delle risorse sanitarie e sociali dell'Ospedale e del Territorio. Le aree in cui maggiormente si concentrano gli interventi sono quelle di maggior accesso, ossia l'area pediatrica e quella ostetrica o il Pronto Soccorso. Si evidenzia un ulteriore ambito in cui l'intervento di mediazione pare risultare (anche per le altre comunità) via via più necessario ed è la chirurgia d'urgenza e la rianimazione.

Nella comunità cinese non si registrano grosse variazioni. È una comunità chiusa, autonoma, autosufficiente. Le persone accedono in Ospedale per motivi strettamente sanitari e spesso in urgenza.
La mediatrice è stata utilizzata in maggior parte in Maternità per donne cinesi arrivate in Italia in tempi recenti per garantire una buona comunicazione per prescrizioni mediche, per sensibilizzazione all'allattamento al seno (l'allattamento al seno non rientra nella cultura della donne cinesi impegnate, anche dopo pochi giorni dal parto, nel lavoro).
L'utilizzo della mediatrice nelle altre unità operative è rivolta a persone adulte con gravi patologie o in fase d'urgenza per incidenti stradali.

La comunità araba (marocco, tunisia, algeria) è diventata una comunità stanziale con nuclei familiari numerosi (in media 4 figli) e integrati, benché radicati rispetto alla cultura islamica di provenienza. È da sottolineare che sono nuclei familiari ben informati sulle risorse assistenziali del territorio.
La mediatrice è stata richiesta dai reparti pediatrici per consentire una consapevole comunicazione ed informazione ad entrambi i genitori sulla diagnosi e percorso clinico del bambino.

Altri interventi di mediazione, più sporadici e legati a bambini che hanno avuto un accesso particolare ed urgente presso l'Azienda Ospedaliera, hanno riguardato mediatori delle etnie ghanese, senegalese e ucraina.



Il fenomeno dell'immigrazione ha portato ad un profondo ripensamento nelle modalità anche nel fornire assistenza.
Nello specifico, la Direzione del Servizio Assistenziale e il Settore Formazione ed Aggiornamento, hanno promosso diverse iniziative sul tema dell'interculturalità.
Nel corso del 2009, è stato ripetuto per il terzo anno il corso d'aggiornamento rivolto a tutti i professioni sanitari del comparto e della dirigenza sul tema dell'interculturalità dal titolo" Percorsi di cura in una Società Multiculturale". Il corso è stato organizzato in 4 giornate, per un totale di 28 ore ed ha coinvolto circa 30 professionisti.
La finalità del corso è stata quella di sensibilizzare i professionisti per comprendere meglio i bisogni espressi dall'utenza straniera e nel contempo individuare strategie personalizzate di risposta assistenziale.
Il corso è nato da un'indagine, effettuata nel 2005, rivolta al personale sanitario delle unità operative che vengono maggiormente a contatto con l'utenza straniera, l'indagine si proponeva di individuare le principali difficoltà riferite dagli operatori nel rapportarsi con l'utenza straniera.
Il corso prevede, oltre alla lezione frontale, la partecipazione attiva dei discenti con docenti esperti, la narrazione di casi ed esperienze, il role-playing e l'analisi e discussione di casi.
Si è enfatizzata molto la narrazione del vissuto professionale degli operatori durante il processo di cura e si è data loro la possibilità di esprimere le problematiche riscontrate nella relazione con il paziente straniero e la sua famiglia.
Durante le lezioni sono stati presenti anche i tutor d'aula, ovvero operatori dell'azienda in possesso di competenze specifiche nel tema dell'interculturalità e in occasione dei lavori di gruppo la presenza di mediatori culturali sui singoli gruppi come facilitatori.

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

Il Comitato Consultivo Misto istituito con Legge Regionale n. 19/94 della Regione Emilia Romagna così come modificato dalla Legge Regionale n. 3/99, nasce con la funzione principale di favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale aziendale inerente gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi a disposizione degli utenti con particolare attenzione ai percorsi di accesso.
Nel 2009 è stato rinnovato il CCM per il triennio 2009-2011 in sostituzione del precedente, giunto a fine mandato.
Il Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è composto da rappresentanti, a livello Aziendale, di membri eletti delle Associazioni di tutela e volontariato, da rappresentanti Aziendali o delegati, da un componente dell'Ordine dei Medici e del Comune di Parma.
Funzione fondamentale del CCM è quella di:

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

A tal fine l'Azienda, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, coinvolge il CCM sulle indagini della qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino per la realizzazione e l'affidamento nelle fasi di attuazione e a conclusione delle stesse con lo scopo di discutere ed analizzare insieme gli esiti e le criticità.
Il Comitato Consultivo Misto, di recente istituzione, ha promosso un'approfondita ricognizione della realtà aziendale. In accordo e collaborazione con la Direzione ha avviato una serie di incontri che hanno visto di volta in volta protagonisti, unitamente al CCM, i Direttori di Dipartimento ed i Referenti Assistenziali di Dipartimento al fine di conoscere le singole realtà organizzative e di evidenziarne eventuali criticità stimolando di conseguenza suggerimenti.
Il CCM ha effettuato inoltre un momento di verifica e di confronto con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche e la Responsabile del Settore Progetti affrontando le criticità relative alla segnaletica interna ed esterna e al regolamento di accesso e di sosta nelle aree di pertinenza dell'Azienda. È stato esaminato inoltre lo stato avanzamento lavori del nuovo Ospedale dei Bambini di ampio interesse per la cittadinanza.

Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva

Il tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità e dunque ai suoi bisogni organici, psicologici e relazionali, assume un ruolo di rilievo nel confronto sui modelli organizzativi e sulle scelte gestionali all'interno e intorno alle organizzazioni sanitarie.

Di particolare interesse, sia a livello locale che nel contesto regionale, sono i percorsi di umanizzazione di contesti di cura molto peculiari come le terapie intensive, strutture ad alta intensità assistenziale e fortemente tecnologizzate, dove si affrontano condizioni di particolare criticità-instabilità di vita del paziente ed estrema complessità di approccio ed intervento. Si tratta di ricercare, anche in area critica, modalità clinico-organizzative di conduzione dell'assistenza orientate alla considerazione del paziente come "persona", essere unico ed insostituibile, con un suo specifico contesto relazionale e quindi di creare un triangolo relazionale tra équipe medico-infermieristica, persona assistita e famiglia.

A livello aziendale, sono in corso diversi progetti sia presso la Struttura Semplice di unità operativa Terapia intensiva cardiochirurgica (che accoglie tutti i pazienti che hanno appena terminato l'intervento di cardiochirurgia e che devono essere stabilizzati prima del trasferimento nel reparto di degenza ordinaria,

così come pazienti critici, provenienti da altri reparti o altri ospedali, che devono essere stabilizzati prima dell'intervento) che nella struttura semplice di unità operativa Terapia intensiva post-operatoria (centro di terapia intensiva e rianimazione che garantisce assistenza e terapia a tutti i pazienti in condizioni estremamente critiche provenienti dai settori chirurgici e medici a esso afferenti, dal Pronto soccorso, o da altre strutture dell'ospedale che necessitano di cure intensive e rianimatorie).

La Terapia intensiva cardiochirurgica (afferente al Dipartimento Cardio-Polmonare), da alcuni anni, si occupa del tema *Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva,* ponendo particolare attenzione sia ai bisogni del malato, sia al rapporto con i familiari o caregiver (persone di riferimento) nell'ambito di un progetto interno chiamato "Percorsi del Prendersi Cura", in piena sintonia con gli obiettivi dello specifico programma sperimentale del modello assistenziale "Terapie Intensive Aperte" promosso dalla Regione Emilia-Romagna.
Il Progetto, che vede coinvolte tutte le figure sanitarie dell'unità operativa, è iniziato dalla consapevolezza che il "prendersi cura" richiede una metamorfosi del modello organizzativo complessivo, che superando l'aspetto puramente tecnico-assistenziale (sempre prevalente nelle TI, in ragione dell'elevata complessità dei pazienti trattati), assicuri cure ed assistenza rispondenti alle esigenze manifestate dai malati e dalle loro persone di riferimento.
Nel corso del 2009, il progetto si è sviluppato, con le seguenti iniziative:

- indagine conoscitiva ad hoc, condotta dalla Terapia intensiva cardiochirurgica, che ha coinvolto oltre 65 Centri di Cardiochirurgia a livello nazionale. L'elaborazione dei dati, ha messo in evidenza la necessità, da parte del personale sanitario, di approfondire alcuni temi di particolare rilevanza del processo assistenziale, tra cui il dolore, la morte, la sofferenza, quotidianamente presenti sia nel malato sia nel parente, ma che coinvolgono anche il professionista, nelle dinamiche emotive e relazionali.
- realizzazione di un Convegno Nazionale "*La sofferenza e la morte nelle TI - Percorsi del prendersi cura*" promosso dal Dipartimento Cardio-Polmonare in collaborazione con ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) ed il patrocinio dell'Associazione per l'assistenza e la ricerca in Cardiochirurgia e l'IPASVI di Parma, che ha coinvolto:

Partecipanti Totale	Partecipanti locali	Partecipanti esterni	Intra regione	Extra regione	Osservatori non sanitari
301	212	89	49	37	3

Categoria di appartenenza					
Infermieri	Medici	Fisioterapisti	Tecnici perfusionisti e radiologia	Settore formazione e tutor didattici	Oss
209	8	4	3	3	4

- nel mese di settembre è iniziato un percorso formativo interno, che terminerà a dicembre 2010, rivolto a tutti i professionisti della struttura, che si è sviluppato come segue:
  - è stato proposto, prima dell'inizio del percorso, il questionario MBI (Maslach Burn Out Inventory), idoneo a determinare il grado di stress del personale sanitario che opera in TI, che ha evidenziato livelli di stress fra il personale bassi, confermati anche dalla percentuale di malattia ed infortuni, rilevata dai dati dell'Ufficio Gestione del Personale e relativi agli ultimi quattro anni. Questo servirà a valutare come si modifica nel tempo il valore, apportando modifiche organizzative coinvolgenti (ad esempio aumento dello stress per apertura TI di 2 ore con parenti presenti anche durante l'assistenza al proprio congiunto);
  - durante il momento formativo d'aula sono stati approfonditi, con alcuni specialisti del settore, le seguenti tematiche: le problematiche inerenti il dolore (demoetnoantropologa), il gruppo come risorsa (sociologo), fondamenti generali di bioetica (Presidente del Comitato Etico Aziendale). Nel corso del 2009 sono state effettuate 60 ore di formazione (lezioni frontali, role playng, focus group, eccetera). Gli incontri si svolgono nella giornata del lunedì, prevedendo due edizioni una al mattino e, sempre la stessa ripetuta anche al pomeriggio. Questa metodologia ha favorito il diffondersi dei contenuti didattici in modo contemporaneo ed uniforme a tutto il personale della Terapia Intensiva: Cardiochirurghi, Medici Intensivisti (3), Coordinatore, Infermieri (24), OSS (6).
- Implementazione del protocollo per la gestione del dolore nei pazienti, realizzato con i Medici della TI

- Variazione e applicazione del protocollo di gestione del delirio post-operatorio in collaborazione con Neurologo e Psichiatra aziendale, con limitazione dell'uso della contenzione fisica come trattamento delle psicosi acute, eventi abbastanza frequenti nei pazienti ricoverati in TI.
- Personalizzazione dell'ambiente di TI (ad esempio nome di battesimo del paziente scritto ben visibile sul monitor dedicato, istituzione del breefing del mattino, momento di confronto tra i professionisti sul programma di cura personalizzato per il malato, favorire la presenza di oggetti translazionali del paziente, eccetera).

La Terapia intensiva post-operatoria, afferente al Dipartimento Chirurgico, partecipa al progetto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva". Obiettivo di tale progetto è promuovere l'innovazione nei modelli organizzativi e assistenziali dei servizi di cure intensive per rispondere ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari anche attraverso l'umanizzazione delle modalità di assistenza e la necessaria attenzione agli aspetti relazionali.

Sin dalla sua inaugurazione, nella Terapia intensiva post-operatoria era ammessa la visita ai degenti da parte di un solo familiare al giorno, per un periodo di 20 minuti. Ai visitatori era richiesto di indossare calzari e sovra-camice.
Il processo informativo era condotto esclusivamente dal medico nell'area di disimpegno antistante la terapia intensiva per due volte al giorno (una prima volta attorno alle 13.30 senza che il familiare potesse successivamente entrare, ed una seconda al letto dell'assistito nel momento di visita serale).

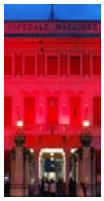
Con l'attivazione del progetto, i momenti di visita dei familiari alle persone ricoverate sono diventati due: una prima fascia oraria dalle 13 alle 14, ed una seconda dalle 18.30 alle 20.30. I visitatori ammessi al reparto sono due per ogni ricoverato ad ogni visita.
Con la necessaria discrezionalità legata alla condizione clinica e relazionale della persona assistita, il personale di servizio si riserva di aumentare o diminuire i limiti appena esposti, per rispondere al meglio alle esigenze manifestate dalla diade persona assistita-famiglia.
La vestizione con l'utilizzo di calzari e sovra-camice è richiesta, anche se è in valutazione la possibilità di superare la necessità di ricorrere all'utilizzo di tali DPI con la sola esclusione dei casi in cui sia necessario applicare l'utilizzo di precauzioni aggiuntive (presenza di germi multi-resistenti, infezioni respiratorie in atto da parte del visitatore).
A tutte le persone che entrano ed escono dalla terapia intensiva, compresi gli operatori sanitari in consulenza, è richiesto di provvedere al lavaggio delle mani.
Il processo informativo/comunicativo con i familiari è gestito una volta al giorno da medico ed infermiere congiuntamente (al letto dell'assistito, durante la visita meridiana) e una volta dal solo infermiere responsabile dell'assistenza (durante l'apertura serale). Idonee eccezioni sono previste in caso di aggravamento del quadro clinico o in caso di ricovero pomeridiano presso il nostro reparto.

L'estate del 2009 è stata utilizzata come "banco di prova" su cui determinare l'applicabilità del disegno "terapia intensiva aperta" con modalità che fossero compatibili con il modello organizzativo ma sopratutto nel rispetto delle esigenze di privacy delle persone ricoverate e di quelle relazionali dei relativi familiari.

Il gruppo che segue il progetto ha realizzato, prima dell'attivazione del nuovo modello organizzativo per l'accesso dei familiari, un focus group con un gruppo multiprofessionale di operatori della struttura sulla prospettiva di "apertura".

Percorsi colore

Il nuovo progetto dell'Ospedale di Parma è nato con l'obiettivo di assicurare la qualità dell'ambiente nel suo complesso, mediante un insieme articolato di interventi, realizzati secondo un approccio di progettazione teso ad integrare aspetti funzionali, strutturali, impiantistici, ambientali e sociali e a superare la vecchia concezione della struttura a padiglioni. In questa logica, il complesso del progetto del Nuovo Ospedale nel corso del 2009 ha percorso una nuova importante tappa, enfatizzata anche dalla modalità con la quale è stata realizzata. Si tratta del completamento del raccordo tra la nuova area – definita ospedale polispecialistico – con la parte già esistente, attraverso la rifunzionalizzazione del padiglione Centrale (ex Monoblocco). Ma è appunto la modalità con la quale questa tappa è stata compiuta che rende eloquente il senso dello sforzo fatto: un percorso a colore semplice, facilmente identificabile e ben visibile. Queste le principali caratteristiche della guida cromatica realizzata per districarsi nel raccordo tra la parte nuova dell'Ospedale e quella già esistente. Si tratta di percorsi-colore



tratteggiati lungo il pavimento che conducono ai padiglioni Ala Est e Ala Ovest (*viola*), al Centro del cuore (*rosso*), all'Ortopedia (*blu*) e alla Torre delle Medicine (*azzurro*); l'asse portante che guida l'utente dal padiglione Centrale (ex Monoblocco) all'ingresso di via Volturno è il "binario" principale, di colore *nero.* Punto di snodo dei nuovi percorsi-colore per gli utenti è l'edificio di acciaio e policarbonato eretto nel cortile del padiglione Centrale. Il grande parallelepipedo trasparente, alto più di 12 metri, ha alla sommità un giardino pensile accessibile di 250 metri quadrati, con alberi, sedute e una passerella di vetro. Al primo piano, alle spalle dell'ingresso del padiglione Centrale, il nuovo stabile accoglie gli utenti con scale e ascensori per accedere al secondo piano, nel quale iniziano i percorsi guidati. L'edificio è stato progettato dall'architetto Haig Uluhogian. Il percorso si snoda dal padiglione Centrale e, viceversa, anche dal nuovo ingresso di via Volturno, ad accogliere i cittadini che accedono alla nostra Azienda e a i suoi servizi attraverso la sua nuova porta, che si presenta con una funzione specifica di soglia e offrendo subito un servizio informativo.
Il percorso colore è una proposta di raccordo funzionale e logistico alle varie parti dell'Ospedale e simbolo di un approccio di umanizzazione che si propone come elemento disponibilità, di volontà di accompagnamento e accoglienza, di valorizzazione di una nuova etica del prendersi cura. Il percorso colore, inoltre, è affiancato e valorizzato da un'iniziativa di comunicazione mirata all'orientamento del cittadino su bisogni specifici. Si tratta di un progetto realizzato dall'Ufficio relazioni con il pubblico che ha elaborato uno strumento, in linea con la nuova segnaletica, da consegnare al cittadino al momento della prenotazione CUP: una scheda contenente le indicazioni sul percorso più breve e più semplice da utilizzare, per facilitare l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali.

Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Nel corso del 2009 è stato realizzato un progetto per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, curato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in collaborazione con l'Ufficio gestione risorse attività ambulatoriale ed il Servizio attività tecniche e logistiche. Lo scopo principale è stato quello di migliorare sempre di più i rapporti con l'utenza e semplificare l'ingresso del cittadino a tutte le strutture ambulatoriali aziendali.
Per raggiungere l'obiettivo è stato effettuato uno studio di fattibilità, una dettagliata progettazione ed infine l'implementazione e la realizzazione dei seguenti aspetti:

- definizione di percorsi specifici per il raggiungimento degli ambulatori aziendali mediante l'elaborazione di idoneo strumento in linea con la nuova segnaletica, da consegnare al cittadino al momento della prenotazione CUP. E' stata infatti predisposta una scheda contenente precise indicazioni sul percorso più breve e più semplice da utilizzare per facilitare l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali, iniziando dall'ingresso più vicino da cui accedere fino ad accompagnarli all'ubicazione esatta della struttura erogante la prestazione, avvalendosi dei percorsi cromaticamente segnalati per accompagnare i cittadini che devono recarsi, ad esempio, verso i padiglioni est e ovest (percorso viola), al centro del cuore (percorso rosso), all'ortopedia (blu) e alla torre delle medicine (azzurro), posizionati sul pavimento dal Servizio attività tecniche e logistiche. Nella scheda di orientamento è stata colta l'occasione anche per aggiungere due informazioni utili al cittadino, una riferita al bus navetta, servizio gratuito, attivo dal lunedì al venerdì, che collega in 8 fermate, i principali punti dell'area ospedaliera e l'altra per ribadire l'esistenza del numero verde 800219978 (già pubblicizzato nella prima pagina delle prenotazioni) per informazioni, prenotazioni e disdette.
- adeguamento di tutti gli indirizzi delle agende specialistiche contenute nella banca dati CUP, nel rispetto della nuova denominazione dei padiglioni; in particolare è stato modificato l'indirizzo di ogni ambulatorio in coerenza con i criteri adottati dalla nuova segnaletica che vede il numero del padiglione quale guida iniziale dal momento in cui si varcano i cancelli d'ingresso.
- semplificazione della denominazione stessa degli ambulatori allo scopo di facilitarne la lettura e la relativa comprensione, cercando, in una prima fase, di ridurre al minimo l'utilizzo di abbreviazioni e acronimi, nei limiti consentiti dallo spazio messo a disposizione dall'applicativo CUP, successivamente estesa a tutte le unità specialistiche; siamo in attesa delle modifiche tecniche richieste ai gestori del sistema informatico CUP, al fine di ottenere il 100% dei risultati attesi.

Nel complesso sono state:

- trattate n. 371 agende specialistiche per quanto concerne la denominazione e la modifica degli indirizzi;
- elaborati n. 47 differenti percorsi specifici collegati ad ogni singola prestazione delle 289 unità specialistiche di prenotazione.

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

A partire dalle prime modifiche inserite le informazioni e indicazioni venivano messe direttamente in linea nella banca dati CUP e quindi fruibili in tempi reali dai cittadini che si recavano a prenotare già dal mese di settembre 2009.
Sarà effettuato, nel corso del 2010, un monitoraggio continuo delle segnalazioni specifiche che giungeranno all'U.R.P., sul lavoro effettuato in relazione ai percorsi al fine di verificarne l'evoluzione nella logica di raccogliere opinioni e suggerimenti.
La prima percezione è comunque positiva, in quanto gli utenti che si recano all'U.R.P. disorientati sono ampiamente diminuiti e le richieste di informazioni sono prevalentemente di mera conferma.

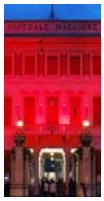
Il pagamento dei ticket

Nel corso del 2009, è stato sviluppato il progetto, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, per consentire il pagamento online dei ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di laboratorio eseguite presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, senza l'applicazione di nessuna commissione. L'utilità di tale servizio per i cittadini è che è attivo 24 ore su 24, dal lunedì alla domenica, tutti i giorni dell'anno. Il pagamento avviene tramite carte di credito (circuiti Visa e Mastercard, anche prepagate). Il progetto ha trovato applicazione all'inizio del 2010.

A partire dal 22 settembre 2009 è stata attuata una nuova procedura per il pagamento dei ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale denominata MAV (Pagamento Mediante Avviso).
Questa nuova modalità di versamento facilita l'utente nel percorso di pagamento dei ticket in quanto è possibile presentarsi presso qualsiasi sportello bancario e pagare in contanti senza oneri aggiuntivi oppure chiedere l'addebito sul conto corrente bancario presso la propria Banca.
Il progetto è stato realizzato congiuntamente all'Azienda Usl di Parma e alla collaborazione dell'Istituto Cassiere.
Sono, inoltre, attivi gli altri mezzi di pagamento: bollettini di conto corrente postale, macchinette riscuotitrici e POS.

Aspetti alberghieri e servizi alla persona

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 bisogni, delle critiche e dei suggerimenti dell'utente finale, oltre che costituire di per sè un obiettivo cruciale, rappresenta anche un insostituibile supporto per l'Azienda nella sua volontà di continuo miglioramento.
Nel corso del 2009, 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 2009 di circa 2.600 verifiche, il servizio di lavanderia circa 1.000 e il servizio di pulizie circa 700 per quanto attiene le sole verifiche di tipo alberghiero.
L'Azienda 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 famigliari,



raccolte sia direttamente nel corso delle già citate verifiche, sia dal personale assistenziale, sia con le segnalazioni trasmesse dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.
Per il 2009, l'Azienda ha proseguito l'erogazione di un servizio particolarmente apprezzato dagli utenti che inizialmente era stato avviato in via sperimentale, il bus navetta interno gratuito che collega i vari padiglioni dell'area ospedaliera e i principali parcheggi.
In tema di vigilanza interna, tramite le segnalazioni delle guardie giurate, anche con sistema informativo dedicato, nonchè grazie al fondamentale contributo di utenti e operatori, è stato possibile il monitoraggio di situazioni anomale e potenzialmente critiche in modo da permettere, ove necessario e a seconda delle circostanze, un intervento diretto degli addetti, una richiesta alle Autorità di Pubblica Sicurezza o un'analisi delle soluzioni operative da porre in essere, 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 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 corso degli ultimi anni 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 U.O. Lungodegenza Critica e da metodologi della U.O. 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). Dall'analisi preliminare dei dati si evince una riduzione statisticamente significativa 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 2009, 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:

- estrazione di un campione casuale di cartelle cliniche, rappresentativo dei ricoveri trattati in Ospedale;
- estrazione di un campione "selezionato" 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 - DGR 1171 del 27.07.09);
- esame della documentazione clinica e rilevazione dei criteri mediante un'apposita scheda;
- presentazione dei risultati ai clinici interessati ed eventuale individuazione di correttivi per risolvere le problematiche emerse.

L'analisi dell'appropriatezza ha riguardato un campione di 1188 ricoveri in degenza ordinaria, dimessi nell'anno 2009, di cittadini residenti e non nella provincia di Parma, pari al 2,8% 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 2007-2009 si è verificato un trend costante della percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati, dato peraltro uguale alla media regionale rilevata per le Aziende Ospedaliere.

Tabella 3 Ricoveri potenzialmente inappropriati – confronto AOU e totale Aziende Ospedaliere RER, anni 2007-2009

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da D.G.R. 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale dei ricoveri
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%
2009	AOU Parma	1.406	50.886	2,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	7.479	266.689	2,8%

(*) 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 13° 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 una U.O. si osserva una percentuale di casi superiore a quanto rilevato in altre di pari disciplina, viene convocato un incontro con il responsabile dell'U.O. o suo delegato e si analizzano i casi (patologie concomitanti,, complicanze, età, residenza, eccetera) anche attraverso l'esame delle cartelle cliniche.

Tale azione, nel tempo, ha portato l'Azienda a contenere il fenomeno al di sotto della media regionale, così come si evidenzia nella tabella seguente, 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 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009	% Ricoveri ripetuti anno 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009	% Ricoveri ripetuti anno 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009
AOU PR	0,34	0,28	1,17	1,22	1,44	1,38
Totale Aziende osp. della Regione	0,44	0,41	1,49	1,45	1,69	1,68

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 comprendono l'attuazione di 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).

Le Linee di Programmazione RER 2009 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; di fatti, una parte degli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti include l'attuazione di PDT specifici, desunti dalla letteratura scientifica e condivisi dai professionisti. I PDT sono documenti realizzati da team multidisciplinari, dedicati a patologie di particolare rilevanza, che stabiliscono indicazioni condivise sull'iter di gestione del paziente, dalla diagnosi fino al follow-up. Questi strumenti hanno l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza clinica, intesa in termini di adesione alle indicazioni presenti in letteratura, e giungere ad un inquadramento clinico-strumentale e terapeutico omogeneo.
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.
Per ciascun PDT è stato individuato un set minimo di indicatori di "qualità", monitorato prospetticamente per misurare l'adesione alle evidenze scientifiche. In caso di scostamento il GLM ha analizzato (durante incontri trimestrali) le cause e individuato azioni correttive. La tabella riporta i risultati conseguiti nell'anno 2008 per singolo PDT, in termini di grado di adesione al Percorso e grado di conseguimento degli obiettivi specifici.

Percorsi Diagnostico-Terapeutici di riferimento dell'Azienda - indicatori EBM, monitoraggio 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
			Diagnosi confermata entro 4 settimane	89%	>=90%	
			Misurazione del dolore all'ingresso	90%	100%	
			Presenza dello stadio	99%	100%	

Percorso	N. eleggibili / anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
			Discussione collegiale per pazienti di stadio III	100%	100%	Pneumologica; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Scienze Radiologiche; Anatomia e Istologia Patologica.
			Riabilitazione preoperatoria	98%	>=90%	
			Intervento chirurgico aderente ai criteri	93%	100%	
			Trattamento combinato per eleggibili di stadio III	93%	>=90%	
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%	
			Inizio chemioterapia	75%	>=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%	
			Tempi di refertazione entro 1 settimana	80%	>=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%	
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.
		22%	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%	
			Appropriatezza d'uso dell'eparina		>=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%	

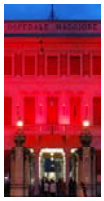
Percorso	N. eleggibili / anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
			Vaccino antinfluenzale	94%	>=75%	
			Esecuzione riabilitazione	100%	>=75%	
Cirrosi epatica Data di avvio: dicembre 2001	450-490	100%	Allocazione in base alla gravità	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%	

Dal 2009 il monitoraggio di ogni PDT è a cura del coordinatore clinico, il quale deve attuare la revisione del documento, alla luce delle recenti evidenze scientifiche, e realizzare incontri periodici del GLM, per la condivisione di interventi di miglioramento e la verifica dell'impatto nella pratica routinaria.
Nel 2009 ha preso avvio la realizzazione di un PDT per la Patologia Tiroidea , in collaborazione tra le due Aziende Sanitarie della Provincia di Parma, l' Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL.
La patologia tiroidea nodulare e non nodulare ha una incidenza significativa nella Provincia di Parma, anche per la presenza della Dorsale Appenninica, e rappresenta uno dei più frequenti DRG in ambito endocrinologico. Alla scopo di garantire un approccio adeguato e possibilmente omogeneo in pazienti con tale patologia , è stato istituito un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare interaziendale costituito da Medici operanti negli Ospedali e negli ambulatori specialistici di Endocrinologia e dai Medici di Medicina Generale col fine di delineare un percorso clinico, diagnostico e terapeutico condiviso dagli Specialisti Endocrinologi, dai Laboratoristi, Medici Nucleari, Anatomo-Patologi, Citologi, Oncologi, Radiologi, Oculisti, Chirurghi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi Maxillo-Facciali e dai Medici di Medicina Generale. Tale percorso, redatto secondo le più recenti Evidence-based, vuole mettere in evidenza come la gestione integrata, fra Ospedale e Territorio, dei pazienti con patologie tiroidee, permetterà un miglior uso di prestazioni ed indagini strumentali per condurre ad una velocizzazione della diagnosi precoce e ad un miglioramento nella prognosi della malattia.

Interventi sulla sicurezza dei pazienti

Progetto eventi avversi

Tra i diversi aspetti della qualità dell'assistenza, gli eventi avversi (EA) 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 EA 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, 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 EA 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.

La metodologia dello studio ha compreso le seguenti fasi:

- Selezione dalla letteratura di un set di indicatori (Brennan 1991, Woolf 1996, Zhan 2003) e di una scheda raccolta dati per l'identificazione degli Eventi Avversi (Michel 2004)
- Realizzazione del programma di screening in SAS (a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale)
- Formazione del personale infermieristico e medico (2 giornate)
- Estrazione cartelle cliniche "segnalate" dal programma di screening, più il 3% di "non segnalate" (per misurare i falsi negativi)
- Analisi delle cartelle cliniche e compilazione delle schede, prima da parte degli infermieri e poi, solo per i casi 'sospetti', da parte dei medici

Lo studio si è concluso nel 2009 e i risultati sono in corso di pubblicazione. In breve, sono stati utilizzati 7 indicatori :

- Morte
- TVP o embolia polmonare
- Arresto cardiaco
- Trasferimento in terapia intensiva
- Ritorno in sala operatoria entro 7 giorni durante il ricovero
- Ricovero non programmato entro 28 giorni dalla dimissione
- Degenza >21 giorni

e analizzati dal sistema di screening tutti i dimessi transitati dai 15 reparti chirurgici delle 3 Aziende coinvolte, in un trimestre.

La Prevalenza di EA è stata del 6%. 50 casi sono iatrogeni (50/77 pari al 65%), di cui 13 prevenibili. Il processo di revisione ha richiesto16 incontri per gli infermieri (per 330 ore lavoro) e 13 per i medici (84 ore lavoro). La capacità predittiva positiva del sistema di screening è stata del 17% e il valore predittivo negativo del 96%.

In conclusione, la strategia di individuazione degli eventi avversi, ideata e testata in questo studio, è estremamente utile ed efficiente (riduce di 1/3 il numero di cartelle da visionare per individuare un EA). Il set di indicatori richiede un ampliamento (per aumentare la capacità predittiva positiva) ed un aggiornamento periodico da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, al fine di dotare tutte le Aziende di un programma di screening automatizzato uniforme e "testato". Prima della generalizzazione è necessario un corso di formazione mirato, volto a istruire il personale sull'utilizzo della scheda e a garantire l'uniformità del giudizio. È necessaria la tempestività della rilevazione (entro 1 mese dalla dimissione) e l'esecuzione di audit sistematici.

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 PQIs 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 ospedaliere, 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.

Tabella 4 Tasso di ricovero per scompenso cardiaco su 100.000 abitanti

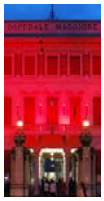
Anno di ricovero	Residenti provincia di Parma		Residenti Regione Emilia-Romagna		Valore atteso P.Q.I.
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	
2007	393	412	441	430	521
2008	372	401	445	435	
2009	399	447	446	426	

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 in decremento, sia a livello provinciale che complessivamente in Regione.

Tabella 5 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	
2007	21	20	17	18	36
2008	22	21	18	19	
2009	20	19	16	16	



Governo clinico del farmaco

Assistenza farmaceutica ospedaliera.

Nel 2009 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è ulteriormente consolidata ed ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 19.491 con 1.859.327 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di 382.260 € corrispondente ad un costo pari a 1.444.730 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per la struttura sanitaria pari a 1.062.470 €.
Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2009 pari a 19.890.800 €.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, le attività sono state orientate in particolare ai progetti di gestione delle gare in unione d'acquisto di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e regionali (INTERCENT-ER), di centralizzazione logistica, di monitoraggio ed appropriatezza dei trattamenti, di monitoraggio dei consumi e di implementazione dell'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale.
L'andamento dei consumi e della spesa conseguente per beni sanitari si pone nell'anno 2009 in linea con l'obiettivo che il documento di programmazione 2009 prevedeva come contenimento della spesa rispetto a quella del 2008. Tali andamenti e la loro stima confermano la crescita media che coinvolge i consumi e la spesa conseguente.

Uso razionale dei farmaci potenzialmente innovativi e attività di gestione del Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), del Prontuario dei Farmaci Aven e delle gare dei beni sanitari in unione d'acquisto.
L'attività si è svolta con una partecipazione continua e attiva sia ai tavoli delle commissioni tecniche dei sanitari per lo studio delle equivalenze terapeutiche / sovrapponibilità cliniche, sia ai tavoli gestionali per la produzione dei capitolati tecnici e l'allestimento delle gare in unione d'acquisto.
Tale attività, sia di tipo scientifico che di tipo gestionale, condotta anche come capofila, ha concorso alla formulazione dei giudizi di equivalenza terapeutica dei farmaci, alla loro applicazione e/o al consolidamento della loro applicazione nella prescrizione riguardo una quindicina di categorie di farmaci.
L'attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull'appropriatezza prescrittiva e sull'adesione della prescrizione ai termini delle equivalenze terapeutiche attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, che hanno coinvolto il Servizio di Farmacia, la Commissione Provinciale del Farmaco (CPF) e la Commissione del Farmaco Aven (CFAven), ha permesso e mostrato risultati più che soddisfacenti. Dalla rilevazione relativa ai consumi dell'anno 2009, l'adesione alle gare in unione d'acquisto e, particolarmente, ai lotti in equivalenza terapeutica, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata superiore alla media attesa.
Ciò ha consentito contestualmente il miglioramento della qualità della cura uniformando la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative delle equivalenze terapeutiche e trasmettendo tali caratteristiche alla prescrizione territoriale nell'ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero – medico di medicina generale (MMG).
Il Prontuario Terapeutico 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) . E' iniziata e si è già consolidata l'attività della CFAven ed è in costruzione il PTAven.
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 2009 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 quelli elaborati dai gruppi multidisciplinari RER (GREFO e Specialisti Psoriasi).
L'attività gestionale sul farmaco ha concorso all'applicazione di tutte le tranche di gara in unione d'acquisto sui farmaci ed alla prosecuzione del programma gare in ambito Dispositivi Medici.
L'attività sul farmaco e sui Dispositivi Medici è stata aderente ed espletata in linea anche con la programmazione e l'aggiudicazioni di gare Intercent-ER.
È stata nominata la Commissione Aziendale sui D.M. (CADM).
Si rappresenta di seguito il dettaglio dell'andamento dei consumi e della spesa per farmaci nell'anno 2009.

Tabella 6 Andamento della prescrizione, dei consumi e della spesa per farmaci in Azienda, anno 2009

Consumi Specialità Medicinali (registrate in Italia) in ed extra Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP)					
Totale unità erogate anno 2009	Totale valore erogato anno 2009	Unità erogate in dimissione anno 2009	Valore erogato in dimissione anno 2009	Unità erogate al netto da dimissione	Valore erogato al netto da dimissione
7.928.929	29.194.797	1.855.687	378.677	6.073.242	28.816.120

La tabella 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 2008 la spesa per farmaci in valore totale al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione era stata di € 24.828.372.
Quindi la spesa di € 28.816.120 per farmaci intra ed extra PTA al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione ha fatto registrare nel 2009 un aumento di circa il 16% rispetto a quella del 2008.

Tabella 6a Consumi e spesa di tutta la categoria "farmaco" (inclusi i farmaci erogati a pazienti in dimissione)

Totale pezzi	Totale valore
10.360.047	33.167.172

Il dato riportato in tabella è relativo al consumo e al costo con riferimento solo all'utilizzo interno ospedaliero, di farmaci in PTP ed extra PTP, compresa l'erogazione dei farmaci in dimissione, comprensivo anche di soluzioni di largo volume, emoderivati, farmaci diagnostici e mezzi di contrasto, stupefacenti, galenici, sieri e vaccini e farmaci esteri nell'intero anno 2009, inclusa la somma a compensazione economica (vedi tabella 9).
Nel 2008 la spesa corrispondente era stata di € 29.083.697 che, rapportata alla spesa di € 33.167.172 del 2009 determina un aumento di circa il 14% nel 2009 rispetto al 2008.
Se dal totale valore di spesa 2009 pari a € 33.167.172 si sottrae il valore della compensazione economica dei farmaci prodotta nel 2009 (pari a € 19.890.800 vedi tabella 9) l'aumento della spesa per consumo interno dei farmaci per pazienti ricoverati è risultato pari solamente a circa il 3,4%. Quindi lo sforamento della spesa rispetto al tetto del 8% indicato dalla RER per il 2009 è sostenuto in grande parte dai farmaci consegnati ai pazienti ambulatoriali in assistenza diretta, utenti delle rispettive AUSL di provenienza.
Nella successiva tabella 10 sono descritte le evidenze che mostrano i riferimenti di responsabilità degli aumenti rilevati.

Tabella 7 Consumi e spesa totali (farmaco e non farmaco)

Totale pezzi	Totale valore
18.011.733	34.717.971

Nella tabella 7 è riportato il valore di spesa totale per materiali sanitari erogati ai reparti e servizi nel 2009 comprensivo quindi di tutti i farmaci e dei prodotti "non farmaco" relativi a materiali di medicazione, disinfettanti, materie prime, alimenti, strisce reattive eccetera.

Tabella 8 Erogazione farmaci ai pazienti in dimissione, anno 2009

	1 gennaio – 31 dicembre 2009
Numero dei paz. dimessi con farmaci	19.491
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fl, cpr, cer,...)	1.859.327
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	382.260 euro
Spesa territoriale corrispondente (applicato sconto medio del 3,7% praticato da AUSL alle farmacie al pubblico)	1.444.730 euro
Risparmio per il SSN	1.062.470 euro

La tabella 8 mostra l'andamento 2009 dell'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione relativamente agli adempimenti della Legge 405/2001 ed all'obiettivo assegnato alle UU.OO nella negoziazione di budget.
L'attività si è ulteriormente consolidata relativamente sia al numero di pazienti assistiti che di dosi singole erogate. Da ciò si stima la realizzazione di un risparmio di circa € 1.062.470 a favore delle AUSL di appartenenza dei pazienti dimessi.
I benefici del risparmio prodotto da tale attività sui pazienti della Provincia di Parma sono negoziati all'interno del contratto di fornitura con l'AUSL di Parma.

Tabella 9 Farmaci a compensazione economica 2009

Compensazione economica Totale:					
cod_causale	causale	2008	2009	Delta	Delta %
SC1	Dimissione Degenze	467.100	431.844	- 35.255	-8%
SC3	Ambulatoriale	10.977.516	12.885.558	1.908.042	17%
SC4	DH	1.732.274	2.177.291	445.016	26%
SC6	Fattori della Coagulazione	554.850	1.637.142	1.082.292	195%
SC9	Circ. 3/07 DH	2.150.126	2.564.447	414.321	19%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	173.572	194.518	20.946	12%
S11	Prestazione con erogaz.farmaci	1.647		- 1.647	-100%
Totale complessivo		16.057.085	19.890.800	3.833.715	24%

Compensazione economica Parma e Provincia:					
cod_causale	causale	2008	2009	Delta	Delta %
SC1	Dimissione Degenze	372.250,28	342.008,39	- 30.242	-8%
SC3	Ambulatoriale	8.790.087,84	10.274.420,71	1.484.333	17%
SC4	DH	1.064.450,00	1.377.651,02	313.201	29%
SC6	Fattori della Coagulazione	486.981,62	292.376,71	- 194.605	-40%
SC9	Circ. 3/07 DH	1.911.001,26	2.249.640,70	338.639	18%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	128.899,75	157.801,17	28.901	22%
S11	Prestazione con erogaz.farmaci	208,67		- 209	-100%
Totale complessivo		12.753.879,42	14.693.898,70	1.940.019	15%

Nel 2009 l'attività di governo clinico si è ulteriormente consolidata attraverso la raccolta ed il controllo di tutta la rilevazione della compensazione economica dei farmaci ed ha condotto alla determinazione di una compensazione economica totale in crescita del 24% rispetto al 2008. Con riferimento alla distribuzione diretta solo per Parma e Provincia l'aumento è stato del 15%.
In termini di bilancio aziendale, il dato di entrata per compensazione economica 2009 è da ritenersi positivo in quanto dimostra, come si è già detto, un aumento della crescita interna della spesa per pazienti in ricovero ordinario o Day Hospital di 540.366 € pari a solo + 3,4% sul 2008.

Tabella 10

ATC	Descrizione	Unità 2009	Valore 2009	% sul valore totale	% cumulativa
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	299.508	14.086.953	42,56	42,56
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.654.740	9.559.275	28,88	71,45
B	Sangue e organi emopoietici	2.730.640	5.052.641	15,27	86,71

V	Vari	174.590	1.067.786	3,23	89,94
N	Sistema nervoso	1.107.536	1.025.099	3,10	93,04
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.517.036	747.118	2,26	95,30
M	Sistema muscolo-scheletrico	391.217	624.731	1,89	97,18
C	Sistema cardiovascolare	1.546.054	207.947	0,63	97,81
R	Sistema respiratorio	283.968	195.223	0,59	98,40
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	75.981	186.870	0,56	98,97
H	Prep ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	378.534	151.301	0,46	99,42
S	Organi di senso	120.372	83.698	0,25	99,68
D	Dermatologici	41.639	69.642	0,21	99,89
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	30.915	37.674	0,11	100,00
	Totale	10.352.730	33.095.958		

Nella tabella 10 mancano i farmaci privi di classificazione ATC (ad esempio alcuni farmaci galenici, farmaci esteri, eccetera) che costituiscono la differenza tra € 33.167.172 della tabella 6a e € 33.095.958 della stessa Tab. 10.
La tabella 10 mostra l'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC nel 2009. Come appare evidente le categorie dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, dei farmaci Antimicrobici e dei farmaci del Sistema Sangue costituiscono una spesa pari all'86.71% della spesa totale.
In particolare la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2009 un aumento della spesa relativa di circa il 19% rispetto a quella del 2008, a sua volta già in aumento del 14% rispetto a quella del 2007.
Tale aumento (2.272.327 €) nel 2009 assorbe da solo oltre il 55% dell'aumento totale (4.108.519 €) della spesa per farmaci classificati come ATC nella tabella 10.
Gli antimicrobici hanno fatto registrare un aumento della spesa del 9,2 % rispetto al 2008 addebitabile in particolare ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo.
La categoria dei farmaci del sangue ha fatto registrare un aumento della spesa rispetto al 2008 (1.051.790 €) dovuta al maggior utilizzo di fattore VII ricombinante (Novoseven) e VIII ricombinante (Feiba) per un paziente emofilico in trattamento di immunotolleranza. Un minor aumento della spesa si è verificato per l'Albumiona 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 di risparmio sono registrati nelle categorie dei farmaci del sistema gastro-intestinale, cardiovascolare, respiratorio, del sistema genito-urinario, dei preparati ormonali e dei farmaci dermatologici.

Centralizzazione delle strutture e dell'attività dei laboratori per l'allestimento dei farmaci antiblastici.
L'attività si inserisce nei progetti e nella promozione dell'eccellenza tecnologica, dell'appropriatezza clinica 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 nello sviluppo di sistemi gestionali più adatti all'abbattimento del rischio e protezione dei soggetti, Il progetto di centralizzazione e l'attività di UMaCA (Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) sottodescritti sono stati realizzati dal Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco.

Nel corso del 2009 il carico di lavoro è andato progressivamente aumentando con il coinvolgimento delle UnItà Operative di Oncologia degenza e D.H., Ematologia degenza, D.H. e CTMO, Clinica e Terapia Medica degenza e D.H. , Neuroradiologia, raggiungendo così circa il 95% del programma di arruolamento delle UU.OO.
Secondo gli indirizzi regionali è stato ampliato il programma degli allestimenti per linea di prodotto, definito Drug-Day, in particolare per i seguenti farmaci:

- bortezomib (VELCADE),
- azacitidina (VIDAZA)
- nimustine (ACNU)
- bevacizumab (AVASTIN)
- trastuzumab (HERCEPTIN)

ATTIVITA' UMaCA ANNO 2009	
TOTALE UU.OO. ARRUOLATE	22
TOTALE PAZIENTI PRESI IN CARICO	1604
TOTALE ACCESSI	oltre 10.000
TOTALE ALLESTIMENTI (oncologici e terapie di supporto)	27.297
TOTALE SCHEMI TERAPEUTICI (convalidati e inseriti in Database)	oltre 300
ALLESTIMENTI PER PRINCIPIO ATTIVO E SCHEMA TERAPEUTICO dal 01/01/2009 al 31/12/2009	
ONCOLOGICI *	
N°TOTALE TERAPIE ALLESTITE	13.720 (11.910 citotossici - 1810 anticorpi monoclonali)
N° TOTALE PRINCIPI ATTIVI MANIPOLATI	54 (48 citotossici - 6 anticorpi monoclonali)
*dato comprensivo delle terapie sperimentali approvate dal C.E. e prescritte presso le UU.OO. di Ematologia e Oncologia D.H.	
TERAPIE DI SUPPORTO (ANCILLARI)	
N°TOTALE TERAPIE ALLESTITE	13.577
N° TOTALE PRINCIPI ATTIVI MANIPOLATI	13

Gestione del rischio

Rischio clinico

Nel corso del 2009 l'Azienda ha ulteriormente sviluppato la funzione aziendale di gestione del rischio in coerenza con il Piano Programma Pluriennale datosi dall'Azienda ed espressivo di obiettivi di breve e medio periodo che connettono la valutazione dei rischi con azioni risultate opportune, sostenibili e documentabili in un report annuale dedicato.
Nel corso dell'anno, tramite le fonti informative aziendali, ha completato l'identificazione gli errori e i near-miss più frequenti nei principali processi clinico-assistenziali, definendo quindi specifici eventi sentinella da monitorare.
È stato inoltre implementato un percorso formativo strutturato avente l'obiettivo di:

- 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,
- rendere trasparente l'attività assistenziale
- ridurre la possibilità di contenzioso Paziente-Azienda Ospedaliera
- condividere le priorità

Durante il 2009 è stato quindi completato il percorso con 5 edizioni rivolte a tutti gli operatori sanitari, con particolare riguardo a Direttori di Dipartimento, Direttori e Coordinatori Infermieristici di Struttura Complessa, Referenti Dipartimentali del Rischio Clinico, Dirigenti del Servizio Assistenziale. Particolare enfasi è stata data ai corsi per i Dipartimenti Testa Collo, Polispecialistico 2, Radiologia e Diagnostica per Immagini, Materno-Infantile, Geriatrico-Riabilitativo, Polispecialistico 1, Laboratorio, in quanto coinvolti nelle procedure di accreditamento.
Il sistema di incident reporting è stato consolidato nei Dipartimenti oggetti di autorizzazione.
Per ogni dipartimento sono state inoltre individuate due segnalazioni di incident reporting di eventi avversi rilevanti in quanto verificatisi in percorsi/e processi d'intesse aziendale.
La definizione e l'analizzare delle criticità di tali percorsi sono stati approfonditi tramite la Root Cause Analysis.
Sulla scorta delle criticità riscontrate e dell'analisi effettuata, sono state individuate azioni di miglioramento quali: momenti formativi, modifiche organizzative, stesura di procedure/istruzioni operative eccetera.
Sono state inoltre condotte azioni per individuare la corretta identificazione del paziente, per definire correttamente il lato del sito chirurgico, per evitare la dimenticanza di materiale all'interno del sito chirurgico e per prevenire le lesioni da decubito.

È inoltre proseguita regolarmente l'Attività della Commissione per il Buon Uso del sangue che ha lavorato su nuove iniziative di sensibilizzazione e formazione dei Sanitari, oltre che sull'aggiornamento delle linee-guida esistenti.

Gestione del contenzioso

All'interno della Azienda il processo di ascolto e mediazione dei conflitti è una realtà consolidata. Esso è garantito dalla esistenza di un Gruppo di Mediazione costituito da tre dipendenti (il Responsabile del Settore Medico Legale, la Responsabile dell'URP e una impiegata dello stesso ufficio). Anche nel corso del 2009 il Gruppo ha portato a termine 40 mediazioni. Le procedure di attivazione del percorso di mediazione sono state oggetto di revisione anche nell'ottica di assicurare un monitoraggio della qualità, efficacia e frequenza delle azioni svolte.
In un'ottica di corretta gestione della sinistrosità ospedaliera, il Settore Medico Legale aziendale mantiene l'implementazione dei rapporti di interazione e collaborazione con le Unità Operative i cui professionisti sono coinvolti nella gestione valutativa dei sinistri denunciati alla Compagnia Assicuratrice e nelle successive fasi di contenzioso giudiziario.
L'attività del Settore Medico Legale si è ormai consolidata nel corso degli anni ed è precipuamente indirizzata alla cogestione assicurativa del contenzioso. In particolare specifici accordi con la Compagnia Assicuratrice consentono una istruttoria medico legale completa di visita del paziente che ha presentato richiesta risarcitoria e successiva valutazione medico legale del caso con parere motivato sia sull'an che sul quantum del caso specifico. Il successivo iter risarcitorio prevede la condivisione della decisione (liquidazione del danno o resistenza in giudizio) con l'Ufficio Legale e il Centro Liquidazione Danni della Compagnia in sede di Commissione Valutazione Sinistri. Il Settore Medico Legale, inoltre, attraverso l'istituto della Pronta Disponibilità garantisce un servizio ininterrotto di supporto e consulenza ai professionisti nella risoluzione di problemi specifici.
I reclami vengono monitorati al fine di valutare anche le problematiche di non stretta pertinenza tecnico professionale, intervenendo mediante i processi di ascolto e mediazione al fine di migliorare e risolvere le problematiche relazionali evidenziatesi.
L'Azienda, attraverso il Settore Medico Legale, partecipa al sottoprogetto regionale "Malpractice claims dataset and policy" finalizzato alla implementazione del database regionale inerente i sinistri sanitari e alla creazione di un "Minimum data set" per informazioni inerenti la sinistrosità sanitaria regionale da inviare al Ministero della Salute. Tali dati consentiranno anche di mappare meglio la sinistrosità aziendale in termini di frequenza, gravità e luogo di occorrenza.
La revisione della procedura inerente la corretta acquisizione del consenso informato è stata ultimata e pubblicata, a partire dal gennaio 2010, sul sito Intranet Aziendale così da renderla fruibile agli operatori.
Sono in via di definizione anche le iniziative volte a formulare Linee Guida Aziendali inerenti la corretta gestione della cartella clinica.
Sono stati calendarizzati eventi formativi inerenti sia la Gestione del Rischio sia aspetti medico legali specifici (ad esempio contenzione, consenso informato, eccetera).

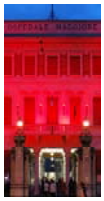
Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere

Sorveglianza delle malattie infettive

Prosecuzione del controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive provenienti dalle singole unità operative, che ha consentito il monitoraggio puntuale degli eventi infettivi in ambito nosocomiale, la tempestiva messa in atto delle misure di controllo e contenimento della diffusione e l'attivazione dei servizi territoriali preposti, per le opportune considerazioni epidemiologiche e gli eventuali interventi preventivi post-esposizione.

Indagini di prevalenza ripetute

Nel corso del 2009 è proseguita l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza tramite l'esecuzione sistematica di indagini di prevalenza, utilizzando il protocollo del progetto HELICS (European Link for Infection Control through Surveillance).
Il sistema di sorveglianza attiva impiegato, oltre a fornire dati epidemiologici, determina un maggior presidio delle attività correlate alla prevenzione del rischio infettivo, contribuendo indirettamente ad innalzare l'attenzione di tutti i professionisti coinvolti nell'attività assistenziale e fornisce alcuni degli elementi specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie, tra cui il tasso delle infezioni ospedaliere, considerato indicatore di valutazione delle performance delle UU.OO.
Le indagini di prevalenza hanno interessato tutte le Unità Operative afferenti ai Dipartimenti Materno Infantile e Medico Polispecialistico 1.



Lo studio ha preso in esame n. 207 pazienti.

- I dati raccolti hanno permesso di correlare l'insorgenza del processo infettivo ed i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci al paziente, come ad esempio l'esecuzione di procedure invasive o di intervento chirurgico, la presenza di device, eccetera.
- Al termine dell'elaborazione dei dati raccolti, è emerso che il tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali risulta sovrapponibile a quanto riportato nella letteratura di riferimento. Contestualmente sono stati trasmessi a ciascuna unità operativa coinvolta i report riepilogativi, in modo da agevolare le opportune valutazioni epidemiologiche e clinico assistenziali, soprattutto in considerazione della criticità dei pazienti trattati e, in caso di riscontro di "non conformità" delle procedure in essere, sono state fornite indicazioni specifiche per la loro risoluzione.

Sorveglianza dei microrganismi sentinella

In linea con il DGR 186/2005, è proseguita l'attività di sorveglianza degli eventi epidemici e degli eventi sentinella. La sorveglianza ha incluso anche la raccolta ed analisi segnalazioni riguardanti alcune specie microbiche di particolare rilevanza epidemiologica; è stato quindi possibile mantenere aggiornata la mappatura della diffusione degli MDR in ambito locale.

In tale contesto, sono stati realizzati:

- audit clinici mirati, per verificare la correttezza dell'applicazione delle misure assistenziali previste per ogni caso di specie promuovendo, ove necessario, eventuali azioni di miglioramenti rispetto alle "non conformità" riscontrate;
- interventi formativi, nell'ambito del progetto "Lotta alla Sepsi in Emilia Romagna" già in essere, per sensibilizzare il personale sulla corretta e tempestiva applicazione delle misure preventive e di isolamento;
- implementare l'indagine epidemiologica, promossa dall' Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Area Rischio Infettivo, in merito alla sorveglianza delle enteriti sostenute da C. difficile.

Pandemia influenzale A/H1N1

In linea con il Piano Regionale per la Pandemia influenzale, sono state elaborate e diffuse le indicazioni igieniche atte a sorvegliare e controllare l'epidemia da virus influenzale A/H1N1.

Sono state effettuate numerose iniziative volte all'implementazione di linee guida aziendali ad hoc, in collaborazione anche con il Gruppo Interaziendale e Strategico Pandemia, con particolare riguardo all'elaborazione e diffusione delle misure di isolamento ospedaliero, misure igieniche e protocolli per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati, per il trasporto in sicurezza dei pazienti e per la sanificazione/sanitizzaione ambientale.

E' stata predisposta una specifica campagna multimediale (opuscoli, poster, seminari ecc.) di informazione/formazione degli operatori sulla necessità di sottoporsi alla vaccinazione contro il virus A H1/N1. comprendente anche l'elaborazione dei dati relativi all'attività vaccinale svolta

Sono stati inoltre realizzati alcuni interventi specifici, volti al contenimento dell'infezione che hanno riguardato l'istallazione dei distributori di sapone e della carta asciugamani nei servizi igienici aperti al pubblico, il potenziamento dell'impiego del gel idroalcolico, anche attraverso l'installazione di appositi dispenser a muro, per potenziare l'igiene delle mani, misura strategica per il contenimento del rischio infettivo, in piena sintonia con il progetto "La prevenzione è nelle tue mani" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità.

Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori

In linea con il Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza ed il controllo delle malattie trasmesse da Aedes albopictus (Chikungunya e Dengue) e Culex (West-Nile Disease), si sono effettuati diversi interventi volti sia a fornire indicazioni comportamentali (accorgimenti per limitarne l'attrattiva, acquisizione ed impiego di repellenti cutanei), sia a realizzare interventi strutturali (istallazione zanzariere, corretta gestione e manutenzione delle aree verdi esterne e delle aree di cantiere) per limitarne l'infestazione all'interno ed all'esterno delle strutture.

Inoltre, d'intesa con l'Azienda municipalizzata e con le strutture dell'Azienda USL, sono state intraprese, su tutto il territorio aziendale, una serie di attività riguardanti la lotta alla zanzara tigre, tra cui la pulizia dei pozzetti fognari prima dell'inizio della lotta antilarvale ed al bisogno, l'organizzazione degli interventi anti-larvali nell'ambito del controllo igienico-gestionale delle attività di disinfestazione/derattizzazione appaltata e disinfestazioni mirate in presenza di infestazione particolarmente significativa.

Prevenzione e controllo della Legionellosi in Ospedale

Nell'ambito delle attività di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione e controllo della Legionellosi in ambito nosocomiale, è stato elaborato dal Gruppo Operativo Aziendale Multidisciplinare Gestione del Rischio da Legionella il documento "Valutazione del rischio da Legionella per tutte le Unità Operative aziendali" e il "Programma di Controllo della Legionellosi".

Entrambi i manufatti sono stati valutati e valicati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dall'ISPESL.

Sulla scorta degli elementi contenuti nei precitati documenti è proseguita:

- ✓ la sorveglianza di tutte le polmoniti ospedaliere e comunitarie con diagnosi differenziale di Legionella;
- ✓ la pianificazione delle attività correlate alle indagini microbiologiche sulla rete idrica, compresi gli eventuali interventi di disinfezione (iperclorazione, shock termico ripetuto, biossido di cloro degli impianti) in caso di "*non conformità*";
- ✓ la filtrazione dei terminali idrici, delle UU.OO considerate ad alto rischio, tramite l'impiego di filtri antibatterici.

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
- la lotta alla sepsi

Prevenzione e controllo delle infezioni nei pazienti a rischio

Per uniformare i comportamenti, tra quanti coinvolti nei processi clinico-assistenziali di pazienti considerati ad alto rischio dal punto di vista infettivo, sono state realizzate raccomandazioni specifiche, per le UU.OO di Neonatologia e TIN, Oncologia Degenza Alte Dosi, Pediatria Infettivi Degenza, CTMO ed Ematologia.

Prevenzione e controllo delle infezioni in Terapia Intensiva e in Comparto Operatorio

Prosecuzione del Progetto Regionale "Monitoraggio delle Infezioni in reparti a rischio - SiTiER – Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva" con l'obiettivo di vigilare sistematicamente le infezioni nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le TI.

Si è provveduto a monitorare, nelle TI e nei CO, le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale attraverso l'esecuzione di specifici sopralluoghi e di indagini microbiologiche ed aerobiologiche ambientali. Tali verifiche consentono, oltre all'attenta valutazione dell'adeguatezza delle attività di sanificazione e sanitizzazione ambientale poste in essere, anche la verifica del rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali di area critica.

Prevenzione e controllo delle infezioni in Endoscopia

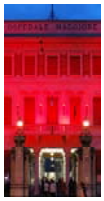
Nell'ambito del Progetto Regionale "Reprocessing degli Endoscopi", nel corso del 2009, si è realizzata l'implementazione e la distribuzione del Documento di Linee Guida RER "*Reprocessing degli Endoscopi – Indicazioni Operative"* pianificando lo svolgimento dell'audit clinico regionale, per la verifica dell'adozione di misure sicure nei centri di Endoscopia Digestiva e Respiratoria di I e II livello. Contestualmente si è provveduto alla revisione delle indicazioni relative alla prevenzione del rischio infettivo in corso di procedura operativa complessa, quale la Toracoscopia Medica al fine di migliorare gli standard igienici e di sicurezza.

Prevenzione delle infezioni correlate all'utilizzo di dispositivi medici

Sono stati sviluppati alcuni progetti legati alla prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vascolare (periferico e centrale) ed al cateterismo vescicale.

In particolare, in collaborazione con il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, si è provveduto a:

- o acquisire nuove medicazioni semipermeabili trasparenti per cateteri vascolari periferici e centrali, acquisite nell'ambito della gara Intercent-ER. Tale intervento è da ritenersi sicuramente migliorativo ed in linea con le linee guida di riferimento, in quanto l'impiego di tali medicazioni garantisce, oltre al monitoraggio puntuale del punto di inserzione del dispositivo intravascolare, ridotte manipolazioni sul sistema e una maggior dilazione dell'intervallo di cambio della medicazione stessa.
- o Introdurre le sacche di drenaggio a circuito chiuso, in particolar modo per i pazienti che necessitano di cateterizzazione a lungo termine, in quanto sulla scorta della letteratura di



riferimento, l'utilizzo di un sistema di drenaggio a circuito chiuso, unito ad un'adeguata gestione del catetere vescicale, è in grado di ridurre l'incidenza delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti ricoverati di oltre il 50 %.

Contestualmente, al fine di agevolare gli operatori sanitari durante l'utilizzo dei nuovi dispositivi, sono state elaborate e diffuse specifiche indicazioni generali d'impiego (scelta, modalità di applicazione, precauzioni di impiego e di gestione).

Antisepsi e disinfezione in ospedale

L'antisepsi e la disinfezione rappresentano momenti fondamentali di una buona pratica sanitaria, perché in grado di incidere in modo significativo nel processo di diagnosi, cura ed assistenza della persona malata. Anche per il 2009 si è provveduto ad incrementare la diffusione della conoscenza dei fattori che influenzano l'efficacia degli interventi di disinfezione, tra cui le caratteristiche del principio attivo, le corrette indicazioni d'uso, le modalità di impiego, che risultano di fondamentale importanza per i singoli professionisti, chiamati a garantire l'appropriatezza e qualità della prestazione sanitaria.

Con il Gruppo di Coordinamento Comitato Infezioni Ospedaliere Regionale, sono stati analizzati i contenuti dei documenti realizzati a livello Regionale da gruppi di lavoro ad hoc "Memo Regionale – Guida all'antisepsi ed alla disinfezione in ambito sanitario e socio-sanitario" e "Memo Regionale – Igiene delle Mani". Sempre nell'ambito delle attività Regionali sono stati individuati i referenti aziendali, un medico ed un infermiere della UO Neonatologia, che hanno collaborato alla realizzazione del documento regionale riguardante l'Antisepsi in Neonatologia di prossima diffusione

A seguito dell'esame delle recenti Linee Guida francesi su temi riguardanti l'antisepsi in Pediatria, si è ritenuto opportuno fornire indicazioni operative alle UO afferenti al Dipartimento Materno Infantile, per migliorare le procedure di antisepsi pediatrica tramite l'impiego di idonei prodotti disponibili a livello aziendale.

Sicurezza igienica di attrezzature sanitarie e dispositivi medici

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

Sono state introdotte guaine monouso sterili per trasduttori ecografici presso il Centro Senologico, da impiegare in corso di procedura complessa, migliorando gli standard di sicurezza igienica sia per l'utenza, sia per gli operatori coinvolti nelle procedure di ricondizionamento dei trasduttori stessi, eliminando l'impiego di glutaraldeide.

Al fine di ottimizzare il tempo-operatore e standardizzare le attività di bonifica dei trasduttore ecografici durante l'impiego tra un paziente ed il successivo, si è ritenuto opportuno sperimentare salviette pronte all'uso per la pulizia dei trasduttori per ecografia. Al termine della stessa, considerata la praticità d'uso, l'efficacia del prodotto chimico con funzione detergente e il gradimento ottenuto tra gli operatori coinvolti, si è provveduto a richiederne l'acquisto sulla scorta delle previsione di consumo annuo, calcolato dalle singole UU.OO. utilizzatrici.

Sicurezza igienica ambientale

Verifiche igieniche

È proseguito il fitto calendario di controlli igienici all'interno delle UU.OO. aziendali, dando priorità alle UU.OO. sottoposte a procedura di autorizzazione/accreditamento. Le eventuali "*non conformità*" riscontrate sono state segnalate ai Servizi competenti per la risoluzione.

Parimenti è proseguito il monitoraggio igienico del servizio di sanificazione ambientale del Global Service.

Si è mantenuta aggiornata, ai fini igienico-preventivi, la mappa delle destinazioni d'uso dei locali aziendali.

Sono stati elaborati e diffusi protocolli di lavoro specifici riguardanti la sanificazione e sanitizzazione ambientale delle principali aree ad alto rischio infettivo.

A seguito di trasferimenti di Unità Operative/Servizi o ristrutturazione di aree sanitarie esistenti, sono state poste in atto le attività di competenza per assicurare idonei standard igienici agli operatori ed all'utenza ivi ricoverata.

Sono state realizzate e diffuse specifiche disposizioni, da applicare sia durante che al termine dello svolgimento di lavori edili di ristrutturazione/manutenzione strutturale, per la sanificazione ambientale di aree a medio ed alto rischio, comprensive dei controlli microbiologici ambientali, al fine di garantire adeguate condizioni di sicurezza igienica alla ripresa dell'attività sanitaria.

Per quanto concerne il servizio di lavanolo, per verificare la corretta applicazione delle indicazioni/disposizioni igieniche inserite nel capitolato d'appalto, eventuali "non conformità" sono state puntualmente segnalate ai competenti uffici.
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.

Definizione percorsi
Nel corso del 2009 si è provveduto, rispetto ai vincoli strutturali e di cantiere, ad individuare. nelle varie strutture aziendali, percorsi igienicamente corretti per utenti, operatori e visitatori, oltre che per l'approvvigionamento del materiale "pulito" e lo smaltimento del materiale "sporco".

Disinfestazione, derattizzazione
È proseguita l'attività di coordinamento e controllo del servizio appaltato di disinfestazione e derattizzazione ambientale in tutte le aree aziendali, per la prevenzione ed il contenimento degli infestanti.
L'attività si è articolata su più livelli, pianificando incontri periodici con i tecnici della ditta appaltatrice per valutare le problematiche emergenti, proponendo interventi volti ad individuare e risolvere eventuali criticità strutturali e programmando, ove necessario interventi di manutenzione e bonifica.
È continuata l'attività di monitoraggio e contenimento delle colonie animali presenti in azienda.

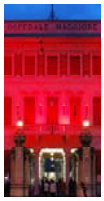
Attività di formazione
Nell'arco del 2009 sono state svolte le seguenti attività formative:

1. nell'ambito del Corso Integrato di "*Infermieristica Generale e Teoria dell'Assistenza Infermieristica*" del 1° anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Base dell'Università degli Studi di Parma è stata svolta attività didattica integrativa nell'anno accademico 2008-2009 sui seguenti temi:
    - "Le infezioni correlate all'assistenza (ICA)"
    - "L'igiene delle mani"
    - "I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)"
    - "Le precauzioni standard"
    - "La gestione dei rifiuti sanitari"
2. corso formativo sul Rischio Clinico, in linea con gli obiettivi fissati dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
3. interventi formativi specifici in tema di prevenzione delle infezioni, svolte nell'ambito del progetto "Lotta alla Sepsi in Emilia Romagna", inerenti:
    - l'igiene delle mani, in cui sono state divulgate le linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, durante la campagna mirata a promuovere la sicurezza del paziente (Global Patient Safety Challenge) attraverso la corretta igiene delle mani (Clean Care is safer Care);
    - la gestione dei devices intravascolari e dei cateteri vescicali, in modo da sensibilizzare gli operatori sanitari sulla prevenzione del rischio infettivo correlato;
4. attività di formazione al VI Corso Nazionale Teorico Pratico di Pneumologia Interventistica
5. iniziative di formazione nell'ambito dei corsi istituzionalmente previsti per i preposti ai sensi del D. Lgs. 81/2008 su temi riguardanti la prevenzione del rischio biologico: inquadramento normativo, infezioni associate all'assistenza sanitaria, prevenzione, scelta ed utilizzo di idonei DPI, vaccinazioni e sorveglianza sanitaria;
6. attività di formazione nell'ambito dei moduli formativi obbligatori per il personale sanitario aziendale in tema di prevenzione della sindrome influenzale A/H1N1.

Progetto LASER (Lotta alla Sepsi in Emilia-Romagna)
Il Team Sepsi aziendale ha proseguito anche nel corso del 2009 le 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 2008, con l'obiettivo di diffondere le conoscenze e gli strumenti per il precoce riconoscimento ed il corretto trattamento dello stato



di sepsi, sepsi grave e shock settico, tramite lo svolgimento nel 2009, di ulteriori quattro edizioni di corso, che hanno coinvolto 281 discenti, di cui 202 Infermieri, 35 Medici, 29 Medici Specializzandi, 6 Ostetriche, 7 OSS, 2 Tecnici di Laboratorio.

Ogni edizione, della durata di 12 ore, è stata strutturata in una sessione plenaria di 8 ore, in cui si sono stati affrontati gli argomenti legati alla sepsi attraverso l'esecuzione di lezioni magistrali ed una sessione specialistica di 4 ore, ripetuta 4 volte, in cui si sono discussi i casi clinici.

Complessivamente nei 24 mesi di durata del percorso formativo inerente il progetto regionale "Lotta alla Sepsi in Emilia Romagna – LaSER", sono state svolte 10 edizioni, per un totale di 240 ore di corso e sono stati formati:

	Area medica	Area chirurgica	Area intensiva	Altro	Totale
Infermieri	295	128	92	22	537
Medici	91	27	17	8	143
Medici specializzandi	50	2	5	-	57
Ostetriche	-	22	-	-	22
Oss	4	-	3	-	7
Tecnici di laboratorio	-	-	-	2	2
					768

- la rilevazione delle criticità aziendali inerenti il percorso clinico assistenziale del paziente settico, ha permesso l'individuazione delle soluzioni operative più efficaci atte a sanare le criticità emerse, come ad esempio l'individuazione e l'ubicazione dei monitor multi-parametrici non invasivi presenti a livello aziendale, la possibilità di posizionare un CVC H24, eccetera.

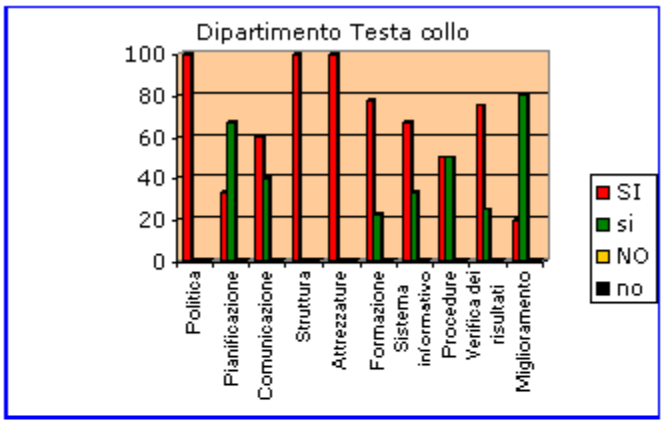
Nel mese di marzo 2009, l'Azienda Ospedaliera di Parma è stata oggetto di verifica da parte dei Referenti dell'Agenzia Sanitaria Regionale per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto in questione. Il team sepsi aziendale ha provveduto ad elaborare i dati relativi al percorso formativo ed al percorso assistenziale del paziente settico, richiesti tramite questionario specifico.

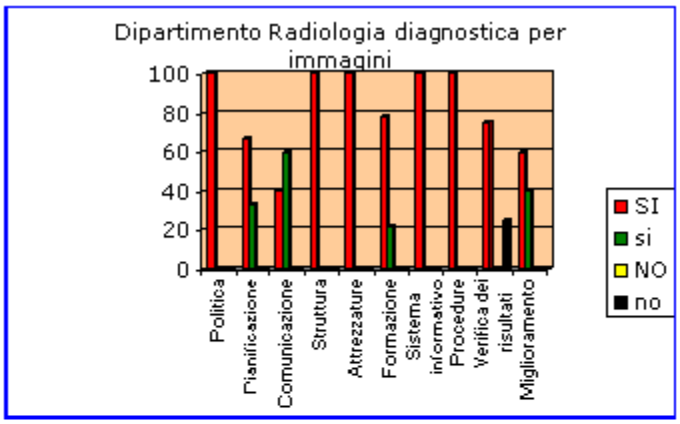
Nel mese di maggio 2009, l'Azienda Ospedaliera di Parma ha partecipato al Convegno rivolto a tutti i membri del Team sepsi delle Aziende Sanitarie della Regione e a tutti i partecipanti al corso di formazione sulla Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva, in cui sono stati forniti i dati sullo stato di avanzamento del progetto LaSER nelle singole realtà locali, ed è stato presentato il documento di indirizzo sulla Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva.

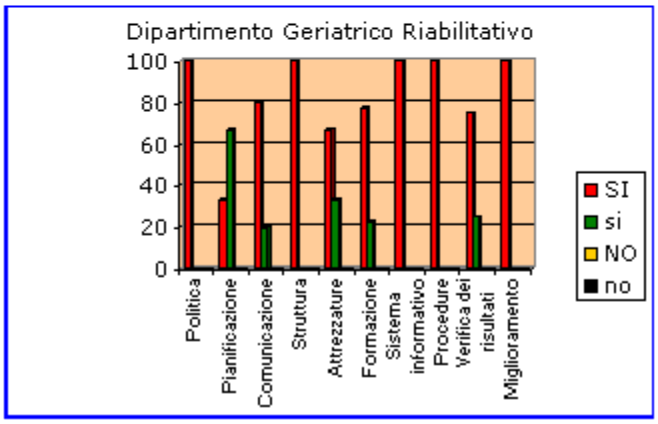
L'accreditamento

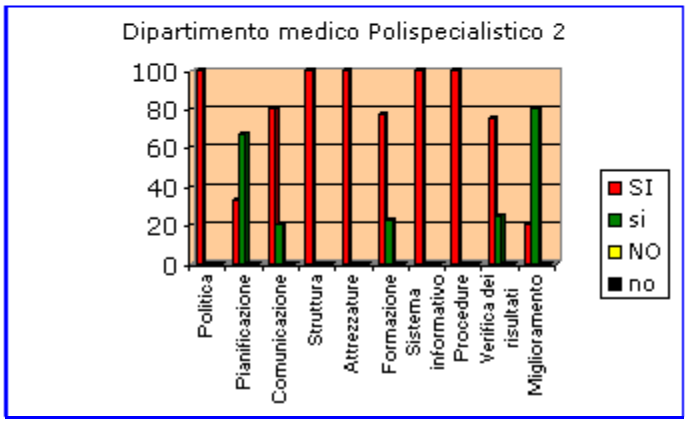
Nel corso del 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha sostenuto l'attività finalizzata alle visite di accreditamento previste sulla base della programmazione regionale. Nel mese di aprile 2009 sono state eseguite da parte della Regione le visite per i Dipartimenti Medico Polispecialistico 2, Testa-Collo, Radiologia e Diagnostica per Immagine e nel mese di novembre la visita al dipartimento Geriatrico Riabilitativo. Di seguito si riportano i grafici relativi al risultato delle visite in relazione ai requisiti del dipartimento suddivisi per capitoli, secondo il modello regionale.
In sintesi i capitoli esprimono:
Il capitolo **politica** esprime la mission la vision , gli obiettivi generali e specifici e la loro diffusione all'interno del dipartimento
Il capitolo **pianificazione** identifica le responsabilità assegnate all'interno della organizzazione per raggiungere gli obiettivi prefissati (articolazione operativa),il piano annuale di attività in relazioni agli obiettivi, le risorse necessarie, il catalogo dei prodotti, le regole generali di funzionamento della organizzazione, soprattutto per quanto riguarda le interfacce e gli indicatori finali per la verifica del raggiungimento dei risultati.
Il capitolo **comunicazione** definisce le modalità attraverso cui viene gestita la comunicazione all'interno del dipartimento e verso l'esterno, sia dentro l'Azienda e verso le altre aziende e i cittadini. In questo rientra anche la modalità di gestione della qualità percepita.
Il capitolo **struttura** è prevalentemente riferito al possesso dei requisiti autorizzativi per l'esercizio di prestazioni sanitarie
Il capitolo **attrezzature** definisce le modalità di valutazione del fabbisogno, di acquisizione e di corretta gestione(manutenzione) delle attrezzature da parte del personale .

Il capitolo **formazione** riguarda sia le modalità di inserimento del personale neo assunto che le modalità di mantenimento della clinical competence attraverso l'aggiornamento continuo, le modalità di condivisione e la valutazione dell'efficacia della formazione
Il capitolo **sistema informativo** definisce le modalità di gestione dei dati e dei documenti che permettono al dipartimento di gestire e valutare le proprie attività
Il capitolo **procedure** definisce le modalità di gestione e quali procedure sono necessarie per il governo dei processi fondamentali.
Il capitolo **verifica dei risultati** è strettamente correlato ai capitoli politica e pianificazione e rappresenta le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi pianificati attraverso gli indicatori adottati. Il risultato della verifica porta al **capitolo miglioramento**, ossia a progettare le azioni di miglioramento necessarie a seguito degli scostamenti rispetto al monitoraggio degli indicatori.
I criteri di valutazione previsti sono:
NO: Il requisito non è posseduto.
no: l'organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito o esistono solo prassi consolidate
si: Solo una parte del criterio è realizzata, o la realizzazione non è completa. Esistono prassi consolidate parzialmente documentate
Si. Il requisito è posseduto pienamente e c'è documentazione di riferimento.









A seguito dell'analisi dei verbali delle visite di verifica sostenute ad aprile sono stati effettuati incontri con i dipartimenti per una valutazione dei risultati e per la identificazione e pianificazione delle azioni di miglioramento da intraprendere.
L'attenzione è stata rivolta in particolare alla pianificazione e alla valutazione dell' attività annuale pianificata.
Tra le iniziative intraprese al proposito è di rilievo l'attivazione di un progetto che ha coinvolto il Controllo di Gestione, la Direzione sanitaria, l'Ufficio Qualità e le strutture aziendali con la creazione di un portale per il monitoraggio degli obiettivi di budget allineato alla necessità dei dipartimenti di attuare una verifica periodica dell'andamento degli obiettivi assegnati. Il progetto è stato presentato nel corso di verifica di accreditamento del dipartimento Geriatrico Riabilitativo
L'attività già avviata nel 2008 e legata alla programmazione delle visite di accreditamento aveva evidenziato la necessità di una ricognizione dello stato delle autorizzazioni all'esercizio sia per le strutture

che erano oggetto di accreditamento, sia per le numerose altre strutture soggette a spostamento di sede o inserimento in dipartimenti diversi.
Sono quindi proseguite le attività del gruppo di lavoro aziendale per l'autorizzazione all'esercizio che ha come obiettivi, la ricognizione delle strutture da autorizzare, l'effettuazione di sopraluoghi interni nelle strutture che necessitano di autorizzazione per verificare il soddisfacimento/mantenimento dei requisiti autorizzativi, la predisposizione della documentazione da inviare al Comune di Parma ed alla Commissione per l'autorizzazione, l'organizzazione e la partecipazione ai sopralluoghi fissati dalla Commissione per l'autorizzazione.
È stato redatto un programma delle autorizzazioni che sono state poi effettuate nel corso dell'anno 2009, con particolare riferimento ai dipartimenti per i quali la Regione ha pianificato la visita di accreditamento nei mesi di aprile e novembre e per i dipartimenti che ancora devono sostenere la visita che sono: Materno Infantile, Diagnostica di Laboratorio e Medico Polispecialistico 1. Per tutto il 2009 sono quindi proseguite parallelamente alle attività rivolte all'accreditamento anche quelle per l'autorizzazione.
Nel corso del 2009, oltre all'attività di supporto svolta dall'ufficio Qualità Accreditamento nei confronti dei dipartimenti sottoposti a visita sono comunque proseguite le attività di tutoraggio, formazione e audit interno, ai fini dello sviluppo del percorso di accreditamento, rivolte ai dipartimenti Materno Infantile, Diagnostica di Laboratorio e Medico Polispecialistico 1.

Audit interni effettuati 2008-2009

Dipartimento	audit interno
Medico Polispecialistico 2	19 gennaio 2009
Testa collo	18 dicembre 2008
Geriatrico Riabilitativo	11 Giugno 2009
Radiologia e diagnostica per immagini	23-24 settembre 2008
Patologia e medicina di laboratorio	15-16 giugno 2009
Medico Polispecialistico 1:	
• SC Clinica e terapia medica • SC Endocrinologia	28 luglio 2009
• SC Clinica e immunologia medica	4 agosto 2009
• SC Oncologia	7 agosto 2009
• SC Genetica Medica	11 agosto 2009

Per il mantenimento e la vigilanza sullo stato di accreditamento dei dipartimenti già visitati dalla Regione nel 2006, sono stati inseriti nel processo di budget gli obiettivi specifici per l'area Qualità Accreditamento ed attivati incontri con le direzioni dei dipartimenti e l'Ufficio Qualità Accreditamento al fine della valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati .
Per quanto riguarda le attività non strettamente connesse all'accreditamento istituzionale dei dipartimenti ad attività integrata, a seguito della identificazione da parte della Regione della bozza di "*Requisiti per l'Accreditamento Istituzionale della Funzione Formazione per Formazione Continua per la Sanità e la Salute*", è proseguito il percorso già attivato nel 2008 per l'accreditamento della Struttura di Staff Formazione Aggiornamento..

Si è concluso a marzo 2009 il progetto di Formazione sul campo in capo all'ufficio Qualità e Accreditamento avente come oggetto lo sviluppo delle tematiche inerenti il Governo Clinico l'Accreditamento e l' integrazione delle Strutture in staff e line della Direzione. Sono stati realizzati una serie di incontri tematici di approfondimento sulle attività trasversali svolte dai servizi a cui ha fatto seguito la redazione di una raccolta di documenti e l'avvio di percorsi integrati fra le strutture coinvolte nel processo di autorizzazione/accreditamento.
L'azienda ha inoltre aderito al progetto regionale per l'estensione dello studio sull'impatto dell'accreditamento nelle aziende della Regione. Nel mese di ottobre è stato presentato e somministrato il questionario proposto dalla regione a tutti i professionisti coinvolti nel processo di accreditamento nel 2006, compresi i servizi tecnici di supporto e le strutture di staff. L'adesione all'indagine è stata alta con una restituzione di questionari superiore all'80%.
I dati saranno elaborati dall'Agenzia sanitaria e Sociale RER e comunicati alle aziende nel 2010.

Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Diabete

Dal Dossier 2009 della Regione Emilia-Romagna, emerge che, nel 2007, il 7,17% della popolazione adulta (oltre 35 anni) e quasi il 5% dell'intera popolazione è affetto da diabete, che il diabete assorbe il 18% della spesa complessiva sanitaria e che costo per un soggetto diabetico è circa tre volte superiore a quello di un non-diabetico.
Sulla base del database della Agenzia Sanitaria regionale e dalla integrazione con i Registri della patologia diabetica a livello provinciale (attualmente solo le province di Parma, Ravenna e Piacenza hanno completato la costruzione del registro della patologia diabetica), nella nostra provincia sono presenti oltre 28.000 soggetti diabetici, dei quali 21.500 in trattamento farmacologico , con una prevalenza che aumenta progressivamente con il crescere dell'età e che raggiunge quasi il 14% nella fascia >75 anni. Di questi poco più della metà sono assistiti dalle strutture diabetologiche sia territoriali (a livello dei Distretti di Parma, di Fidenza, di Valli Taro e Ceno e di Sud-Est) e delle strutture ospedaliere di Parma, Fidenza-Vaio e Borgotaro.

Il Progetto Regionale di Gestione Integrata (GI) del paziente con Diabete di tipo 2

Poiché in passato il sistema d'assistenza al paziente diabetico non prevedeva l'integrazione professionale tra Struttura diabetologica e MMG, con risultati spesso discordanti, già nel 1994 su iniziativa della Associazione Medici Diabetologi e della SIMMG, prese corpo un progetto nazionale di revisione delle modalità di assistenza al paziente diabetico. L'orientamento era di far gestire direttamente ai medici di famiglia quella porzione di pazienti diabetici afferenti alle strutture diabetologiche e che per grado di compenso, età, adesione alla terapia, assenza di gravi complicanze non richiedessero un ricorso sistematico allo specialista e potessero essere gestiti secondo modalità condivise e perciò in modo "integrato" tra specialista diabetologo e medico di famiglia.

Il Progetto incontrò non poche difficoltà di applicazione e solo nel 2000 fu rivisto e riproposto, sulla scorta anche di precisi orientamenti ministeriali e di autonome decisioni regionali (Lombardia, Piemonte e Toscana), a cui nel 2004 si aggregò anche la Regione Emilia-Romagna. Nel 2005 la provincia di Parma aderì al progetto e venne iniziato l'arruolamento dei pazienti. I MMG hanno progressivamente aderito alla gestione integrata del diabete, raggiungendo alla fine dl 2009 l'81,5% del totale, pari a 246 Medici di Medicina Generale.
Il passaggio dei pazienti dall'assistenza da parte delle strutture diabetologiche alla Gestione Integrata (GI) è andato gradualmente aumentando, malgrado la " finestra di arruolamento " sia abbastanza stretta (valore di emoglobina glicata basso, nessuna complicanza importante, solo terapia dietetica o con antidiabetici orali, ecc) ed ha raggiunto uno "steady state" verso la fine del 2008, con circa il 90% dei pazienti arruolabili che aderiva al progetto, circa il 10% che non accettava di lasciare la struttura diabetologica ed un numero di nuovi entrati e di pazienti che abbandonavano la GI praticamente sovrapponibile.
Alla fine del 2009, nella provincia di Parma i pazienti in GI erano di poco superiore a 2600, di cui 1021 appartenenti al Distretto di Parma, 734 a quello di Fidenza, 500 al Sud-Est e 327 al Distretto Valli Varo, con una mediana di 10,9 pazienti per MMG (min 0, max 40).
Al totale dei pazienti in Gestione Integrata le strutture diabetologiche della Azienda Ospedaliero-Universitaria alla fine del 2009 hanno contribuito per il 35,2%.
Alla fine dello stesso periodo è stato possibile ottenere i primi indicatori di processo, attraverso l'incrocio tra il flusso dati della Gestione Integrata e il flusso ASA, riguardo l'esecuzione del dosaggio della emoglobina glicata, prevista ogni quadrimestre per i pazienti in GI. È così risultato un valore di 1,87 dosaggi/anno per paziente in GI, contro un valore di 0,98 dosaggi/anno per quelli rimasti in cura presso le strutture diabetologiche.
La implementazione del progetto di Gestione Integrata ha permesso inoltre, attraverso la creazione di un gruppo di lavoro *ad hoc,* che comprende tutti i responsabili delle strutture diabetologiche della provincia, i rappresentanti dei MMG, i responsabili dei Distretti, le rappresentanze dei pazienti e le Direzioni Sanitarie delle due Aziende, di giungere ad una serie di accordi, che hanno riguardato :

- le modalità di visita per la concessione ed il rinnovo della patente di guida ai pazienti diabetici;
- i criteri per la concessione dei presidi per il monitoraggio domiciliare della glicemia e le modalità distributive degli stessi;
- i criteri per la concessione e la gestione per i sistemi di infusione continua di insulina (microinfusori).

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.

Lo sviluppo dell'attività, a partire dal secondo semestre 2008, è proseguito anche nel corso del 2009, in sinergia con le linee di Area Vasta ed in un'ottica di forte integrazione con il territorio, attraverso la definizione di Progetti che danno risposta alla D.G.R. 533/2008. Le Aziende sanitarie in stretta collaborazione hanno, in questa ottica, attivato gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali per definire/potenziare gli interventi comuni per il raggiungimento degli obiettivi proposti da raggiungere nel triennio 2008-2011.

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

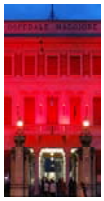
1. "Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)": è stato effettuata la formazione alla consulenza al personale delle 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. Attualmente gli step di tale cronogramma sono stati solo parzialmente raggiunti: 1) per quanto attiene l'AUSL, è stata portata a termine la formazione di un operatore ecografista che .peraltro, non ha potuto essere operativo in quanto entrato in congedo di maternità; 2) per quanto riguarda l'Azienda AOU, l'unico operatore abilitato, non può soddisfare la richiesta in quanto impegnato a scavalco tra le due Aziende; non è stato possibile addestrare nessun nuovo operatore per indisponibilità di personale strutturato.
Ciononostante, sono state eseguite nel periodo marzo – dicembre 2009 presso l'Azienda USL 197 Traslucenze Nucali (130 nel Distretto di Parma e 67 in quello di Fidenza), presso il servizio di Ecografia della Clinica ostetrica n. 67 Translucenze Nucali.
Si fa presente che dalla presa in carico della paziente al momento dell'esecuzione del test combinato, la gravida completa in caso di necessità tutto l'iter diagnostico previsto dal protocollo interaziendale, con piena attuazione dell'obiettivo prefissato.

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 c/o l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia come risposta organizzativa a tale obiettivo. Il servizio di ecografia è l'unico punto di ecografia di 2° livello del territorio provinciale al quale afferiscono tutte le richieste di ecografia ostetrica di 2° livello, di ecografie urgenti anche da professionisti esterni al percorso nascita. A tale proposito, la criticità che emerge deriva dall'elevato numero di accessi impropri per quanto attiene la motivazione e la richiesta cosiddetta " urgente". In linea generale, si osserva un evidente aumento nel 2009 delle ecografie ostetriche di 2° livello (incremento del 50%). Sono state effettuate, inoltre, n. 203 ecocardiografie fetali con la presenza dello Specialista Cardiologo neonatale che permette di eseguire un immediato counseling d'équipe anche nei casi giunti dal percorso dell'obiettivo n.1.
3. "Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia": nella degenza ostetrica dell'U.O. Ostetricia e ginecologia è stato introdotto un nuovo modello organizzativo che vede la figura dell'ostetrica quale riferimento globale per la diade madre-bambino ("modello a settori"); presso l'Azienda USL si è proseguito nel progetto di Assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, diversificando i percorsi assistenziali tra gravidanza a basso/ medio-alto rischio.

4. “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, ma non ancora attuato, 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 con il precoce contatto madre-bambino e controllo del corretto attaccamento al seno . Inoltre nel 2009 è stata condivisa la programmazione di un’ulteriore formazione interaziendale per il sostegno e la promozione dell’allattamento al seno da parte dei formatori WHO interni all’Azienda (già in atto nel primo semestre 2010) ed affinato il percorso della dimissione appropriata propedeutico al sostegno dell’allattamento al seno.
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 prevedeva la rilevazione del vissuto delle donne nel “percorso” nascita attraverso appositi Focus group che sono stati attuati nel corso del 2009.E’ una tecnica di rilevazione qualitativa che consente di ricavare una notevole mole di dati con campioni di piccole dimensioni;i dati sono ancora in via d’analisi,ma ad una prima valutazione gli elementi che vengono percepiti come punti di forza sono sicuramente ,nella fase pre-parto, i corsi di accompagnamento alla nascita e nella fase post-parto la dimissione appropriata.Nei corsi si riconosce l’importanza della relazione con l’ostetrica in un contesto sereno in cui la conoscenza di altre gravide/coppie svolge una funzione di “normalizzazione” delle paure,oltre che di condivisione dell’esperienza.Come era prevedibile gli elementi di maggiore criticità o comunque più disturbanti dal punto di vista emotivo riguardano la comunicazione fra operatori e donna/coppia nella fase parto intesa sia come travaglio-parto che degenza post-parto.
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”: è stato avviato ma non ancora completato il progetto di adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e di un protocollo diagnostico condiviso con l’Anatomia Patologica.
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 è stato attuato attraverso l’applicazione di un modello di Corsi di accompagnamento alla nascita condiviso tra le due Aziende sanitarie e offerto in modo gratuito.
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.

Nel 2009 è proseguita la collaborazione 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.

Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso del 2009 il PDT dello Scompenso Cardiaco è stato definitivamente approvato dalla Commissione Cardiologica Provinciale e presentato , con appositi convegni , nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma , presso l'Ordine dei Medici ed ai Medici di Medicina Generale attraverso incontri organizzati nei Distretti Sanitari dell'AUSL di Parma .
L'analisi dei dati epidemiologici ha confermato una peculiarità positiva riguardante il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco della provincia di Parma .
La quota di casi trattati in regime di day hospital è significativamente maggiore a Parma (12 %) rispetto a quella regionale (3 %).
Questo dato si accompagna ad un tasso di riammissione ospedaliera a breve termine inferiore a Parma (8%) rispetto al tasso regionale (12%) .
Vi è una maggiore operatività chirurgica nei pazienti di Parma (10 %) rispetto a quella regionale (7 %) con una mortalità intra-ricovero più bassa , 9.2 % a Parma rispetto al 12.5 % regionale .
Questi dati confortano rispetto alle scelte compiute dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma , dove l'Unità Operativa di Cardiologia ha assunto funzioni di Hub provinciale per le attività concernenti l'impianto di defibrillatori e pace-makers biventricolari nei pazienti oiù critici , mentre si rafforzava l'attività del Day Hospital Cardiologico di Parma , al quale è stato affiancato un Day Hospital Cardiologico operante presso l'Unità Operativa di Cardiologica dell'Ospedale di Fidenza .
Il gruppo di lavoro costituito per la redazione del capitolo riguardante la Cardiologia del nuovo PAL 2009-2011 ha indicato come priorità strategica la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per la gestione della patologia cardiaca cronica , a partire dai pazienti affetti da Scompenso Cardiaco .
Nel Distretto di Parma è stato attivato un Ambulatorio Territoriale dello Scompenso Cardiaco , coordinato con il Day Hospital dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma , ispirato ai modelli organizzativi della 'presa in carico' delle patologie croniche .
In tal modo , nel 2009 , è iniziata concretamente la operatività della cardiologica territoriale , integrata con le due Aziende Sanitarie e con i Medici di Medici Generale , necessaria per completare il quadro dei servizi previsti dal PDT dello Scompenso Cardiaco .

La rete cardiologica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

La Commissione Cardiologica provinciale ha proseguito l'attuazione della rete per l'infarto del miocardio nell'anno 2009 .
Tutte le sedi di auto medica sono state attivate , consegnando le dotazioni tecnologiche necessarie a S. Secondo , a Traversetolo , a Borgotaro ed a Collecchio .
Nell'anno 2009 la Commissione Cardiologica , alla luce delle nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia ha indicato l' Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma come Hub unico per la terapia dell'infarto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST , considerando l'angioplastica primaria come trattamento di elezione in tutti i casi , viste le caratteristiche geografiche della realtà della provincia di Parma , che consente , di norma , tempi di trasporto in grado di consentire il successo di questo intervento .
Contestualmente al pieno sviluppo della terapia dell'infarto del miocardio in fase acuta , si è affrontato il tema della prevenzione delle recidive nei pazienti con infarto o sindrome coronarica acuta .
L'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma ha attivato un percorso clinico formale di collaborazione con gli specialisti della prevenzione secondaria , al fine di ridurre l'incidenza di recidive , migliorare l'aderenza agli stili di vita indicati ed alla terapia farmacologica .
L'Azienda USL di Parma ha costituito un gruppo aziendale di lavoro interprofessionale per promuovere programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio , individuare percorsi differenziati cui avviare i

pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio , programmare la prevenzione degli errori di terapia a domicilio .

Dimissioni difficili / protette

Nell'ambito dei percorsi integrati Ospedale-Territorio nel corso del 2009 è stato implementato il percorso delle dimissioni difficili.
In tale contesto il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) ha rivestito un ruolo fondamentale come interfaccia naturale nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati Ospedale-Territorio, in grado di attivare le risorse della struttura ospedaliera, dei servizi socio-sanitari territoriali, del volontariato interno ed esterno .
Tramite una specifica scheda, le unità di degenza attivano il SSO nelle situazioni che, in base ad una dettagliata anamnesi, che comprende la rilevazione di indicatori sociali e/o assistenziali si rende necessaria l'attivazione del Percorso per le Dimissioni Protette.
Il percorso delle Dimissioni Difficili/Protette assicura 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".

Obiettivo principale del percorso in questione è infatti quello di garantire che la continuità delle cure sia innanzitutto considerata in quanto parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale.
Soprattutto nel caso di pazienti 'fragili', la programmazione della dimissione richiede la valutazione multidimensionale e integrata degli aspetti sanitari e sociali e la pianificazione dei passaggi necessari per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.
Nell'ambito del Percorso per le Dimissioni Protette il Servizio Sociale Ospedaliero è intervenuto per:

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

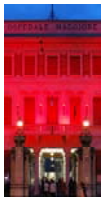
Nel corso del 2009 è stata sviluppata l'attività di analisi e studio dell'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette a cui partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Azienda USL di Parma e dei Comuni del Distretto di Parma con l'obiettivo di confrontare le criticità emerse nella gestione dei percorsi integrati Ospedale-Territorio e monitorare la realizzazione degli obiettivi definiti nei Piani di Zona.

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

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

Tra le azioni implementate nel 2009 vale la pena ricordare
1) la messa a punto della nuova Scheda di Raccolta Dati (Scheda Report), funzionale alla rilevazione di informazioni rispetto a:

- motivo della segnalazione di dimissione difficile
- tempi di attivazione del percorso dal momento del ricovero
- tempi per la valutazione del territorio
- data di reale dimissione dall'ospedale



- tempi di attivazione delle risorse attivate al momento della dimissione.

Dopo la sperimentazione effettuata nel 2008, la nuova scheda ha consentito di valutare il percorso del paziente dall'ingresso in Ospedale alla dimissione, evidenziando le criticità organizzative interne ed esterne all'Azienda Ospedaliera-Universitaria nella gestione delle dimissioni protette.

2) La revisione della flow chart che individua gli attori e i tempi di attivazione di ciascun servizio coinvolto, proposta all'Osservatorio per le Dimissioni Difficili.
3) L'impiego consolidato della nuova scheda di segnalazione (alternativa a quella allegata al protocollo per le Dimissioni Protette) per la segnalazione al Territorio delle situazione di fragilità sociale. Un giudizio positivo sulla nuova scheda è stato infatti espresso dal Distretto di Parma dell'Azienda USL, dal Comune Capoluogo, oltre che dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
4) L'analisi dei percorsi assistenziali per i pazienti con patologie neoplastiche.
5) Il consolidamento della prassi di inviare un report quindicinale al Servizio anziani del Comune di Parma relativamente ai casi presenti nelle lungodegenze per facilitare il ricovero in strutture protette o il rientro al domicilio.
6) L'estensione del progetto "Dimissioni protette" agli adulti con patologie assimilabili a quelle della popolazione anziana
7) La realizzazione di momenti di confronto per condividere con i principali attori lo strumento delle dimissioni protette per migliorare le modalità per l'utilizzo dello stesso.
8) La realizzazione di di interventi informativi per il personale dipendente dell'Azienda.

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

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

Va inoltre sottolineato che nel corso del 2009 è stata messa a punto la nuova scheda di segnalazione di bisogni di tipo esclusivamente sanitario.
In tale contesto è stato reso operativo, proprio per rispondere tempestivamente ai soli bisogni di tipo sanitario, un case-manager infermieristico che ha facilitato i percorsi di accesso alle reti sanitarie del territorio (presidi, ADI, eccetera).
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha inoltre preso parte ai programmi per la prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili esposti ad eventi climatici particolarmente sfavorevoli.
Ha infine partecipato 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).

Programma Stroke Care

I risultati conseguiti nell'ambito del Programma Stroke Care nel 2009, in accordo con le direttive regionali del Documento di Indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con Ictus – *Programma Stroke Care* (D.G.R. 1720/2007), vengono sintetizzati nei seguenti punti:

Riorganizzazione della gestione intra-ospedaliera del paziente colpito da stroke Sulla base dei dati epidemiologici è prevista la identificazione di 2 aree dedicate per un totale di 20 posti letto. 6 in ambito neurologico per i pazienti fino a 70-75 anni e per tutti pazienti sottoposti a trombolisi i.v., 14 in ambito geriatrico per i pazienti di età superiore a 70-75.
Documento PDT – *ictus cerebrale ischemico ed emorragico*
Il documento, inizialmente limitato alle sole forme ischemiche, viene esteso anche alle forme emorragiche e conterrà il Percorso Integrato Interaziendale tra AOU di Parma e AUSL di Parma.
Verifica del grado di implementazione e di efficacia del PDT ictus
L'attività svolta nel 2009 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Ictus è stata valutata attraverso una serie di indicatori di processo e di outcome predefiniti. Dall'analisi dei dati del 2009 si confermano i risultati degli anni precedenti.

Tabella 11 Adesione agli indicatori dal 2006 al 2009

INDICATORI	anno 2006 (95% IC)	anno 2007 (95% IC)	anno 2008 (95% IC)	anno 2009 (95% IC)
Esecuzione TAC	97% ***(95-99)***	97% ***(95-99)***	100% ***(100-100)***	100% ***(100-100)***
Ricovero presso reparti dedicati	80% ***(76-85)***	79% ***(74-84)***	84% ***(78-89)***	80% ***(75-87)***
Visita fisiatrica tempestiva < 48 h	*84%* **(75-93)**	*89%* **(82-95)**	*90%* **(81-98)**	*91%* **(82-99)**
Destinazione alla dimissione	**90%** *(80-99)*	**95%** *(89-100)*	**92%** *(76-100)*	**92%** *(76-100)*
Visite di follow-up a 1 mese	*30%* **(26-36)**	*75%* **(68-81)**	*84%* **(77-91)**	*90%* **(80-92)**

Attività ambulatoriale

Nel corso del 2009 è stata potenziata l'attività ambulatoriale per le malattie cerebrovascolari con 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;
- inquadramento diagnostico e attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria per tutti i pazienti, non arruolati nel PDT, afferenti agli ambulatori dal territorio.

Integrazione tra AOU e AUSL di Parma

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

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

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

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

Protolollo Trombolisi

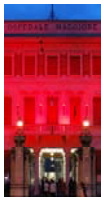
Il Protocollo Trombolisi è stato attivato il 1° ottobre 2008 nell'ambito di tutto il territorio provinciale (Rete Stroke Provinciale) con 2 presidi di riferimento, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Ospedale di Fidenza, in grado di eseguire la trombolisi i.v.

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono coinvolte le seguenti U.O.: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico. L'eleggibilità (anamnestico-clinica, Tac e laboratoristica) del paziente viene verificata in Pronto Soccorso, mentre la fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) viene effettuata presso l'area monitorata della Neurochirurgia che soddisfa i requisiti richiesti dal D.M. 24 luglio 2003. Il recente trasferimento della Neurologia nel "monoblocco", logisticamente vicino al Pronto Soccorso ed alla Neuroradiologia, ha sensibilmente migliorato la fase diagnostico-terapeutica. A tutt'oggi sono stati eseguiti 15 trattamenti trombolitici i.v..

Emergenza territoriale

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso dell'anno 2009, nell'ambito della attività del Sistema della Emergenza Urgenza 118, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, hanno portato avanti i percorsi iniziati in precedenza e dato l'avvio a nuove iniziative a valenza locale e regionale.



Attivazione della rete radio multiservizi R3 in tecnologia TETRA: la nuova rete "R3", alla fine del 2009, non è operativa per il soccorso sanitario 118 e necessita di sviluppi ad hoc per renderla in grado di supportare le procedure e le applicazioni informatiche per la gestione integrata dei mezzi di soccorso nelle Centrali regionali. Continua la sperimentazione a livello regionale.

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. Propedeutico al percorso è stato l'invio, chiesto dalla Regione alle Aziende Sanitarie entro il 30 Giugno 2009 (Delibera della Giunta Regionale n. 44 del 26/01/2009), della verifica degli standard previsti dalla D.G.R. 1349/2003.
Le Aziende Sanitarie hanno elaborato, come previsto dalla D.G.R. 44/09, il documento di verifica delle performance del sistema aziendale di emergenza territoriale e trasporto infermi producendo una relazione contenente una breve sintesi della organizzazione e composizione del sistema emergenza-urgenza nella Provincia di Parma con relative performance. Si è proceduto poi a verificare la presenza dei requisiti di autorizzazione da parte delle sedi delle Associazioni di Volontariato e sono stati svolti incontri di presentazione del percorso di accreditamento istituzionale.
È stata completata la rete di soccorso medicalizzata estendendo il servizio sia presso il Pronto Soccorso di Fidenza che presso il PPIO (Punto di Primo Intervento Ospedaliero) di Borgo Val di Taro dalle 12 ore diurne alle 24 ore, anche il servizio medicalizzato gestito dalla Assistenza Pubblica di Langhirano è passato dalle 12 alle 24 ore.

Sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso
Il decreto del 17/12/2008 pubblicato sulla G. U. il 13 gennaio 2009 che sancisce la costruzione del sistema informativo nell'area dell'emergenza/urgenza (118 e Pronto Soccorso) è stato presentato in Regione all'inizio del 2009 al Gruppo di Lavoro composto dai responsabili delle Centrali Operative 118.
Attualmente, la Centrale Operativa 118 di Parma è in grado di fornire tutte le informazioni richieste dal Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) per quanto attiene ai dati di competenza della stessa.
In particolare sono stati resi disponibili tutti i dati ricavati dal sistema informativo 118 relativi alla chiamata e al dispatch della Centrale Operativa.
Per quanto riguarda i dati richiesti relativi ai provvedimenti sanitari sul luogo dell'evento e durante il trasporto dei pazienti in Ospedale da parte dei mezzi di soccorso (Ambulanze, Automediche, Elisoccorso), la Centrale Operativa 118 di Parma può fornire fin da ora i dati relativi all'attività del servizio di Elisoccorso e a quella degli Infermieri dipendenti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in servizio sulle ambulanze 118. Questi dati vengono inviati mensilmente alla Regione dall'ottobre 2009.
Per quanto riguarda invece la rilevazione dei restanti dati, la competenza, quale titolare dell'Emergenza/Urgenza 118 territoriale, è dell'Azienda USL di Parma la quale, in condivisione con tutti i soggetti operanti nel Sistema sta individuando, in ottemperanza al decreto suddetto, il format cartaceo più idoneo al raggiungimento dell'obiettivo.
All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si stanno studiando le modalità per migliorare il collegamento tra gli eventi 118 e quelli di Pronto Soccorso in modo che ogni singolo paziente abbia un unico report sia per l'extra che per l'intra-ospedaliero. Sono già state apportate modifiche all'applicativo di Pronto Soccorso per rilevare le informazioni necessarie alla creazione del nuovo flusso informativo.

Percorso di integrazione delle Centrali Operative presso il Centro Unico delle Emergenze: il trasferimento della Centrale 118 presso il Centro Unico delle Emergenze è di rilevante complessità e ha implicato la definizione di accordi con l'Amministrazione Comunale e compatibilità/competenze in ordine all'acquisizione delle tecnologie. Il trasferimento è avvenuto a marzo 2010.

Sviluppo della convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS: la formalizzazione dell'accordo tra Regione e SAER/CNSAS che sarebbe dovuta avvenire all'inizio del 2009 non è avvenuta a causa di difficoltà insorte a livello regionale. Pertanto l'AUSL di Parma, con il parere favorevole dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha rinnovato la Convenzione in essere nel 2008, mantenendo una valenza provinciale.

Percorso STEMI: il percorso interaziendale dell'infarto miocardico acuto ST-Sopra è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dall'inizio 2008 con 9 Postazioni 118 dotate di apparati di trasmissione ECG, cui si sono aggiunte nel 2009 tre ulteriori postazioni 118 alle quali sono stati consegnati e resi operativi tre apparati per la trasmissione dell'ECG.

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 è concluso nel primo trimestre 2009. Nel novembre 2009 i relativi Protocolli sono stati licenziati dalla Commissione Cardiologica Provinciale e dalla Giunta del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

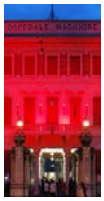
Organico infermieristico: l'implementazione del personale infermieristico di C.O. 118 e sui mezzi di soccorso di Parma città è completata. L'implementazione dell'organico infermieristico, iniziata nel 2007/2008 con l'aggiunta di tre Infermieri, è stata completata nel 2009 con l'aggiunta di altri tre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

Progetto "A casa Sicuri": al termine del primo trimestre 2007 si è interrotto il percorso iniziato nel 2006 con il Comune di Parma per arrivare ad una convenzione per la realizzazione di un nuovo sistema di Telesoccorso denominato "A casa sicuri". Alla fine del 2009, il Comune di Parma ha assunto in proprio la la realizzazione e gestione del progetto per i propri assistiti, invitando gli altri Comuni della provincia ad allacciare i propri utenti al servizio "A casa sicuri". Al 31 dicembre 2009 tutti gli utenti dei Comuni della provincia erano ancora allacciati al Telesoccorso gestito nei locali dalla Centrale Operativa 118.

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

La politica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in materia di acquisto di beni e servizi è stata volta anche nel 2009 a garantire la qualità degli approvvigionamenti nel rispetto del contenimento dei costi e dei tempi di gara.
Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi si è data continuità alle attività di collaborazione in Area Vasta e tramite l'agenzia regionale Intercent-ER, pur senza trascurare le iniziative aziendali volte al costante aggiornamento dei prezzi, oltre che alla razionalizzazione dei consumi e delle modalità di fruizione forniture (sviluppo conto deposito).
A livello aziendale si rileva una spesa complessiva di ordinativi effettuati nel 2009 presso Intercent-Er di € 7.294.139,76 oltre a € 12.217.227,00 per farmaci (con un importo triennale pari a € 95.694.915,00), per un totale di € 19.646.960,00.
Al fine di contribuire al rafforzamento del sistema regionale per gli acquisti, un secondo obiettivo che ci si è proposti di raggiungere nel corso dell'anno 2009 è rappresentato dal consolidamento dei percorsi e di modalità di collaborazione con Intercent-ER nelle diverse fasi del processo di acquisizione, secondo gli indirizzi già avviati nel corso dell'anno 2008.
La conclusione di importanti procedure di gara quali in primo luogo la Gara Farmaci e la Gara per le Endoprotesi coronariche, ha comportato la necessità di concordare e attivare con Intercent-ER schemi organizzativi nuovi atti a garantire, dopo l'aggiudicazione, la complessa fase di gestione e costante aggiornamento dei contratti, individuando a tale scopo le Aziende capofila di AVEN, che devono gestire per tutta l'Area Vasta i contratti derivati dalle Convenzioni stesse. Tale modello è stato applicato per la gara Farmaci che vede l'azienda USL di Modena quale capofila per tutte le problematiche applicative, in collaborazione con CeVEAS e il gruppo di lavoro dei Farmacisti.
Inoltre sono stati attivati percorsi finalizzativi a garantire il coordinamento e la gestione centralizzata delle problematiche inerenti casistiche di inadempienze contrattuali, non adeguatezza dei prodotti, segnalazione di incidenti e/o difetti di fabbricazione, difficoltà di rifornimento di prodotti aggiudicati tramite convenzioni Intercent-ER.
Per quanto concerne l'obiettivo legato all'incentivazione delle procedure di acquisto centralizzate a livello di Area Vasta sono state messe in atto le seguenti azioni :

- Adozione di modalità innovative di definizione della programmazione degli acquisti di Area Vasta, procedendo all'esame dettagliato delle scadenze contrattuali delle aziende associate al fine di individuare tutte le procedure di acquisto che potevano risultare di interesse sovra-aziendale, e, in successione logica, le procedure di acquisto da mantenere a livello aziendale, definendo il quadro complessivo della programmazione, che è stato approvato dall'Assemblea AVEN nell'aprile 2009.
- Strutturazione e maggiore integrazione delle attività riferite alla fase di selezione e standardizzazione dei prodotti.



- Sulla base del Piano gare approvato, le Direzioni Aziendali hanno provveduto alla individuazione e nomina dei professionisti e tecnici da coinvolgere nelle relative gare in programmazione, per garantire le competenze necessarie e un adeguato grado di rappresentatività.
- In tale contesto si colloca anche la costituzione della Commissione Farmaci di Area Vasta (in sostituzione delle precedenti 4 Commissioni Provinciali) avvenuta nel luglio 2009, a conferma del livello di integrazione maturato nel settore farmaci, anche grazie ad un'esperienza di coordinamento e confronto ormai pluriennale.
- Elaborazione e condivisione di modalità, criteri e modulistica necessarie per omogeneizzare la raccolta dei dati e delle informazioni tecniche e di mercato utili per l'impostazione delle procedure e per la successiva valutazione degli esiti (economici e qualitativi) delle gare, nella logica di impostare e sistematizzare una attività metodica di controllo di gestione.
- Definizione di linee di indirizzo per la costituzione di una struttura sovra-aziendale di natura dipartimentale che coinvolge i Servizi Acquisti delle Aziende AVEN e che avrà il compito di governare e coordinare le attività connesse all'acquisizione di beni e servizi; tale struttura risulta necessaria per supportare il progetto del Magazzino centralizzato dei beni sanitari.

Le azioni di cui sopra hanno contribuito ad incrementare il numero delle procedure di acquisto effettuate a livello di Area Vasta, ma anche al progressivo superamento di criticità riscontrate negli anni precedenti (quali tempistica non adeguata, difficoltà nella valutazione degli esiti) andando nel senso di un miglioramento degli standard qualitativi dell'attività e degli esiti.
Il valore complessivo delle gare aggiudicate a livello di Area Vasta risulta pari ad €. 55.923.576,47 (iva esclusa).
Si rileva infine che, rispetto al progetto di logistica integrata (magazzino unico per farmaci e dispositivi medici), di notevole impatto sia economico, sia organizzativo, è stato creato un team multiprofessionale di cui fanno parte, tra gli altri, i direttori amministrativi come referenti aziendali, con l'obiettivo di presidiare ed assicurare il buon andamento del progetto stesso in una logica di condivisione del nuovo sistema organizzativo, di risoluzione delle criticità connesse ed il progressivo coinvolgimento del personale operativo interessato.

Relazione Area Vasta Emilia Nord

Premessa

Le attività sviluppate dall'Area Vasta Emilia Nord nel corso dell'anno 2009 hanno avuto quale riferimento il Piano delle Azioni 2009 – 2010, adottato in data 3 aprile 2009 dall'Assemblea dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie associate, che prevedeva i seguenti ambiti di attività:

- Acquisti centralizzati e monitoraggio
- Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato
- Attività d'integrazione inerenti il settore amministrativo-gestionale
- Attività d'integrazione in ambito clinico-assistenziale
- Progetti regionali inerenti il settore della Ricerca e del Technology Assessment
- Progetti regionali e di Area Vasta inerenti il settore ICT
- Attività di Formazione

Acquisti centralizzati e monitoraggio

In tema di acquisti centralizzati nel 2009 si è registrato un incremento del volume di acquisti tramite l'Agenzia Intercent-ER; le linee di programmazione regionale prevedevano un incremento dal 20% al 25%, mentre, con l'aggiudicazione della gara Farmaci e con l'adesione da parte delle Aziende AVEN a circa 90 Convenzioni stipulate da Intercent-ER, l'obiettivo è stato in larga misura superato. Dai dati forniti da Intercent-ER la percentuale stimata di adesione dell'Area Vasta Emilia Nord alle convenzioni attive, bandite e in fase di pubblicazione è del 36%, corrispondente ad un importo di 305 milioni di € in rapporto ad una spesa annua 2008 di circa 847 milioni di €. Relativamente ai risultati della gara Farmaci sono stati ottenuti vantaggi economici (-7,9% rispetto alle basi d'asta, corrispondenti ad un ipotetico risparmio di circa € 39 milioni € in tre anni) su 733 lotti dei 1034 messi a gara. Per una parte dei lotti di gara non aggiudicati nel primo step (in particolare prodotti in esclusiva) gli esiti sono stati meno vantaggiosi e hanno richiesto ulteriori contrattazioni.
Sono stati inoltre concordati con Intercent-ER percorsi per la gestione delle problematiche post-gara e percorsi per la gestione nel tempo della gara Farmaci.
L'adozione di una modalità innovativa di programmazione integrata degli acquisti ha consentito di definire la programmazione delle gare in modo più strutturato e con un maggior respiro temporale a partire dall'esame delle scadenze contrattuali delle singole Aziende. In questo modo nel 2009 si è avuto un

notevole incremento, rispetto al 2008, sia del numero di gare aggiudicate (27) che del numero di procedure in via di conclusione e/o avviate (45), dando la priorità all'espletamento delle gare per l'acquisizione dei beni sanitari che saranno gestiti dal Magazzino centralizzato.

L'obiettivo di procedere ad una revisione degli assetti organizzativi in modo da individuare il modello più utile e funzionale alle esigenze di governo, coordinamento e armonizzazione di obiettivi e percorsi nell'ambito del settore acquisti e gestione dei contratti, richiesto dall'adozione del Sistema Integrato della Logistica dell'Area Vasta Emilia Nord, si è concretizzato con l'approvazione della Delibera di costituzione di una Struttura Integrata di natura Dipartimentale AVEN dei Servizi Acquisti delle singole Aziende (DIA AVEN).
Nel corso del 2009 sono stati effettuati tutti i passaggi necessari per giungere ad una proposta realizzabile e condivisa: determinanti a tal fine sono stati gli indirizzi e la regia svolta dai Direttori Amministrativi, ma soprattutto l'impegno e il costruttivo clima di collaborazione emerso dal gruppo dei Responsabili dei Provveditorati.
Nel 2009 è stata inoltre deliberata la costituzione della Commissione Farmaco di Area Vasta che va a sostituire le 4 Commissioni Provinciali, risultato reso possibile da un intenso lavoro preparatorio e di approfondimento di aspetti organizzativi, operativi e metodologici.
Rimane confermato l'obiettivo di costituire nel 2010 la Commissione di Area Vasta per la valutazione dei Dispositivi Medici (DM).
Relativamente alle attività di monitoraggio delle procedure d'acquisto, nell'anno 2009 è stata data continuità alla verifica dell'adesione ai contratti in essere risultanti dalle gare Farmaci espletate dal 2004 ad oggi e relativi rinnovi e proroghe. Nel settore dei Dispositivi Medici è stata elaborata una modulistica finalizzata alla raccolta delle informazioni e degli indicatori d'esito e processo relativi alle gare. Il monitoraggio è in particolare focalizzato alla verifica del rispetto dei tempi previsti per le procedure d'acquisto (tempogramma gestito in modo interattivo sul sito web) e sui risultati quali e quantitativi ottenuti.
Gli importi delle gare aggiudicate nel 2009 a livello di Area Vasta ammontano ad un totale di circa 56 milioni di €, con una differenza di circa 19 milioni di € (ovvero il 25,7% in meno) rispetto alle quote previste come base d'asta. A queste si devono aggiungere le gare svolte in collaborazione con intercent-ER: endoprotesi coronariche (importo aggiudicato di € 7.761.620 corrispondente al 32% in meno rispetto all'importo previsto come base d'asta) e Farmaci (importo aggiudicato di € 491.405.000 corrispondente all'8,06% in meno rispetto all'importo previsto come base d'asta).
Nel corso del 2009 è stata posta particolare attenzione al problema dell'Anagrafica comune dei Beni Sanitari gestiti dal Magazzino centralizzato. In particolare è stato costituito un gruppo di lavoro (con definizione di Referenti Aziendali per l'Anagrafica comune) che sta sviluppando la proposta di strutturazione di un Portale sul sito web AVEN, da dedicare alla gestione dell'anagrafica dei beni sanitari di interesse delle Aziende associate, che potrà essere utilizzata, limitatamente alla sezione Farmaci per lo sviluppo dell'anagrafica dedicata alla Prescrizione Informatizzata.

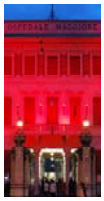
Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato

È stato concluso l'iter amministrativo necessario per l'affidamento dei lavori e l'attività di costruzione del magazzino è iniziata nell'autunno 2009.
L'obiettivo di sviluppare nel 2009 il progetto di "Reingegnerizzazione dei processi" connesso alla realizzazione del Polo logistico per individuare, sul versante delle Aziende associate, i modelli organizzativi che possano efficacemente interfacciare il sistema della logistica di Area Vasta con i sistemi organizzativi interni di ciascuna Azienda, è stato realizzato per gli aspetti gerarchico-funzionali. Si è provveduto alla definizione del sistema delle responsabilità connesse ai rapporti fra Polo Logistico Integrato, Assemblea AVEN e Aziende Associate, concordando da parte degli Organismi Dirigenti AVEN che il Magazzino Logistico verrà gestito direttamente dall'Azienda USL di Reggio Emilia per conto delle Aziende Associate.

Attività di integrazione inerenti il settore amministrativo-gestionale

Nell'ambito dell'area amministrativa-gestionale sono operativi i seguenti gruppi di lavoro:

- Gruppo Normativa Appalti di Beni e Servizi:
- Gruppo Assicurazioni
- Gruppo Responsabili Risorse Umane
- Gruppo Responsabili Formazione
- Gruppo Responsabili Bilancio
- Gruppo Responsabili Provveditori



- Gruppo Responsabili Ingegnerie Cliniche
- Gruppo Responsabili Sistemi Informativi
- Gruppo Responsabili Servizi Controllo di Gestione

Gli obiettivi assegnati e le attività sviluppate nel corso del 2009 sono stati orientati alla condivisione e aggiornamento di procedure, al confronto su temi normativi e sui relativi aspetti applicativi e all'integrazione di interventi e risorse.

Attività di integrazione in ambito clinico-assistenziale

Gli obiettivi assegnati ai gruppi di lavoro AVEN in ambito clinico-assistenziale comprendevano principalmente:

- il confronto, la condivisione e il monitoraggio delle modalità di realizzazione dei Piani di programmazione regionali per specifici settori (es. Percorso Nascita, Ricerca-Innovazione, ecc...);
- la valutazione di soluzioni gestionali e assistenziali integrate, di ipotesi di condivisione di risorse e di competenze specifiche;
- la strutturazione di attività di audit clinico.

Si elencano di seguito i gruppi di lavoro operativi nel corso del 2009:

- AUDIT CLINICO CARDIOLOGIA
- VALUTAZIONE INSERIMENTO TECNOLOGIE INNOVATIVE
- AREA RICERCA INNOVAZIONE
- PROGRAMMA PERCORSO NASCITA
- INTEGRAZIONE ATTIVITA' CENTRI TRASFUSIONALI: gruppo MO-RE e gruppo PR-PC
- PROGRAMMA ODONTOIATRIA
- ASSISTENZA IN EMERGENZA-URGENZA
- ACCORDI STRUTTRE PRIVARE ACCREDIATATE E ACCORDI MOBILITA'TRA STRUTTURE PUBBLICHE AVEN
- REFERENTI SPECIALISTICA
- GRUPPO RESPONSABILI SERVIZI FARMACIA E GRUPPO FARMACI IN DISTRIBUZIONE PER CONTO

Oltre a questi, alla fine del secondo semestre 2009, sulla base degli input e sollecitazioni dei Direttori Generali, sono stati attivati ulteriori gruppi di lavoro:

- Laboratori
- Responsabili Dipartimenti di SaLUTE pUBBLICA
- Integrazione Socio-Sanitaria
- RESPONSABILI DIPARTIMENTI di SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE
- Responsabili Servizi Prevenzione Protezione

Progetti regionali e di Area Vasta inerenti il settore ICT

Per quanto riguarda i progetti ICT compresi nella programmazione della committenza CUP 2000, nel corso del 2009 sono state sviluppate attività per l'implementazione a livello di Area Vasta dei progetti regionali (DGR 2333 del 22.12.2008), in primo luogo quelli relativi a Integratore CUP di Area Vasta e Progetto SOLE.

Sono state individuate iniziative comuni finalizzate all'omogeneizzazione delle procedure informatizzate connesse all'area amministrativa e contabile. Inoltre è stato effettuato un censimento delle procedure e degli applicativi informatici adottati dalle Aziende AVEN anche in relazione alla possibilità di definizione di contratti quadro per l'assistenza e la manutenzione.

Esperienze di nuovi modelli organizzativi in tema di distribuzione di beni sanitari e gestione del risk management

Nell'ambito di tale settore di attività sono stati raccolti in modo strutturato una serie di dati e informazioni relativamente ai diversi modelli organizzativi implementati nelle singole realtà. Il confronto sulle diverse esperienze è stato oggetto di un Seminario specifico sull'argomento, tenutosi a Piacenza a marzo 2009.

È stato elaborato un Progetto di modernizzazione "Requisiti clinici e gestionali validati a supporto dei sistemi di gestione informatizzata della terapia: definizione, condivisione e adozione negli specifici CPOE delle Aziende AVEN" che è stato approvato e finanziato dalla Regione Emilia Romagna.

Progettazione e realizzazione di interventi di tipo culturale-scientifico e di specifiche attività di formazione a livello di Area Vasta

Il CeVEAS ha svolto un ruolo determinante nella progettazione, costituzione e conduzione della Commissione Farmaci di Area Vasta; dal luglio 2009 il CeVEAS garantisce funzioni di Coordinamento della Segretaria Organizzativa-Scientifica e supporta i clinici e farmacisti delle Aziende per le attività connesse alle ricerche bibliografiche, alla stesura di relazioni e approfondimenti. Sul sito del CeVEAS e sul sito AVEN è disponibile e costantemente aggiornata la documentazione relativa ai lavori della Commissione Farmaco di Area Vasta.

Per quanto attiene la presentazione degli esiti di gara con particolare riferimento ai farmaci valutati in equivalenza o a farmaci per i quali si prevedono limitazioni d'impiego e/o specifico monitoraggio, è stato predisposto specifico materiale informativo discusso e approvato dalla Commissione Farmaci AVEN.

Per quanto riguarda l'informazione indipendente ai MMG, nel corso del 2009 il CeVEAS ha dato continuità al progetto Farmacista Facilitatore (presentazione ai MMG del pacchetto farmaci cardiovascolari e farmaci per la terapia del dolore) secondo le modalità concordate nelle singole realtà provinciali.

Sistema informativo

Implementazione progetti regionali ICT

Nel 2009 sono state delineate le proposte di collaborazione sui Progetti ICT Regionali che vedono impegnati in Azienda congiuntamente il Servizio Informativo Aziendale ed il Servizio di Ingegneria Clinica per gli aspetti correlati all'ICT.

In riferimento agli obiettivi regionali ICT sono proseguite le attività di inserimento dell'offerta delle prestazioni nel sistema CUP provinciale. È inoltre stata implementata, in stretta collaborazione con l'Azienda USL, la modalità di pagamento online.

Per quanto riguarda il CUP integratore sono state individuate le agende e le prestazioni che parteciperanno alla sperimentazione del progetto.

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

I progetti ICT regionali hanno inoltre previsto la progressiva adozione delle Carte Operatore: ad oggi sono state attivate circa 400 smart card aziendali. In tale progetto l'azienda si pone di avviare un processo di controllo e sicurezza della comunicazione tra il personale aziendale 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.

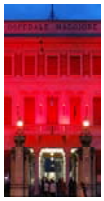
Implementazione progetti aziendali ICT

Nel 2009 si é avviato il processo di sostituzione della Intranet aziendale dalla piattaforma web statica ad una forma dinamica ed interattiva della stessa. Tecnologicamente la nuova intranet aziendale si basa su formati aperti e standard (W3C compliant ed accessibile) e rispondente all'immagine coordinata del SSR. A livello organizzativo l'intranet permette a tutte le strutture dei dipartimenti tecnico/amministrativi di pubblicare e condividere i propri contenuti in modo autonomo.

La realizzazione è basata su Joomla!, un software di content management per siti web, realizzato completamente nel linguaggio PHP e pubblicato con licenza open source GNU GPL. Tale strumento rende possibile ad ogni servizio tecnico amministrativo dell'azienda di condividere documenti, procedure, guide ed informazioni con tutti i dipendenti aziendali tramite la intranet aziendale. Tramite la rete è quindi possibile fornire comunicazioni immediate di guasti o interruzioni di servizio non programmate.

Per quanto riguarda la conformità al progetto Docarea+, il Servizio Informativo Aziendale ha terminato le attività seguenti nell'anno 2009:

a. installazione dei server di gestione documentale (tra cui il library server o server di indicizzazione Hummingbird);
b. installazione del sistema documentale Hummingbird integrato con il nuovo applicativo di protocollo;
c. integrazione dell'applicativo di protocollo e del gestore documentale con la piattaforma Active Directory esistente;



d. integrazione e configurazione della casella di posta certificata PEC. L'attività ha compreso l'attivazione della casella di PEC istituzionale per l'area organizzativa omogenea presente e la pubblicazione sull'indice PA. Tale casella è inoltre collegata all'applicativo di protocollo per poter rispondere alle funzionalità di interoperabilità tra Pubbliche Amministrazioni;
e. formazione, tramite corsi appositi, all'utilizzo dell'applicativo di protocollo, alla firma digitale e alla PEC per gli operatori e per i dirigenti.

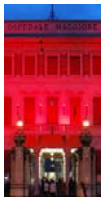
In collaborazione con il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, il Servizio Informativo Aziendale ha iniziato il percorso di definizione dell'anagrafica unica aziendale dei dipendenti e collaboratori, che costituisce un elemento importante e strategico per ogni ulteriore possibile sviluppo verso la realizzazione di un vero e proprio sistema informativo aziendale.
In particolare l'anagrafica unica dei dipendenti aziendali raccoglie tutti i dati relativi a dipendenti, collaboratori, dipendenti dell'università in convenzione aziendale ed il relativo account del sistema informatico. Questo passo fondamentale permetterà di dotare il sistema informatico di un pannello di controllo del dipendente.
Nel 2009 si è infine dato inizio alle attività ICT necessarie per il trasferimento della C.O 118 e per l'avvio del Nuovo Pronto Soccorso.

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 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 comprende, 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.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma fin dal 2007 concorre, con la propria Direzione e Collegio di Direzione aziendale, 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.
L'Azienda inoltre sostiene 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, pace-maker, 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.
Nel capitolo 6, paragrafo "Utilizzo appropriato delle innovazioni", vengono illustrate le procedure elaborate a livello locale per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, che prevedono iter diversi a seconda della tipologia di tecnologia che si intende acquisire. Una novitàimportante, introdotta nel 2009, è la definizione dell'iter per la richiesta di tecnologie nell'ambito di progetti di ricerca, allo scopo di ridurre i tempi di acquisizione e favorire la realizzazione degli studi nei tempi previsti dal protocollo.



Trapianto di pancreas isolato

Presso la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria, grazie alla stretta collaborazione organizzativa di tre Unità operative, nel marzo del 2009, è stato realizzato un intervento di eccellenza clinica su un paziente di 39 anni. L'operazione compiuta, un trapianto di pancreas isolato, è il primo eseguito in Emilia–Romagna. Per questo tipo di trapianto il nostro Policlinico è centro di riferimento regionale. L'intervento, realizzato con successo, è stato compiuto su un uomo affetto da diabete di tipo 1, patologia caratterizzata dall'incapacità del pancreas di produrre insulina. Il trapianto ha permesso di eliminare l'instabilità metabolica restituendo al paziente valori glicemici perfettamente normali. Il decorso post operatorio è stato regolare e la dimissione è avvenuta a distanza di 20 giorni dall'intervento.
Il trapianto di solo pancreas viene praticato solo in particolari condizioni. Nella maggior parte dei pazienti diabetici di tipo I il controllo della malattia si ottiene con la convenzionale terapia insulinica, evitando così i rischi legati all'intervento chirurgico.
In genere si esegue la sostituzione di tale organo solo quando si renda necessario associarlo al trapianto di rene: caso tipico sono i pazienti diabetici di tipo I in dialisi per grave patologia renale.
In questo caso il paziente, pur avendo una buona funzionalità renale, presentava valori glicemici impossibili da controllare con la terapia insulinica e complicanze tipiche del diabete (oculari, aterosclerotiche e nervose) in rapida evoluzione. La scelta di effettuare il trapianto di pancreas è stata determinata dalla giovane età: l'ulteriore progressione della malattia, infatti, avrebbe potuto compromettere non solo la qualità di vita ma anche la sopravvivenza del paziente.

L'intervento, durato quattro ore e mezzo, è stato eseguito dalll'Unità Operativa di Clinica chirurgica e Trapianti d'organo e dall' U.O. di Chirurgia d'Urgenza. Il paziente, nel periodo successivo all'intervento chirurgico, è stato seguito dai chirurghi e dai professionisti nell'U.O. di Nefrologia.
Il reclutamento del giovane piacentino è stato compiuto dopo un attento lavoro di screening durato oltre un anno e mezzo, realizzato grazie ad un'attività congiunta tra le strutture di Chirurgia, Nefrologia e Diabetologia dell'Ospedale Maggiore e le unità operative di Diabetologia e di Nefrologia dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza. Il monitoraggio e il rapporto di collaborazione con i reparti di Piacenza sta attualmente proseguendo anche per altri pazienti. Importante per l'inizio ed il proseguo del lavoro è stato l'apporto della Fondazione Cariparma, che grazie a un finanziamento mirato ha reso possibile il potenziamento dell'equipe, con il recente inserimento di un chirurgo contrattista. Il paziente che ha subito il trapianto di pancreas isolato è stato seguito per i primi nove mesi dopo il trapianto dal nostro ambulatorio trapianti. Successivamente è stato affidato ai colleghi dell'Azienda di Piacenza, città di provenienza del paziente, per i controlli di routine.

A tutto il 2009, i centri in Italia che eseguivano i trapianti di solo pancreas erano pochissimi. A Parma si sta prendendo in considerazione la possibilità di eseguire altri trapianti di pancreas isolato. La Clinica chirurgica e Trapianti d'organo e la Nefrologia della nostra Azienda sono strutture di riferimento per il trapianto di rene, rene e pancreas e pancreas isolato. Dall'aprile 1986, anno di avvio dell'attività, a oggi sono stati eseguiti complessivamente 1095 trapianti.
Si segnala che al momento della chiusura del documento Bilancio di Missione 2009 – fine giugno 2010, *ndr* - nessun paziente è in lista attesa per trapianto di pancreas isolato e che risulta difficile valutare quanti pazienti diabetici possano avere necessità di questo tipo di trapianto.

Tabella 12 riepilogativa dell'attività del Centro trapianti dal 1986 al marzo 2009

Tipo di Trapianto	
Rene da cadavere	1020
Rene da vivente	42
Rene-pancreas	32
Pancreas isolato	1
Totale	1.095

Cardiochirurgia all'avanguardia con nuove tecniche operatorie

L'attività chirurgica dell'U.O. di Cardiochirurgia del 2009 è stata caratterizzata dall'impiego di nuove tecniche operatorie e con l'attuazione di nuovi protocolli scientifici con rilevanza clinico-assistenziale.
A tal proposito vengono riportati i tre principali settori che beneficiano di tali novità tecnico-scientifiche.

Impianto di valvole aortiche percutanee nella terapia della stenosi valvolare aortica

La stenosi aortica degenerativa dell'anziano è un quadro di sempre più frequente riscontro e dalle importanti implicazioni cliniche. Dalla comparsa dei sintomi la prognosi della stenosi aortica è sfavorevole, con grave compromissione della qualità della vita e sopravvivenza ridotta, mentre la terapia medica risulta di scarsa utilità. La sostituzione valvolare aortica chirurgica con protesi biologica o meccanica rappresenta il trattamento di elezione, tuttavia è spesso gravata da un rischio operatorio elevato, data l'età avanzata dei pazienti e le frequenti comorbidità. È ora disponibile una nuova possibilità terapeutica per i pazienti che presentano stenosi aortica severa non trattabili chirurgicamente: l'impianto percutaneo o transapicale di una valvola aortica biologica, TAVI acronimo dall'inglese "Transcatheter Aortic Valve Implantation". Queste protesi, autoespandibili o da espandere con palloncino, possono essere inserite per via endoluminale, dislocando lateralmente i lembi della valvola patologica.

Queste protesi vengono impiantate in Italia dallo scorso anno ma non sono ancora disponibili informazioni affidabili sull'effettivo profilo di costo-efficacia. Tale metodica dovrebbe garantire risultati clinici simili alla chirurgia sostitutiva, con un intervento meno invasivo e con un rischio procedurale contenuto.

I risultati ad oggi disponibili suggeriscono che le tecniche percutanee e transapicali di sostituzione valvolare sono fattibili e forniscono un miglioramento emodinamico e clinico a breve termine nei pazienti con stenosi aortica severa e con controindicazioni all'intervento chirurgico. Si deve peraltro considerare che, in caso di efficacia comprovata, queste tecniche potrebbero essere estese in futuro a pazienti a minor rischio. Deve essere quindi definito il profilo di sicurezza e l'efficacia a medio e lungo termine di queste metodiche innovative per valutarne appieno potenzialità terapeutiche e implicazioni clinico organizzative. Nell'ambito del Programma di ricerca Regione Emilia Romagna-Università 2007-2009, l'U.O. di Cardiochirurgia ha iniziato nel 2009 l'attuazione clinica del protocollo "TAVI" Transcatheter Aortic Valve Implantation. IMPIANTO DI PROTESI VALVOLARI AORTICHE PER VIA ARTERIOSA E TRANSAPICALE: STUDIO DI SICUREZZA ED EFFICACIA PER DEFINIRE UN MODELLO REGIONALE DI UTILIZZO OTTIMALE DELLA NUOVA TECNICA

Lo studio ha lo scopo di verificare la sicurezza di impianto delle nuove protesi con frequenza e impatto clinico delle eventuali complicanze, l'efficacia degli interventi di impianto delle protesi in termini mortalità e in termini di classe funzionale a un anno dalla procedura. La sicurezza e l'efficacia dell'impianto di protesi aortiche transcatetere saranno valutate in un gruppo ben selezionato di pazienti: pazienti con controindicazione assoluta all'intervento cardiochirurgico o con rischio cardiochirurgico particolarmente elevato; è prevista comunque l'esclusione dei pazienti con eccessiva compromissione delle condizioni generali e con deterioramento significativo delle capacità cognitive e relazionali.

I risultati clinici degli interventi di TAVI in relazione alle indicazioni cliniche adottate e il confronto con i risultati di gruppi analoghi o simili sottoposti ad intervento cardiochirurgico tradizionale o a semplice valvuloplastica aortica serviranno per definire i criteri di appropriatezza di indicazione all'impianto di queste protesi nella regione Emilia-Romagna. Potranno pertanto essere confermati i criteri di indicazione adottati per questo studio oppure, in presenza di risultati non soddisfacenti, questi criteri potranno essere limitati, o anche estesi in caso di risultati molto favorevoli.

Fino ad oggi presso l'U.O. di Cardiochirurgia sono state eseguite 12 procedure di impianto di protesi valvolari aortiche percutanee, rispettivamente 6 transfemorali e 6 transapicali.

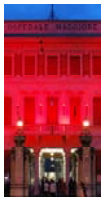
Le applicazioni terapeutiche delle cellule staminali nel trattamento dell'insufficienza cardiaca

Gli stadi iniziali dell'insufficienza cardiaca secondaria a cardiopatia ischemica vengono generalmente gestiti dalla terapia medica, mentre l'insufficienza cardiaca in fase terminale richiede procedure chirurgiche che includono la rivascolarizzazione miocardica, le assistenze ventricolari od il trapianto cardiaco.

Sebbene la rivascolarizzazione chirurgica o percutanea del miocardio ischemico può trattare l'angina, ridurre il rischio di infarto miocardico e migliorare la funzione del miocardio vitale, non è possibile ripristinare la vitalità in un territorio infartuato o rivascolarizzare aree severamente ischemiche che presentino tuttavia arterie tributarie di piccolissimo calibro, dunque non passibili di rivascolarizzazione coronarica chirurgica. E' infatti noto che l'ischemia miocardica cronica può essere associata ad un danno locale della funzione contrattile, che è parzialmente reversibile quando la perfusione tissutale viene ripristinata (miocardio ibernato).

Il trapianto di cellule staminali progenitrici nel miocardio, capaci di differenziarsi in miociti o in cellule endoteliali, avrebbe l'obiettivo di ripopolare il muscolo cardiaco con cellule che potrebbero ripristinare un'adeguata contrattilità e sufficiente perfusione ematica da neovascolarizzazione.

È stato ben dimostrato che il midollo osseo è un ricco reservoir di cellule progenitrici e staminali tessuto specifiche. Inoltre diversi studi hanno confermato che le cellule derivanti dal midollo osseo contribuiscono



funzionalmente alla neoangiogenesi durante la guarigione delle ferite e l'ischemia periferica, dopo l'infarto miocardico e nell'endotelizzazione di grafts vascolari. Gli studi già pubblicati nel campo della terapia chirurgica della cardiomiopatia ischemica cronica congestizia associata all'inoculazione di cellule staminali derivate dal midollo osseo riguardano piccole serie di pazienti, quasi sempre non randomizzate, o semplici case-reports.

Nell'ambito del Programma di ricerca Regione Emilia Romagna-Università 2007-2009 – Medicina Rigenerativa, l'U.O. di Cardiochirurgia ha l'obbiettivo di identificare e caratterizzare il ruolo delle cellule staminali nella terapia dell'insufficienza cardiaca, di definire il miglior approccio per ottenere la rigenerazione cardiaca e la ripresa della funzione elettromeccanica nei diversi quadri clinici e patologici, e di valutare gli effetti dei fattori di crescita sull'attivazione delle cellule staminali. Il progetto consta di un trial clinico di fase I e di un experimental research core.

Il trial clinico di fase I è un protocollo prospettico, non randomizzato arruolante pazienti affetti da cardiomiopatia dilatativa cronica post-infartuale trattati con bypass coronarico associato ad impianto di cellule staminali adulte del midollo osseo CD 133+, comparato con il bypass coronarico isolato ed iniezione di placebo. L'experimental research core verificherà la fattibilità e l'efficacia dell'iniezione intramiocardica di cellule staminali residenti cardiache autologhe e/o fattori di crescita.

Risultati preliminari

Lo studio clinico, già approvato dal Comitato Etico locale, ha ottenuto l'autorizzazione defintiva della Commissione del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità. La GMP facility della Stem Cell Factory del Policlinico di Milano, che collabora con l'U.O. di Cardiochirurgia per la purificazione delle cellule staminali autologhe, ha completato i controlli di qualità e sicurezza sui campioni di midollo osseo.

Per quanto concerne i risultati preliminari della parte sperimentale pre-clinica, gli studi in vitro sul potenziale cardiogenico delle cellule miocardiche umane e delle cellule stromali sono in corso. Le unità di ricerca hanno iniziato ad isolare le cellule midollari con il metodo immunomagnetico CliniMACS per testare la fattibilità della procedura ed hanno iniziato l'analisi dell'espressione del profilo genetico con l'RNA estratto dalle cellule CD133 and CD34. Le evidenze preliminari indicano la fattibilità delle procedure di purificazione, l'alto grado di purezza delle cellule ottenute e la loro capacità di differenziazione multilineare particolarmente verso il fenotipo endoteliale.

In conclusione i risultati preliminari dimostrano che i progenitori staminali sembrano avere potenziale cardiogenico e possono essere implementati clinicamente per il trattamento dell'insufficienza cardiaca ischemica.

Il trattamento endovascolare dell'aorta toracica

Il trattamento endovascolare degli aneurismi dell'aorta toracica nasce come tecnica alternativa al trattamento chirurgico tradizionale di sostituzione dell'aorta in toracotomia sinistra.

L'intervento chirurgico tradizionale infatti è un intervento invasivo, impegnativo e rischioso, che consiste nella sostituzione della porzione di aorta toracica malata con un segmento protesico che viene manualmente suturato alle porzioni di aorta sana. Questo tipo di procedura richiede una estesa incisione toracotomica, l'esclusione del polmone sinistro dalla ventilazione e l'esclusione dal flusso ematico fisiologico del tratto di aorta malato, e quindi del midollo spinale dorsale da essa irrorato, per tutto il tempo necessario alla sostituzione dell'aorta aneurismatica con un segmento protesico. Questo rende ragione dei considerevoli rischi di complicanze anche gravi, come la paraplegia, che comporta questo tipo di intervento.

Questa tecnica chirurgica si è affermata in tutto il mondo e viene oggi regolarmente utilizzata in alcuni centri di alta specializzazione per il trattamento di tutte le patologie dell'aorta toracica, sia come tecnica alternativa nei pazienti ad alto rischio chirurgico, sia come tecnica di prima scelta. La procedura endovascolare viene condotta da una equipe integrata di cardiochirurghi e medici radiologi in una sala operatoria convenzionale di cardiochirurgia e in anestesia generale; essa consiste nell'introdurre l'endoprotesi ripiegata su se stessa e montata su di un sistema tubolare di rilascio, nell'arteria femorale del paziente (o in altre sedi del suo albero circolatorio arterioso) attraverso una incisione inguinale di circa 10 cm; la protesi viene successivamente fatta avanzare nel sistema circolatorio sotto guida radioscopica ed ecografica, sino a raggiungere la posizione desiderata, dove viene aperta in pochi secondi raggiungendo le sue dimensioni prestabilite e andando a escludere dal flusso sanguigno il tratto di aorta malata.

Presso la Cardiochirurgia dell'Ospedale di Parma dal 1998 a oggi sono state eseguite oltre 150 procedure endovascolari dell'aorta toracica, sia in regime di emergenza che di elezione, in una vasta gamma di patologie come gli aneurismi, le dissezioni e le rotture post-traumatiche dell'aorta.

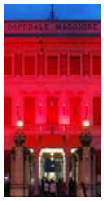
In particolare la nostra struttura si distingue per alcune peculiarità in ambito endovascolare: l'esperienza chirurgica accumulata negli anni con il trattamento chirurgico convenzionale delle patologie vascolari

maggiori, infatti, ci ha permesso di sviluppare e mettere a punto interventi combinati che prevedono tecniche chirurgiche tradizionali associate a procedure endovascolari, rendendo idonei a trattamento endoprotesico anche pazienti che, in assenza di questo supporto chirurgico, non lo sarebbero. Si effettuano infatti interventi di by-pass carotido-succlavia, debranching dell'arco aortico, aneurismectomia dell'aorta addominale e accessi iliaci e addominali associati a posizionamento di endoprotesi toraciche in un'unica seduta. Inoltre abbiamo accumulato un'esperienza considerevole a livello internazionale, grazie anche alla cooperazione con il Trauma center dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel trattamento endoprotesico immediato dei pazienti politraumatizzati con rottura acuta dell'istmo aortico.
Nel 2009 sono state eseguite 15 procedure di impianto di endoprotesi aortiche toraciche e 5 endoprotesi aortiche addominali.

Azioni e interventi di riorganizzazione

Centralizzazione delle Unità di Terapia Intensiva

Il trattamento dei pazienti in area critica rappresenta uno dei maggiori costi del comparto della sanità. In tale contesto i pazienti con insufficienza renale acuta rappresentano un costo particolarmente importante, in quanto rappresentano circa il 25-30% dei ricoverati in terapia intensiva, con necessita' di trattamento sostitutivo della funzione renale (emodialisi/emofiltrazione) nel 5% dei casi. È da sottolineare il fatto che proprio in quest'ultimo sottogruppo della popolazione con insufficienza renale acuta l'utilizzo di risorse sanitarie è risultato particolarmente elevato, e purtroppo la mortalità rimane nell'ordine del 40-50%. Appare quindi fondamentale l'ottimizzazione del trattamento.
Il personale medico ed infermieristico delle unità di terapia intensiva (ad esempio Rianimazione, Cardiochirurgia, eccetera) non sempre ha familiarità con le numerose modalità di trattamento dialitico; spesso nello stesso paziente, in diversi momenti del suo percorso clinico, si possono rendere necessari trattamenti diversi, adattati alle complesse e variabili esigenze cliniche. Sono quindi necessari programmi adeguati di collaborazione tra unità operative con diverse competenze specialistiche – in primis quelle nefrologiche - che permettano l'effettuazione dei trattamenti ottimizzando anche la spesa sanitaria.
Tali obiettivi possono essere raggiunti attraverso la definizione di realtà dipartimentali che tengano conto della complessità gestionale del paziente nefrologico critico, e che permettano l'autonoma operatività diagnostica e terapeutica delle Strutture nefrologiche sia per la cura dei pazienti con insufficienza renale cronica che acuta, attuando in parallelo interventi di aggiornamento mirati alla prevenzione.
Nel corso del 2009, l'Azienda ha pianificato e realizzato la centralizzazione delle attività di unità di terapia intensiva che erano svolte in due sedi distinte: la Struttura Semplice di Unità di Terapia Intensiva della U.O. di Clinica e Immunologia Medica (precedentemente collocata al 1° piano del padiglione Nefrologia) si è spostata in locali adiacenti l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) della Cardiologia, presso il piano terra della Piastra tecnica – Centro del cuore. Il superamento della precedente localizzazione della S.S. Terapia Intensiva nefrologica, distante da tutti gli altri Reparti di Terapia Intensiva, ha consentito di migliorare la continuità assistenziale nei pazienti critici ricoverati presso l'Azienda, attraverso una razionale gestione delle risorse sia di personale medico e infermieristico, oltre a garantire in un'unica sede autorizzata all'esercizio e accreditata in Piastra Tecnica, l'effettuazione di tutti i trattamenti specialistici di terapia intensiva nefrologica per i pazienti ricoverati, utilizzando pienamente le competenze dei Nefrologi presenti.
La S.S. Terapia Intensiva è rivolta alla attività assistenziale per i pazienti affetti da patologie d'organo acute; oltre a trattare l'insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca, ed insufficienza epatica, la struttura si è venuta specializzando nel tempo nella gestione e trattamento dell'insufficienza renale acuta e degli squilibri idroelettrolitici e acido-basici. La struttura è integrata nella rete ospedaliera delle terapie intensive e gestisce anche tutte le urgenze nefrologiche (emodialisi per pazienti con insufficienza renale acuta o cronica con criticità) e le consulenze nefrologiche per gli altri reparti aziendali. Il personale medico è formato da internisti con indirizzo nefrologico ed ampia esperienza sul paziente critico.
La realizzazione della centralizzazione ha permesso di valorizzare ulteriormente le risorse umane della S.S., potenziando la forte integrazione tra il personale medico ed infermieristico che da sempre ha rappresentato un punto di eccellenza del reparto, e favorendo lavoro multidisciplinare. A tale riguardo sono stati effettuati intervenuti specifici di formazione e approfondimento tecnico-operativo per il personale infermieristico di concerto con il personale medico; tale attività di formazione consente di mantenere aggiornati i trattamenti per le varie tipologie di pazienti con insufficienza renale acuta. Nel corso del 2009, anche sulla base della nuova sistemazione logistica è stato dato impulso all'introduzione nella routine di reparto dei trattamenti dialitici prolungati con citrato, particolarmente mirati al paziente con elevato rischio emorragico.



La situazione logistica è notevolmente migliorata in seguito al trasferimento. La S.S. di Terapia Intensiva Nefrologica era in precedenza costituita da 5 posti letto per pazienti critici che presentano insufficienza renale acuta, provenienti da reparti di degenza o terapie intensive dell'azienda, ma in piccola percentuale anche dal Pronto Soccorso. Il reparto era dotato di un ulteriore posto letto "tecnico" sul quale ruotavano nelle 24 ore, pazienti acuti che erano ricoverati presso unità operative dell'azienda ospedaliera, instabili dal punto di vista emodinamico, che necessitano di trattamento emodialitico con monitoraggio continuo, e a volte, di supporto respiratorio. Il posto letto tecnico garantiva anche l'urgenza dialitica di pazienti provenienti da altre strutture sanitarie (Casa di Cura Città di Parma, Ospedale di Fidenza, Ospedale di Borgotaro) e dei pazienti cronici che effettuano il trattamento nei centri dell'Azienda Usl che non sono in grado, durante la notte, di rispondere ad eventuali necessità dialitiche.
Il personale infermieristico che gestiva i 5 posti letto dei pazienti acuto e del letto tecnico risultava accorpato con il personale che gestiva gli 8 posti letto dei trapianti e pertanto occorreva riorganizzare il personale medico ed infermieristico. La copertura delle guardie era assicurata dalla turnazione di tutto il personale medico del vecchio Padiglione Nefrologia, non necessariamente di estrazione intensivistica; per tale motivo era stata attivata una reperibilità del personale della Struttura semplice. Attualmente il punto guardia è coperto esclusivamente da medici della Struttura semplice, che operano in collaborazione quando richiesto, con i medici della UTIC (consulenze nefrologiche e internistiche, posizionamento CVC, drenaggi pleurici per i pazienti cardiologici, copertura della UTIC nel caso il cardiologo di guardia debba recarsi in altri reparti, come ad esempio il PS).
Con il trasferimento della Struttura Semplice di Terapia Intensiva Nefrologica presso l'UTIC, si è operata una riduzione di un posto letto (pertanto i posti letto risultano 4), mantenendo il letto tecnico per le urgenze dialitiche aziendali ed extra-aziendali; in parallelo si è avuta una riduzione di 4 posti letto in UTIC (da 20 a 16). Ciascun posto letto della S.S., compreso il letto tecnico, è adesso collocato in box separati ed è dotato di monitoraggio completo ECG, emodinamico e respiratorio; l'intero reparto è dotato inoltre di impianto centralizzato di produzione dell'acqua per il liquido di dialisi, prese per la distribuzione e scarichi in ciascuno dei 5 box.

Degenza Breve Chirurgica

La Degenza Breve Chirurgica si configura come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, con una degenza limitata ai cinque/sei giorni lavorativi della settimana.
In tale regime di ricovero breve è possibile trattare quelle patologie chirurgiche che richiedono una degenza post-operatoria inferiore ai cinque giorni. Sono inclusi, pertanto, gli interventi di chirurgia media e di one day surgery.
Le motivazioni che spingono alla creazione di un reparto di Degenza Breve Chirurgica si basano su una distribuzione settimanale dell'attività chirurgica ed assistenziale nell'arco di 5/6 giorni, dal lunedì al sabato mattina, e sulla disponibilità di personale infermieristico dedicato e di personale medico che svolge funzione di "consulenza", con il vantaggio di ridurre, in tal modo, i costi ospedalieri.
I vantaggi non appaiono solo di ordine economico; appare di immediata comprensione, infatti, come sia vantaggiosa una limitata permanenza nell'ambiente ospedaliero sia per il paziente che per i suoi familiari: a tal fine fondamentale risulta una adeguata e corretta organizzazione delle èquipes chirurgiche ed anestesiologiche.
L'Azienda Ospedaliero–Universitaria di Parma ha attivato a fine settembre 2009 un reparto di Degenza Breve Chirurgica ad afferenza mista che prevede una dotazione massima di 28 posti letto. In questa fase iniziale sono stati attivati 20 posti letti (di cui 2 a prevalente utilizzo della Terapia Antalgica) afferenti a 4 Unità Operative: Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico.
Questa nuova organizzazione ha determinato, inoltre, l'accorpamento, su un unico piano, dell'U.O.Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica e dell'U.O.Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo con riduzione dei posti letto di degenza ordinaria (13 posti letto per ciascuna unità operativa).
In una seconda fase verranno attivati gli ulteriori posti letto con coinvolgimento di altre unità operative.
L'organizzazione della Degenza Breve Chirurgica è a carico del Servizio Assistenziale; ciascuna unità operativa afferente ha individuato un proprio referente con il ruolo di coordinatore clinico con il quale il coordinatore infermieristico si rapporta in merito alle problematiche legate all'iter assistenziale dei pazienti ricoverati al fine di un buon funzionamento del progetto.
Fondamentale, per conseguire un ottimo risultato ed avere la piena soddisfazione dei pazienti, è la selezione dei soggetti candidabili a trattamenti chirurgici in regime di Degenza Breve ed un'adeguata organizzazione e gestione dell'unità operativa, il cui punto fondamentale è costituito dalla corretta pianificazione dei ricoveri in rapporto a:

- tipo di paziente;
- tipo di intervento chirurgico previsto;
- durata del periodo post-operatorio.

Non è stato possibile effettuare una prima valutazione dei risultati in quanto i dati a disposizione sono riferibili ad un periodo di tempo limitato al fine di un'adeguata lettura.

Riorganizzazione della neurologia e neurochirurgia

Il Progetto di integrazione delle attività specialistiche neurologiche e neurochirurgiche si è sviluppato mediante l'attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dalla direzione sanitaria, che ha avuto l'obiettivo di studiare la fattibilità di definire e applicare un percorso di maggiore qualificazione e sviluppo delle attività neurologiche nell'ambito del Dipartimento Neuroscienze e del Dipartimento Emergenza-Urgenza.

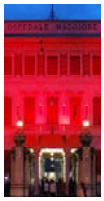
Le principali motivazioni rappresentate a sostegno della necessità di coinvolgere i professionisti sono state le seguenti:

- **Nuovo modello di integrazione funzionale all'interno dell'area delle Neuroscienze**. Il nuovo modello di integrazione deve facilitare il confronto professionale tra Neurologi, Neurochirughi, Neuroradiologi con la finalità di creare maggiore coesione e continuità clinico assistenziale sui percorsi dei pazienti con patologie Neuro-oncologiche, Neurovascolari, e con altre patologie neurologiche che richiedono un approccio multidisciplinare.
- **Logistica.** La collocazione della S.S. Coordinamento degenza neurologica all'interno del Poliblocco in stretta continuità con le UU.OO. di Neurochirurgia e di Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico, più strettamente connessa al settore di Neuroradiologia permette, non solo di diminuire i trasferimenti dei pazienti in ambulanza per le indagini di maggiore complessità, ma anche di avvalersi di una condizione logistica imprescindibile per l'attuazione del modello suddetto.
- **Percorsi specialistici Aziendali.** L'Azienda crede che vi sia la possibilità di orientare e specializzare maggiormente la risposta assistenziale su patologie di specifica competenza neurologica individuando un numero definito di posti letto ad alta complessità clinica. Tali letti vengono gestiti sviluppando anche nuovi percorsi integrati con le strutture del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e del Dipartimento di Riabilitazione, con la finalità di fondare la risposta clinica sulla continuità e la qualità del percorso.
- **Alta intensità di cura.** Lo sviluppo di un'area di degenza dotata di monitoraggio continuo centralizzato, che possa offrire la possibilità di ricovero di pazienti neurologici a più alta complessità, già appositamente predisposta nell'area del settore neurochirurgico, permette l'implementazione del percorso di fibrinolisi con l'attivazione di ulteriori letti monitorati per il trattamento intensivo dell' ictus.
- **Tecnologie.** La presenza della degenza Neurologica nell'area del Poliblocco consente di poter fruire, ottimizzando anche i tempi, di alte tecnologie presenti nel Dipartimento Neuroscienze e Diagnostica per Immagini.

Nel corso del primo semestre 2009 è stata quindi effettuata un'analisi che ha compreso i seguenti principali aspetti:

- Analisi della produzione delle UU.OO. coinvolte nel progetto;
- Analisi delle prestazioni intermedie (consulenze, prestazioni diagnostiche);
- Analisi della movimentazione dei pazienti;
- Ridefinizione delle interfacce tra le UU.OO. coinvolte e la rete dell'emergenza;
- Sviluppo di momenti di integrazione e confronto dipartimentale e interdipartimentale.

In particolare è stato condiviso che i pazienti neurologici e neurochirurgici vengono trasferiti nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo nelle Sezioni dedicate alla Riabilitazione Intensiva ed Estensiva in tempi appropriati all'iter diagnostico terapeutico, al fine di permettere la migliore integrazione professionale e, nel contempo, garantire ottimali degenze medie DRG specifiche.
Inoltre si è convenuto che la casistica di pazienti provenienti da Pronto Soccorso e che necessitano di ricovero a diversa complessità (ad esempio ictus nel paziente anziano) viene indirizzata verso il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo (Clinica Geriatria e Geriatria) e il Dipartimento Polispecialistico Medico 2 (U.O. Malattie Angiologiche e Coagulative), così come indicato anche nel PDT inerente l'ICTUS.



Nell'estate del 2009, durante il periodo di contenimento estivo, sono stati effettuati le riallocazioni interne dei pazienti ricoverati e il trasferimento della Neurologia al IV piano del Poliblocco.

Al termine del periodo di contenimento estivo e dei lavori di ristrutturazione di alcuni ambienti di tale piano, sono stati quindi ridefiniti i posti letto specialistici Neurologici e Neurochirurgici sulla base dei seguenti criteri:

Il IV piano del Poliblocco viene utilizzato secondo i criteri di **intensità di cura** essendo strutturato con un'area attrezzata tecnologicamente per l'alta intensità di cura assistenziale.
I posti letto della Neurologia sono definiti ad alta-media intensità di cura, e in tal senso la programmazione settimanali delle disponibilità per i ricoveri in urgenza (cingolo) viene sospesa e si dà avvio al protocollo definito con il Pronto Soccorso per i pazienti di stretta competenza specialistica.
Cure specialistiche neurologiche: i letti della Neurologia dovranno essere principalmente allocati in una delle tre sezioni di degenza, pur potendo usufruire dei posti letto monitorati per l'Ictus e il trattamento fibrinolitico.
Degenza Breve: vengono definiti nell'area di degenza breve del Dipartimento Chirurgico, posti letto per il ricovero dei pazienti neurochirurgici a minore complessità assistenziale (a questo riguardo si veda il paragrafo succcessivo dedicato alla Degenza Breve Chirurgica).

Tabella 13 Numero di Posti letto al 31.12.2009

Unità Operativa	N.PL 2009	N.PL 2008
Neurologia	14	30
Neurochirurgia	26	24
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	14	15

Pronto Soccorso

Nel mese di novembre 2009 è stata completata la prima fase dell'intervento edilizio predisposto per la nuova sede del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Il nuovo Pronto Soccorso è una struttura tecnologico-organizzativa evoluta e la sua realizzazione riveste un obiettivo aziendale sostanziale, in quanto il Pronto Soccorso è per ogni struttura ospedaliera la porta di accesso alle attività dell'ospedale e pertanto, è la presentazione dell'Azienda Ospedaliera.

Struttura

La nuova struttura del Pronto Soccorso è stata edificata su una superficie più estesa della precedente, essendo l'area attuale di 3.489 metri quadrati rispetto alla precedente di 1.230 mq. L'edificio è stato realizzato su due piani, e si presenta esteticamente come una struttura ovale progettata e realizzata per rispondere ai requisiti previsti dall'autorizzazione all'esercizio e ai criteri previsti per l'accreditamento delle strutture di emergenza-urgenza della Regione Emilia-Romagna.
L'accesso alla struttura è posto su un piano rialzato rispetto a quello stradale, in modo da permettere la creazione di un livello sottostante dove sono collocati gli impianti tecnici, gli spogliatoi del personale e un parcheggio coperto, a disposizione delle ambulanze e dei mezzi di servizio.

Modello organizzativo

Centralità del paziente

La centralità del paziente investe il progetto di organizzazione degli spazi dedicati all'assistenza in relazione al codice-colore di accesso e all'attività medica e infermieristica.
La creazione di due emicicli e gli open space, caratteristiche progettuali che superano il concetto dell'ambulatorio, nella visione più moderna di processare in minor tempo il percorso del paziente e favorire un minor numero di spostamenti, nonché la creazione di appositi percorsi interni per ricoveri ed emergenze, allo scopo di ridurre il trasposto esami, pazienti e favorire il lavoro del personale medico-infermieristico. L'innovazione principale consiste quindi nel superamento del concetto di ambulatorio, gli operatori sanitari lavorano in équipe in un ambiente aperto, in cui sono presenti le postazioni-box di assistenza.

Aspetti funzionali, strutturali e impiantistici, dalla scelta dei colori (per facilitare l'orientamento nei percorsi e la distribuzione delle attività dei professionisti), fino al sistema di illuminazione risultano essere elementi che favoriscono il processo di umanizzazione.

Accessibilità

La nuova struttura è dotata di due percorsi di accesso distinti, uno per i pazienti deambulanti e uno per i pazienti barellati o che comunque hanno necessità di assistenza alla deambulazione e che accedono alla camera calda generalmente mediante ambulanza o mezzo proprio.

I pazienti già definiti sul territorio come codici rossi dal servizio 118 Parma Soccorso raggiungeranno direttamente la zona di trattamento senza passare dal triage.

L'ingresso delle ambulanze e delle auto private alla camera calda è previsto con un percorso di facile accesso per favorire il deflusso dall'area di emergenza.

Il paziente dall'ingresso accede alle postazioni di triage, dove un triagista effettua la valutazione e gli assegna il codice di priorità di accesso.

Al fine di ridefinire il modello di accoglienza, l'Azienda ha condotto una analisi orientata a valutare gli accessi al Pronto Soccorso nell'ultimo triennio sia in relazione al codice colore che alla modalità di accesso (mezzo proprio, ambulanza, camminante). L'analisi ha evidenziato che nel triennio preso in considerazione la distribuzione delle percentuali di accesso per codice colore si è mantenuta costante. La costanza di distribuzione si evince anche per quanto riguarda gli accessi giornalieri. Anche la tipologia di mezzo di accesso al Pronto Soccorso presenta un andamento un andamento costante con il mezzo proprio che rappresenta la modalità più utilizzata dal cittadino.

Le innovazioni tecnologiche

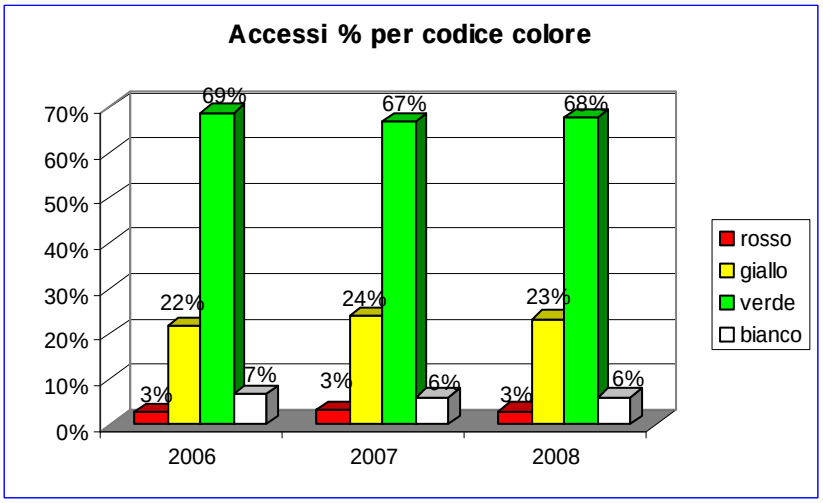
Caratteristica principale è la vicinanza della tecnologia al paziente: ogni postazione di assistenza è dotata di pensile attrezzato con monitor e strumentazione sanitaria di emergenza per il controllo dei parametri vitali. La postazione è un'unità informatica dalla quale sono rintracciabili tutte le informazioni cliniche del paziente reperibili nella rete informatica ospedaliera. Le aree di assistenza sono dotate di centrali di monitoraggio, con supporto wireless.

Infine allo scopo di tutela della sicurezza di pazienti e operatori, il nuovo Pronto Soccorso è sottoposto a video sorveglianza attraverso videocamere orientabili, posizionate anche nell'area dell'elisoccorso.

Gradualità delle cure

L'intervento, che si è concluso nel 2009, ha portato alla realizzazione di ambienti differenziati e dimensionati per garantire la migliore accessibilità alla struttura e cure graduate sulla base dei codici di gravità dei pazienti e sulla modalità di accesso dei pazienti.

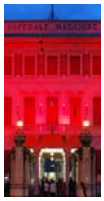
Al primo piano dell'edificio troviamo la camera calda, il triage infermieristico, l'area di attesa protetta per



i pazienti, l'area delle postazioni dedicate ai pazienti critici a cui è attribuito generalmente codice di gravità rosso (8 postazioni), l'area per il trattamento dei pazienti gravi e di media gravità a cui sono stati attribuiti codici gialli e verdi (18 postazioni di cui 2 per l'isolamento) e un'area di attesa protetta.

Per ciascuno degli otto posti letto dell'area dei pazienti critici è prevista una doppia postazione di visualizzazione: una dedicata alle funzioni vitali e l'altra interfacciata alla rete informatica ospedaliera.

Le due aree centrali a forma di emiciclo, in cui sono gestiti i pazienti nelle postazioni dedicate ai codici gialli e verdi, risultano dotate di autonomia funzionale e strutturale, in quanto vi sono due ampie zone di controllo medico ed infermieristico dove confluiscono le informazioni del monitoraggio dei pazienti, posizionate in modo centrale rispetto alle postazioni dei pazienti, anche per consentire il controllo visivo e migliorare efficacia ed efficienza degli operatori.



Oltre agli ambienti dedicati alle attività di supporto è stata allestita anche un'area per le maxi-emergenze che può essere utilizzata per la gestione dei casi a bassa complessità, dotata di 10 postazioni.

	Codice gravità	Postazioni
Nuovo Pronto Soccorso	codice rosso	4 + 4
	codice giallo	18
	codice verde	
	di cui isolati	2
	Attesa / Maxi emergenze	10

Il completamento dell'opera

Conclusa la prima fase di ristrutturazione nell'anno 2009, nel corso del 2010 si provvederà all'allestimento dell'area ambulatoriale di Pronto Soccorso, dell'area specialistica (Ortopedia e Consulenti specialisti dell'Azienda) per complessivi 6 nuovi ambulatori ed infine di un'area di trattamento dotata di poltrone.

L'assistenza al paziente sarà pertanto garantita da medici di Pronto Soccorso, medici specialisti ortopedici, e medici dell'Area di Prima Assistenza Medica, ossia specialisti afferenti all'AUSL di Parma. Questo permetterà di attuare un sistema integrato assistenziale ospedale-territorio al fine di implementare l'attuale assetto di cure, sempre nell'ottica della riduzione dei tempi di attesa e della ottimizzazione delle risorse umane ed economiche.

La collocazione di medici specialisti ortopedici in pronto soccorso porterà ad una risposta più veloce e qualificata per la traumatologia minore anche grazie al potenziamento delle radiologia diagnostica, e dall'altro lato verrà riqualificata l'attività dei professionisti medici di Pronto Soccorso, identificando un'area deputata al trattamento di casistica a minore complessità, lasciando trattare ai medici di pronto soccorso la casistica a più alta complessità.

Infine, per il mese di dicembre 2010 è prevista la conclusione dei lavori di ristrutturazione per la riqualificazione della Medicina d'Urgenza ed il progetto si concluderà con un'ultima fase che prevede l'allestimento della nuova area di Osservazione Breve Intensiva, area dotata di 14 posti letto per il trattamento di pazienti che necessitano di un tempo di osservazione di 6-24 ore.

Nell'ambito di un nuovo percorso organizzativo della diagnostica radiologica di pronta emergenza, il raggiungimento dell'obiettivo di fornire un dato iconografico in formato digitale, nel minor tempo possibile, garantendo un monitoraggio della localizzazione dei pazienti in accesso durante tutto il periodo di permanenza presso la struttura del DEA, può essere soddisfatto aggiornando le attuali tecnologie analogiche, seppure digitalizzate con dei sistemi di Computed Radiography (CR), adottando le più efficienti tecnologie di Direct Radiology (DR) oggi disponibili.

In questo nuovo percorso verrà adottato un sistema di riconoscimento ed identificazione univoca dei pazienti e un impianto di video supporto che ne manterrà la localizzazione durante tutta l'attività diagnostica interventistica e terapeutica, facilitando e razionalizzando la gestione delle attività logistico-organizzative di supporto.

L'attività di diagnostica TC/PS viene attualmente effettuata con un TC monostrato presente nella Radiologia del Pronto Soccorso ed una TC (6 strati), installata presso la Piastra Radiologica, che viene utilizzata anche per l'esecuzione di prestazioni per interni ed programmati.

Il progetto PERIMED

Il progetto della Medicina Perioperatoria è un progetto **sperimentale** approvato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito dei **progetti di modernizzazione**.

Il progetto intende sperimentare l'introduzione di elementi di innovazione e cambiamento volti a implementare i livelli di sicurezza nell' assistenza perioperatoria, la presa in carico del paziente e la continuità delle cure perioperatorie (dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio), l'unitarietà della risposta clinico assistenziale nel processo perioperatorio, lo sviluppo di processi di integrazione professionale, anche alla luce dei nuovi assetti giuridici che lo Stato attribuisce alle professioni sanitarie, individuando nuovi spazi di competenze professionali per il personale di assistenza, certificate nell'ambiito di specifici programmi formativi.

In realtà europee ed americane l'organizzazione dell'attività perioperatoria, ed in particolare dei blocchi operatori, si basa su modelli che prevedono l'utilizzo della risorsa infermieristica e tecnica in modo avanzato.
Il progetto intende implementare la qualità dell'assistenza perioperatoria con azioni volte a:

- Aumentare il livello di sicurezza del processo perioperatorio.
- Adeguare l'offerta d'assistenza perioperatoria ai livelli di qualità percepita e attesa del cittadino.
- Ottimizzare le risorse disponibili per la gestione del processo di cura perioperatorio.
- Aumentare il livello qualitativo dei processi di gestione di alcune dimensioni cliniche come la gestione del dolore.
- Individuare il "core competence" delle competenze dei diversi attori in particolare quelli dell'area assistenziale.

Vantaggi del progetto

Configurare un modello che aiuta a identificare:

- Sequenza delle prestazioni.
- Verificare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.
- Evidenziare elementi di sovrapposizione, discontinuità, duplicazioni ridondanze, responsabilità dei vari attori.
- Evidenziare le aree di miglioramento

Risultati attesi

- Trasferire nel contesto regionale MODELLI di MEDICINA PERIOPERATORIA praticati in altri contesti internazionali che comportino un miglioramento complessivo.
- Produrre un profilo di competenze professionali avanzate per la funzione assistenziale.

Fasi del progetto

In fase di elaborazione del Progetto è risultato necessario suddividere lo stesso in 3 fasi:

1. Fase pre-operatoria (di cui si è avviata la sperimentazione)
2. Fase intra-operatoria
3. Fase post-operatoria

La fase 1 è quella di cui si è avviata la sperimentazione nelle Aziende coinvolte, i cui dati vengono illustrati di seguito.

Percorso formativo

Prima di avviare la fase sperimentale è stato necessario programmare una fase formativa, che ha previsto il Corso di Perfezionamento in: "Avviamento della sperimentazione regionale di assistenza infermieristica perioperatoria. Fase preoperatoria" organizzato su 80 ore complessive, di cui 30 ore di didattica frontale, 20 ore di laboratorio e 30 ore di stage nell'ambulatorio anestesiologico e ambulatorio chirurgico.

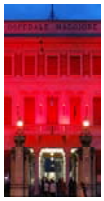
Assessment infermieristico

- Metodologie di accertamento assistenziale specifiche
- Strumenti appositamente predisposti:
- Scale di riferimento JH – ASA
- Check- list
- Scheda di Accesso in Ospedale
- Scheda intervista Clinico Assistenziale infermiere Perimed
- Scheda di Accertamento Clinico Assistenziale infermiere Perimed

Criteri di attribuzione percorso

Il modello prevede la mappatura nella fase pre-operatoria, di percosi di gestione del paziente in ragione della definizione del rischio chirurgico (Johns Hopkins) e delle condizioni di salute (riferimento scala A.S.A.) accertate.
I percorsi di visita pre-intervento identificati, in ragione della classificazione del rischio chirurgico e delle condizioni di salute del paziente sono riportati nella tabella seguente:

RISCHIO CHIRURGICO: Criteri d'Accesso Classificazione Chirurgica secondo Johns Hopkins
Categoria 1
Minimo rischio per il paziente indipendentemente dall'anestesia



Procedura minimamente invasiva con poca o nessuna perdita di sangue
Categoria 2
Rischio medio per il paziente indipendentemente dall'anestesia
Procedure minimamente o moderatamente invasive
Perdita ematica < 500 ml

RISCHIO ANESTESIOLOGICO: Scala di riferimento rischio anestesiologico ASA
Classe I Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
Esempio: ernia inguinale in paziente senza alcuna malattia.

Classe II Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico
Esempio: bronchite cronica; obesità moderata; diabete controllato; infarto del miocardio di vecchia data; ipertensione arteriosa moderata

Fasi della valutazione infermiere Perimed

- Accertamento fisico:

a) stato nutrizionale e idratazione (obesità, anomalie metaboliche)
b) Stato respiratorio (asma, BPCO, fumo)
c) Stato cardiovascolare (P.A. IMA, aritmie)
d) Funzionalità epatica-renale (epatite, IRA)
e) Funzionalità endocrina (diabete, pat. Tiroide)
f) Funzionalità immunologica (allergie)
g) Uso di alcool e droghe
h) Pregressa terapia farmacologica (diuretici, corticosteroidi, tranquillanti, anticoagulanti, anticonvulsivi)
i) Disabilità (uditive, neuromuscolari)
j) Interventi chirurgici pregressi

Educazione preoperatoria

- Promuovere informazioni
- Sostegno emotivo – incoraggiamento
- Ridurre l'ansia preoperatoria
- Spiegare il trattamento del dolore

Sistemi di valutazione

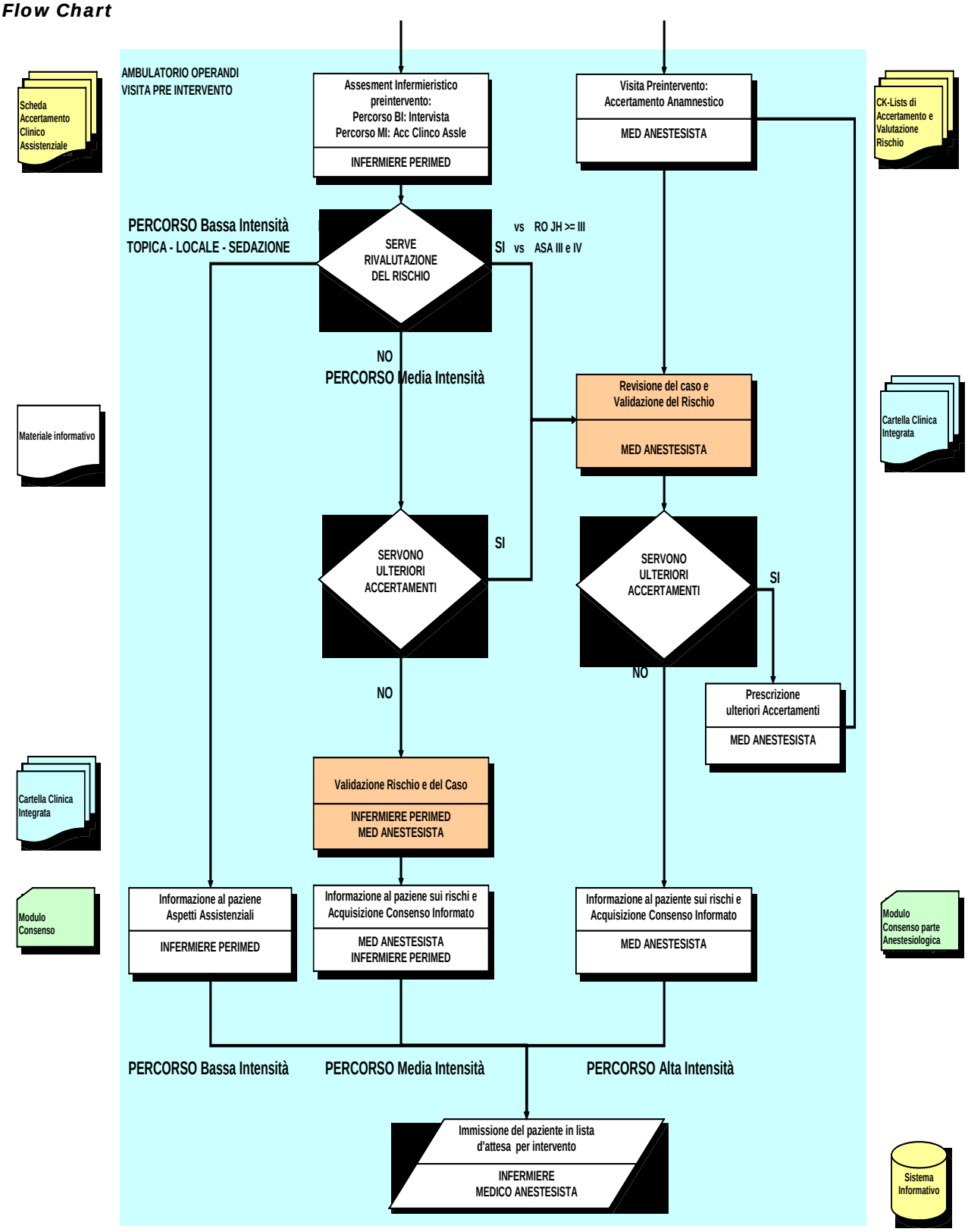
Sono stati individuati indicatori di processo per monitorare le aree di sperimentazione come :

- L'integrazione con la medicina generale MMG sulla continuità delle informazioni cliniche del paziente
- La quantità di valutazioni pre-operatorie realizzate con il modello sperimentale rispetto alle procedure chirurgiche in osservazione nelle Unità Chirurgiche.
- La coerenza delle valutazioni realizzate dai diversi attori (Chirurgo, Infermiere, Anestesista).
- La completezza nell'accertamento pre-operatorio realizzato dall'infermiere Perimed.

Indicatori

- Compliance nella compilazione della scheda di accesso MMG
- Completezza della valutazione chirurgica
- Completezza intervista inf. Perimed
- Completezza accertamento assistenziale inf. Perimed
- Concordanza valutazione Chirurgico, Infermiere, Anestesista
- Compliance adesione LG esami preoperatori

Flow Chart



Vantaggi per l'Azienda

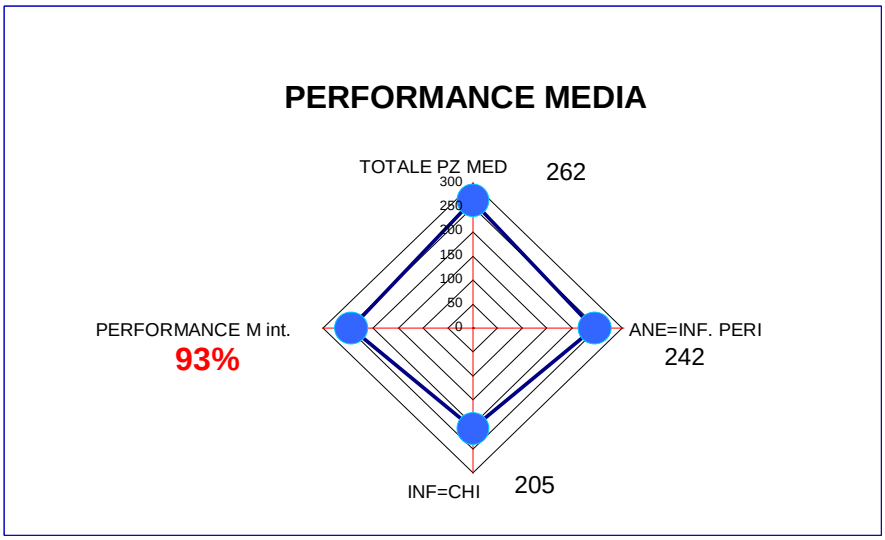
- Abbattimento liste attesa visita anestesiologica
- Azzeramento di ulteriori viaggi per i pazienti
- Migliore qualità percepita espressa verbalmente dai pazienti, che verrà documentata nel prossimo futuro
- Maggior sinergia nel lavoro di team (Chirurgo-Anestesista - Infermiere)
- La possibilità di mettere in atto le risorse per quel specifico percorso diagnostico terapeutico

Opportunità

1) avviare programmi di innovazione nei processi di assistenza

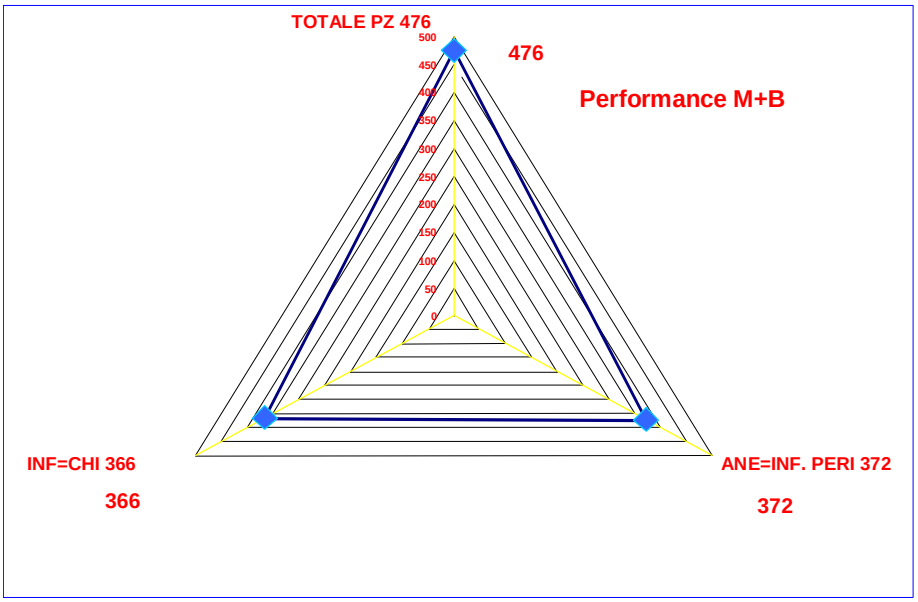
2) avviare processi di miglioramento volti ad implementare sicurezza, qualità e definire nuovi livelli di competenze dei diversi protagonisti .

Grafico 8 Performance intermedia con pazienti a Media intensità = 93%



Concordanze nella definizione del percorso dei pazienti a Media Intensità tra i professionisti: Chirurgo-Anestesista-Infermiere Perimed

Grafico 9 Performance intermedia con pazienti a Bassa e Media Intensità



Concordanze nella definizione del percorso dei pazienti a Bassa e Media Intensità tra i professionisti: Chirurgo-Anestesista-Infermiere Perimed

Grafico 10 Proposte di Intervento Chirurgico Compilate dal Chirurgo Performance = 86,1 %

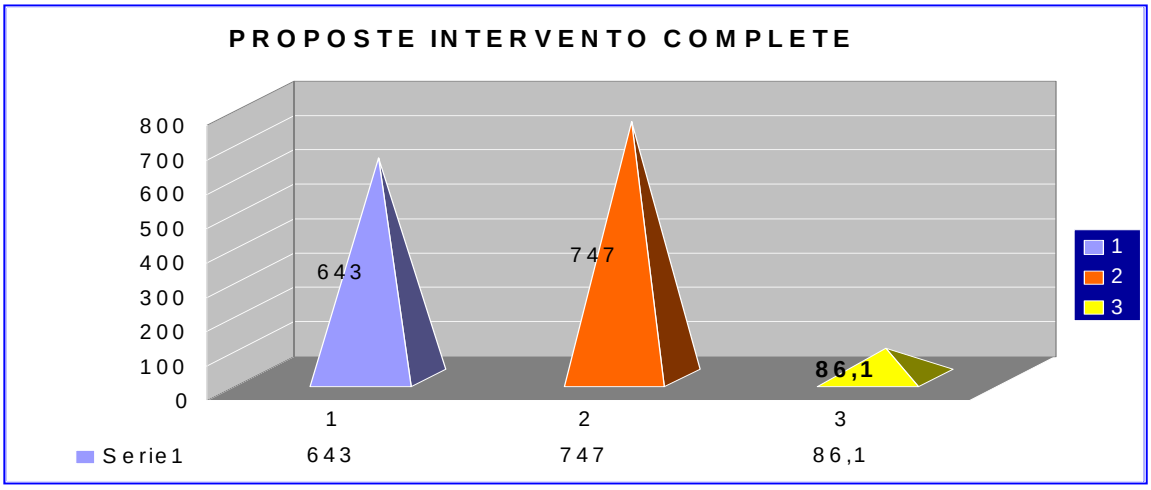


Grafico 11 Interviste effettuate dall'infermiere Perimed Complete e Corrette Performance = 100 %

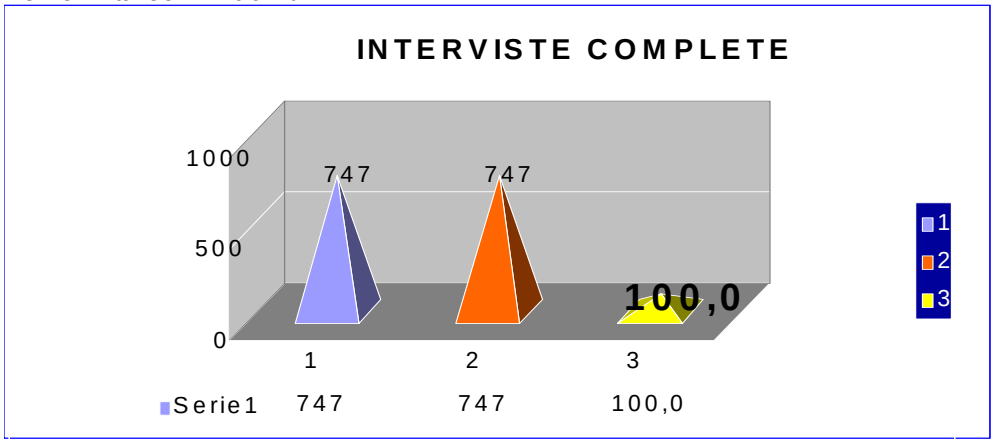
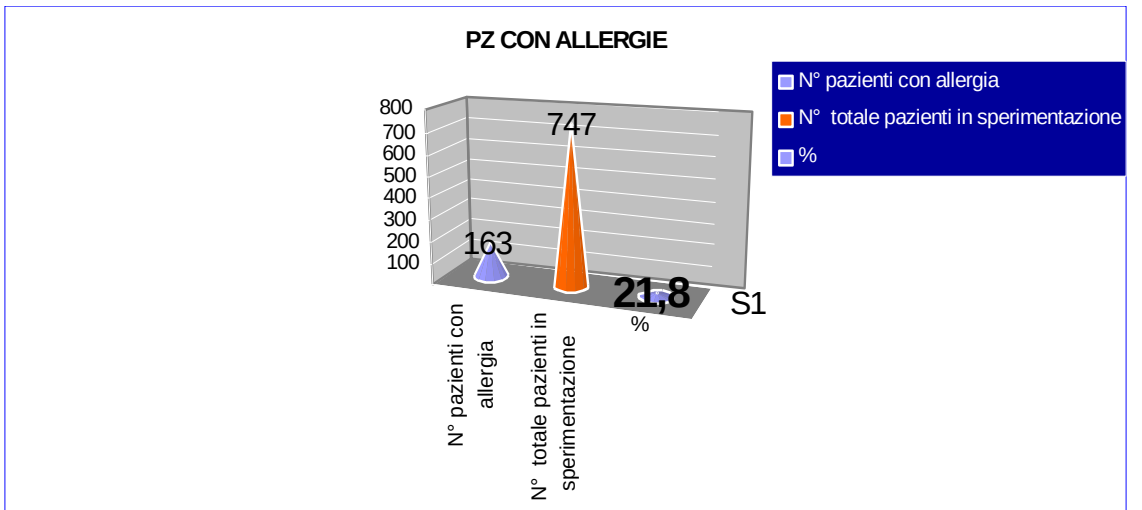


Grafico 12 Pazienti entrati nel percorso Perimed che dichiarano e documentano allergie di vario genere - sulla popolazione in esame 21,8 %



	N° pazienti con allergia	N° totale pazienti in sperimentazione	%
Serie1	163	747	21,8

Grafico 13 Concordanza nella destinazione del Percorso Perioperatorio tra Chirurgo e Infermiere Perimed
Performance 79,3 %

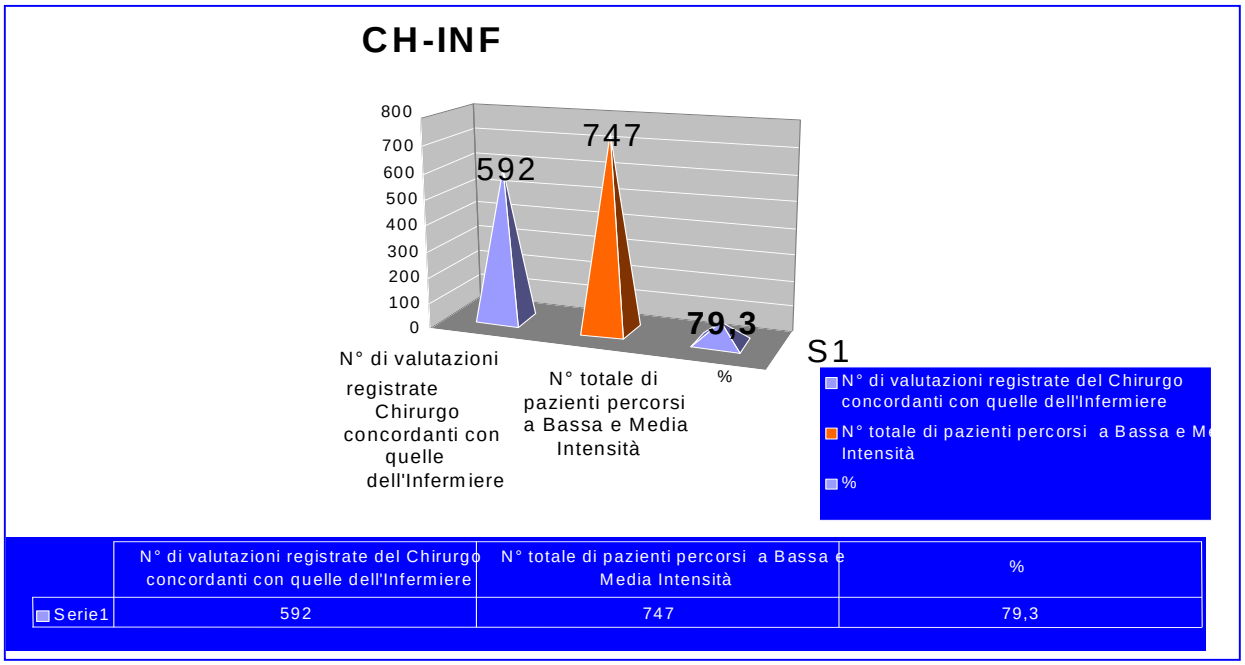
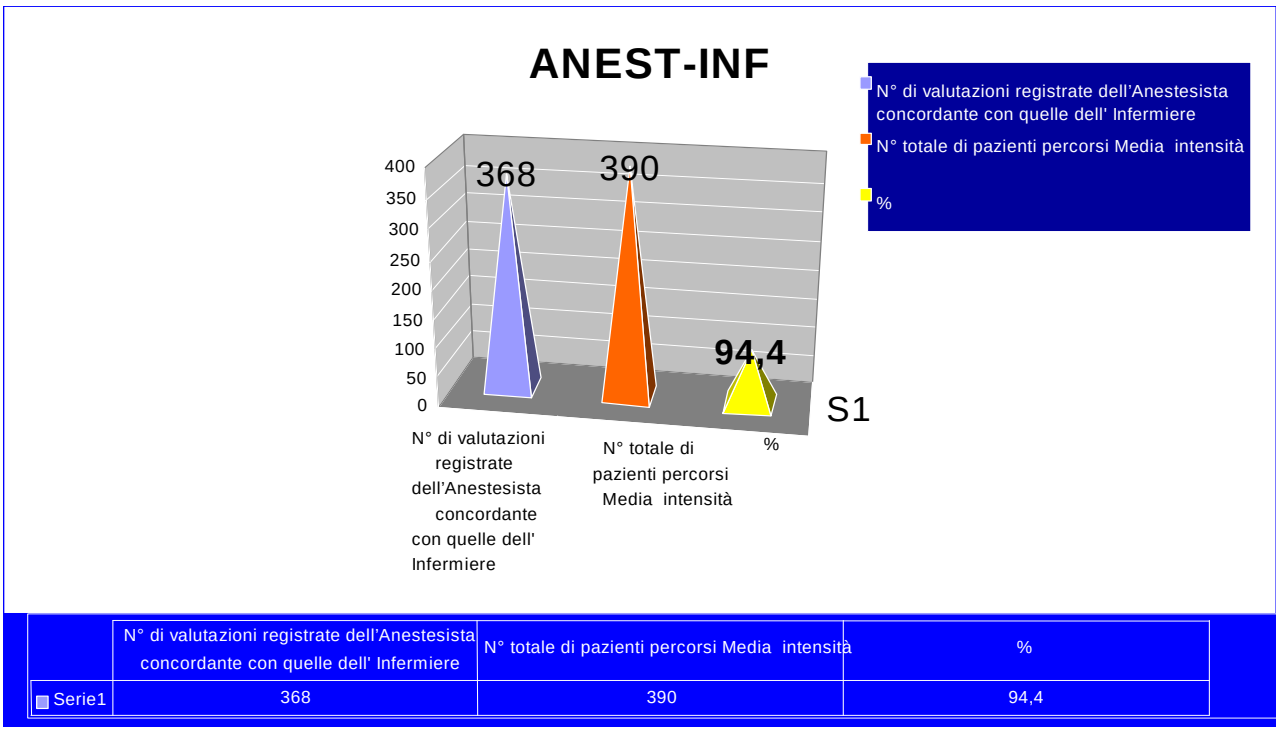


Grafico 14 Concordanza nella destinazione del Percorso Perioperatorio tra Anestesista e Infermiere Perimed valutato solo per gli interventi che prevedono l'anestesista – Media Intensità
Performance 94,4 %



Conclusioni

La sperimentazione di un nuovo modello organizzativo, e in particolare della fase pre-operatoria, rappresenta un primo step di sviluppo che permette di approcciare le problematiche del settore,

sviluppare soluzioni coerenti con le più aggiornate evidenze scientifiche a meccanismi di inefficienza nella valutazione iniziale pre-operatoria, che a valle del processo di cura, possono diventare delle significative criticità sotto il profilo della sicurezza del paziente.
Questo modello, che ha come obiettivo principale la centralità del paziente e il miglioramento dei percorsi, vede la partecipazione attiva dell'infermiere responsabilizzato sull'esecuzione dei processi di cura e quindi contribuisce alla crescita e alla valorizzazione della professione.

Innovazione tecnologica

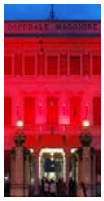
Le acquisizioni realizzate nel 2009 hanno permesso di ammodernare in maniera significativa il parco tecnologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con l'obiettivo primario di fornire ai servizi di cura, diagnosi e riabilitazione delle attrezzature all'avanguardia e con performance sempre più evolute. Un ulteriore obiettivo, cui si è giunti attraverso questo percorso, è l'informatizzazione diffusa e l'integrazione tra diversi sistemi ed applicazioni. La sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete ha permesso di poter abilitare dei collegamenti funzionali tra tutti i dispositivi medici, intesi come apparecchiature e software che concorrono alla cura del paziente, permettendo un dialogo sempre più fitto e produttivo tra ambiti specialistici diversi offrendo strumenti di elaborazione e sintesi dei dati clinici sempre più precisi e completi.

PACS/RIS e GLOBAL PACS

L'Information Technology (IT) rappresenta una risorsa fondamentale al servizio della sanità come strumento di diagnosi e di cura ma costituisce un importante supporto anche come strumento di gestione. In campo radiologico, lo sviluppo dell'IT ha portato alla realizzazione di sistemi di archiviazione e comunicazione dedicati più performanti e sicuri che permettono di ottimizzare il percorso diagnostico. A seguito dell'avvio dell'importante fase di digitalizzazione delle diagnostiche radiologiche, si è proceduto all'acquisizione del sistema PACS/RIS integrato, che ha permesso il collegamento e la distribuzione di immagini e referti verso tutti i reparti interni all'Azienda e diretta, per il futuro, verso l'utenza territoriale (medici di famiglia e pediatri, eccetera). L'introduzione del sistema PACS/RIS ha portato ad una accelerazione del processo di informatizzazione complessiva dei reparti, attuata attraverso l'acquisizione di sistemi di visualizzazione di immagini digitali dedicati ad ambienti sterili, quali sale operatorie e ambulatori chirurgici. Un'ulteriore fase prevede la digitalizzazione dei flussi informativi e anagrafici da e verso i diversi comparti operatori. In quest'ottica di evoluzione si sta sviluppando un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un "Global PACS (G-PACS)", capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia.

Nel corso del 2009 si è proceduto alla definitiva configurazione e adattamento del sistema informativo della cardiologia interventistica alla realtà operativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma completando quindi un altro elemento verso la completa configurazione del Global PACS. L'applicativo della cardiologia interventistica è stato adattato alle esigenze del reparto in termini di funzionalità aggiunte e di configurazione delle interfacce utente necessarie a garantire un workflow preciso e univoco per le diverse competenze specialistiche. In questo modo il sistema informativo rappresenta un pratico e sicuro ausilio alla pratica clinica necessario al trattamento di patologie cardiache. È stata inoltre automatizzata la procedura di estrazione dei dati di sintesi dell'attività di cardiologia interventistica da inviare nell'ambito del programma regionale REAL - Registro REgionale AngiopLastiche Coronariche.

Nel corso del 2009 si è completata la gara di fornitura per il sistema informativo della gastroenterologia che si andrà ad integrare con l'ambito radiologico e cardiologico nell'ottica della realizzazione del GLOBAL PACS. Nello stesso anno si è dato inizio alla fase di progettazione definitiva che si andrà a concludere all'inizio del 2010 e darà inizio alla successiva installazione e configurazione di dettaglio.
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 completata l'attività per estendere lo spazio di memorizzazione a disposizione in modo da rendere ancor più efficace, capiente ed efficiente lo storage.



Ammodernamento apparecchiature di radiodiagnostica

All'inizio del 2009 si sono completati i lavori di predisposizione dei locali e di installazione della risonanza magnetica 3T ed è iniziata l'attività clinica e di ricerca a maggio dello stesso anno. La configurazione della apparecchiatura installata permette di incrementare notevolmente la qualità delle prestazioni in tutti i settori della diagnostica clinica: ambito neuroradiologico, ambito pediatrico, ambito cardiologico e vascolare ed in generale in ambito radiologico. In base ad un accordo con l'Università degli Studi di Parma tale apparecchiatura è 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 corso del 2009 si è conclusa la procedura per l'acquisizione di una TAC multislice ad elevatissime prestazioni (sistema a doppio tubo e complessivamente 256 strati su due detettori) che permetterà di ampliare la tipologia di studi clinici della tomografia computerizzata ed incrementare notevolmente la qualità, una TAC multislice (16 strati) da destinare alla UO di Neuroradiologia dotata di software necessari all'indagine neruoradiologica (perfusione cerebrale). Questa ammodernamento porterà nella Radiologia di Emergenza ed Urgenza una TAC multislice a 64 strati acquisita pochi anni fa con lo scopo di rendere questa UO indipendente da altre strutture radiodiagnostiche ospedaliere in termini di qualità e velocità degli esami da eseguire in particolare su pazienti politraumatizzati.

Medicina nucleare

La ristrutturazione della diagnostica di Medicina Nucleare si è avviata a fine 2008 con l'aggiornamento della SPECT in uso con un sistema più performante che permetta l'esecuzione di esami con una maggiore qualità e con tempi ridotti. L'installazione e messa in funzione di tale apparecchiatura si è completata ad inizio 2009. Nell'ottica di adeguamento tecnologico del Servizio di Medicina Nucleare è stata avviata e conclusa nel 2009 una procedura di acquisto di una SPECT/CT, tecnologia non presente in Azienda.

Centro senologico

Nel corso del 2009 si è proceduto all'attivazione del Centro Senologico Unificato con la realizzazione del nuovo Centro Screening.

Radioterapia

Ad inizio 2009 si è completata la fase progettuale post-acquisizione per il nuovo acceleratore lineare e si è avviata l'installazione del sistema che si è conclusa nel secondo semestre 2009. Il sistema acquisito è completo con le più moderne tecnologie, hardware e software, che permettono l'esecuzione di tecniche all'avanguardia nel trattamento radioterapico dei tumori. Tra queste nuove tecnologie quella di maggiore interesse è un innovativa applicazione (Volumetric Arc Therapy), acquisita nell'ambito della fornitura, che permette una maggior precisione di trattamento, un minor tempo di esecuzione ed una maggiore capacità di conformazione di dose e proteggere i tessuti sani e gli organi a rischio circostanti.

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

Comitato di Indirizzo

Come previsto dalla normativa regionale e dall'atto aziendale, il Comitato di Indirizzo esercita funzioni propositive, consultive e di verifica.
Propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.
Nell'anno 2009 il Comitato di Indirizzo si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.
Nel corso dell'anno 2009 ha espresso parere preventivo ed obbligatorio sui seguenti temi:

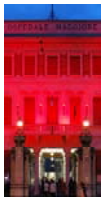
- Formulazione del piano programmatico, comprendente il programma pluriennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività ed alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca.
- Strumenti di programmazione economica-finanziaria e sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione:
- Accordo di fornitura tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Aziende USL di riferimento.

Il Comitato ha poi preso in esame alcune situazioni particolari relative al coinvolgimento di alcune unità operative complesse in percorsi assistenziali di particolare interesse ed ha presentato alla Direzione Generale proposte atte a migliorare il contesto in cui tali strutture operavano.

a) Parere su : Piano Programmatico e Programma degli Investimenti del triennio 2009-2011, Preventivo Economico Pluriennale 2009-2011 e Preventivo Economico dell'esercizio 2009 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha pianificato le proprie attività all'interno delle "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 200 ha ritenuto di condividere i programmi relativi all'ammodernamento strutturale e tecnologico e la prosecuzione del progetto di completamento del Nuovo Ospedale di Parma, nonché le linee strategiche indicate dall'Azienda con particolare riferimento all'integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma. E' verosimile, peraltro, che tali strategie necessitino di un attento riesame in considerazione della sfavorevole congiuntura economica, che potrebbe comportare condizioni di realizzazione differenti rispetto a quelle preventivate.
Gran parte delle risorse risultano destinate al completamento del Nuovo Ospedale, ma sono state preventivamente assegnate risorse anche per la realizzazione dei programmi di mantenimento qualitativo e di ammodernamento delle tecnologie che verranno destinate, nel triennio, a compiti assistenziali, didattici e di ricerca.

Per quanto concerne la Programmazione Economica del triennio 2009-2011, il Comitato rileva che, in carenza di un quadro di riferimento stabile, le previsioni relative al 2010 e al 2011 rappresentano solo una indicazione di tendenza, in quanto soggette ai mutamenti che verranno introdotti dal nuovo Patto per la salute, dalle Leggi Finanziarie e da altri fattori connessi all'evoluzione dell'andamento economico generale.

Per quanto concerne l'esercizio 2009, il Comitato ha preso atto delle esposizioni di dettaglio e di quanto contenuto nel documento allegato alla deliberazione del Direttore Generale n. 113 del 18.05.09, nonché dei vincoli di contenimento imposti dalla inadeguatezza delle risorse a disposizione in relazione alla corrente situazione economica. Il Comitato auspica che le intrinseche difficoltà che dovranno essere affrontate dall'Azienda nel corso del corrente esercizio per raggiungere il risultato di equilibrio, e per mantenere i vincoli di spesa e gli obiettivi di produzione, consentano di non incidere negativamente sul mantenimento dei livelli di attività assistenziale e di integrazione con la attività didattiche e di ricerca, soprattutto in considerazione del fatto che l'Azienda ha formulato previsioni di costo pressoché equivalenti alle risultanze del precedente esercizio. Tale ultima osservazione deve indurre a valutare con particolare attenzione l'adozione di politiche volte a generare, laddove possibile, auspicabili recuperi di efficienza nell'impiego delle risorse, al fine di compensare il fisiologico aumento di talune classi di costo causato da fenomeni inflattivi e dagli automatismi di specie contrattuale.



In relazione a quanto sopra riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo in merito alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con le già citate deliberazioni n. 113 e n. 114 del 18.05.2009.

b) Parere su :Bilancio di Esercizio 2008 e sulla sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Sono stati illustrati ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo, il Bilancio di Esercizio 2008 e la sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008.

Il Comitato ritiene che il risultato è coerente con l'obiettivo indicato dalla autorizzazione regionale, che prevedeva per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un limite di equilibrio economico-finanziario di importo corrispondente alle quote di ammortamento 2008, al netto della "sterilizzazione" dei beni durevoli detenuti dall'azienda alla data del 31.12.2007.

Sotto il profilo della liquidità, si evidenzia come la gestione corrente abbia complessivamente prodotto flussi finanziari positivi.

In merito alla "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" della gestione 2008, commentata anche in apposita sezione del Bilancio di Missione, emerge che l'Azienda, dal punto di vista della "sostenibilità economica", ha evidenziato un miglioramento del risultato della gestione caratteristica rispetto al 2007, legato soprattutto all'incremento dei contributi in conto esercizio finalizzati alla compensazione del mancato adeguamento tariffario e al miglioramento del risultato di esercizio.

Relativamente alla "sostenibilità finanziaria", l'Azienda nel 2008 ha beneficiato della liquidità proveniente da trasferimenti di risorse liquide a parziale riduzione di crediti verso la Regione; ciò ha permesso una riduzione dei debiti a breve termine. Al contrario, si è reso necessario il finanziamento degli investimenti tramite fonti di breve periodo, soprattutto a ragione dei tempi con cui la Regione riesce a trasferire i finanziamenti relativi ai contributi in conto esercizio e ai saldi della mobilità

Relativamente alla "sostenibilità patrimoniale" i risultati di esercizio sono stati notevolmente influenzati dal processo di realizzazione del Nuovo Ospedale. Nell'esercizio 2008, rispetto all'esercizio precedente, si è verificata una contrazione del valore attinente alle "immobilizzazioni materiali in corso ed acconti" e una conseguente variazione incrementativa delle altre categorie di beni materiali.

Il Comitato prende atto che in apposita Sezione del Bilancio di Missione sono stati riportati dati e informazioni relativi all'apporto economico-patrimoniale dell'Università degli Studi di Parma all'attività assistenziale, nonché sui trasferimenti di contributi in conto esercizio della Regione per il sistema integrato SSR-Università (tra cui quelli relativi a progetti di ricerca Regione-Università). Il Comitato auspica che tali dati, nei prossimi Bilanci di Missione, possano essere ulteriormente approfondimenti in base a metodologie condivise e con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

In conclusione, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo in merito alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con la deliberazione n. 101 del 30.04.2009 ("Adozione Bilancio di esercizio 2008") e sulla sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008.

Il Comitato ritiene che le risultanze inserite in tali documenti siano coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario e del Sistema sanitario provinciale; ritiene, inoltre, che detti risultati possano essere considerati conformi agli obiettivi aziendali relativi alla realizzazione del Nuovo ospedale, al mantenimento delle attività e delle strutture e all'integrazione delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

c) Parere su : Bilancio di Missione 2008 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

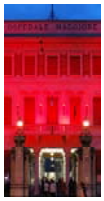
Il Comitato, dà atto in particolare che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

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 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 ed 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 AB0 incompatibile da vivente, la possibilità di impiantare valvole cardiache transcatetere con possibilità di correggere difetti valvolari aortici anche in persone che non potrebbero tollerare l'invasività dell' intervento tradizionale , le indagini miniinvasive in ambito gastroenetrologico 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 consistemente 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 regolamenta 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 ecc). 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 ecc., 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 corrente, 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.

d) Parere su: 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 Ospedaliera 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 Ospedaliera effettua verso l'esterno, nonché dei corrispettivi a compenso delle attività rese.
Il Comitato ritiene che si tratti di un Accordo di fornitura complessivamente ben strutturato.
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 esprime 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.
Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere favorevole sulla riorganizzazione della attività assistenziali dell'Unità Operativa a direzione universitaria "Neuropsichiatria Infantile", nonché sulla istituzione della Struttura Complessa amministrativa "Rapporti Istituzionali"

e) attività di audit clinico sul coinvolgimento di U,O, complesse della Azienda in alcuni percorsi assistenziali che il Comitato ha valutato di notevole importanza per quanto riguarda prestazioni da fornire alla cittadinanza ed alle Aziende USL di riferimento.
In particolare il Comitato ha rivisto, convocando i Direttori delle U.O. , le difficoltà relative allo sviluppo del percorso nascita nella Clinica Ostetrica, alla attivazione della fibrinolisi in pazienti con ictus ischemico nella Clinica Neurologica e alcune prestazioni laboratoristiche (referti istologici) in attività di screening da parte della UO di Anatomia Patologica. Sono stati discussi, in più sedute, i problemi relative alle risorse umane, alla dotazione strumentale, al possibile inserimento di nuove professionalità, ecc. ed è stata fornita alla Direzione Generale una relazione completa, riservando al Comitato la possibilità di rivalutare, a distanza di un anno, l' efficacia degli interventi.

Collegio di Direzione

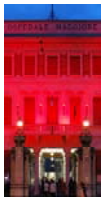
Il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.
Nel corso dell'anno 2009, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.
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 fortemente propositivo nei confronti della Direzione generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.
Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio

vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole Unità Operative.

In particolare nel corso dell'anno 2009, sono state affrontate varie problematiche.

La procedura di valutazione del rischio è la stima dell'entità all'esposizione alle radiazioni.
A tale proposito, nel corso dell'anno 2009, al fine di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, è stata chiesta la collaborazione del Collegio di Direzione per sollecitare l'invio dei carichi di lavoro da parte degli esperti qualificati delle Unità Operative.
Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento.
Fra i diversi interventi che presentano importanti ricadute organizzative sono state sottoposte al Collegio di Direzione: problematiche relative all'appropriatezza prescrittiva delle indagini di laboratorio e di diagnostica per immagini, già affrontate nel corso dell'anno 2008.
A riguardo, nel documento Linee di indirizzo al budget 2008, viene esplicitato che gli strumenti del governo clinico, in riferimento all'appropriatezza prescrittiva, sono l'adozione di linee guida e gli audit clinici.
Nell'ambito del governo clinico, nel corso dell'anno 2007 il Collegio di Direzione aveva approvato due progetti di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati e di riduzione della degenza media nelle strutture i medicina e nelle specialità mediche, riproposti anche nell'anno 2008.
È stato presentato al Collegio di Direzione il Piano Ospedaliero di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale e sono state definite anche procedure riguardanti misure di protezione nei confronti degli operatori.
Il Collegio di Direzione costituisce 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 2009, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2009 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2009.
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.
Il Collegio ha, inoltre, espresso parere favorevole sul documento Bilancio di Missione anno 2008.
Per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali.
Durante l'anno 2009, 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 suddetta Area di ricerca, il Collegio di Direzione ha selezionato i progetti ritenuti rispondenti ai requisiti previsti dal bando Ricerca Regione-Università e ritenuti maggiormente interessanti. La conformità ai requisiti indicati nel bando è stata valutata mediante la compilazione di apposite schede di valutazione.
Le principali caratteristiche analizzate sono state:

- innovatività
- multidisciplinarietà/integrazione Ospedale-Università
- multicentricità
- trasferibilità nella clinica
- qualificazione e dimostrata competenza
- analisi rigorosa delle conoscenze già disponibili sull'argomento oggetto della proposta
- identificazione delle criticità e delle eventuali barriere al cambiamento
- definizione delle azioni/strumenti per il miglioramento delle criticità e il superamento delle barriere
- descrizione dei principali indicatori attraverso i quali il progetto documenterà i cambiamenti ottenuti, sia in termini di risultati che di processo
- rilevanza e trasferibilità al Servizio Sanitario Regionale



Il Collegio di Direzione ha, inoltre, indicato i progetti rispondenti ai requisiti previsti dal Bando Giovani Ricercatori e ritenuti maggiormente interessanti.
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.
Per quanto concerne l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla revisione del documento riguardante la organizzazione in ambito locale dell'ORI.
È stato coinvolto il Collegio di Direzione in merito all'attuazione di un'indagine conoscitiva volta a rilevare i bisogni in materia di ricerca dei professionisti, al fine di indentificare quei fattori che favoriscono/ostacolano lo svolgimento delle attività di ricerca in Azienda.

È stato affrontato il problema riguardante la congruità sul percorso formativo delle Scuole di Specializzazione.
A tale proposito:
I Consigli delle scuole di specializzazione:

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

Per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, il medico in formazione è chiamato a svolgere la propria attività, che non può mai essere sostitutiva a quella del personale di ruolo.
Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono state individuate in base al grado di autonomia operativa e decisionale.
In particolare, per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, si distinguono diverse tipologie di guardie, in rapporto con la tipologia della Scuola ed in rapporto con la tipologia dei pazienti e delle attività assegnate a quello specifico punto di guardia:
A: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessaria presenza, nel punto guardia stesso, di un medico strutturato che possa essere immediatamente allertato in caso di necessità.
B: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere il necessario intervento di un medico strutturato anche appartenente ad un punto guardia diverso, ma logisticamente prossimo al punto di guardia in cui opera in modo autonomo il medico in formazione specialistica.
C: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessità di una pronta disponibilità di un medico strutturato della stessa area assistenziale che verrà attivato a giudizio del medico in formazione specialistica.

Il Collegio di Direzione ha approvato un documento riportante i punti di guardia e le pronte disponibilità di ciascun Dipartimento, che prevede l'inserimento dei Medici in formazione, nel rispetto nel rispetto dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Il Piano Attuativo Locale rappresenta un documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi socio-sanitari che gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione. Attraverso questo documento vengono indicati gli obiettivi generali e le azioni che ciascuna Azienda dovrà realizzare per il miglioramento dei livelli essenziali e del benessere collettivo.
Il Collegio di Direzione ha rappresentato il punto di partenza per l'elaborazione del documento.
Sono state sottoposte all'attenzione del Collegio di Direzione:

- la procedura per una corretta gestione della cartella clinica. Tale procedura definisce i criteri, le modalità e le responsabilità inerenti la corretta tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla cartella clinica, nelle fase di compilazione, consultazione, archiviazione e rilascio/consegna agli aventi diritto.
- la procedura per l'acquisizione del consenso informato

Tale documento individua i mezzi e le modalità per la definizione e la verifica dei processi di acquisizione del consenso informato del paziente da parte del professionista riguardo all'atto sanitario proposto.

- le procedure riguardanti i percorsi per l'acquisizione di tecnologie

L'integrazione per la formazione specialistica

Nel corso dell'anno 2009 il processo di integrazione tra l'Azienda e l'Università, con particolare riferimento ai professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale,si è sviluppato in attuazione delle seguenti linee:

- adeguamento e riequilibrio del trattamento economico aggiuntivo dei docenti secondo gli aggiornamenti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro dell'aree della dirigenza sanitaria
- armonizzazione delle modalità di organizzazione e gestione dei professionisti universitari ed ospedalieri

Le modifiche apportate dal D.lgs 517/99 al sistema di integrazione economica dei docenti universitari di materie cliniche con funzioni assistenziali ha prodotto nelle strutture di integrazione fra SSR e Università, rispetto al precedente sistema retributivo (c.d. DE MARIA), un diffuso disallineamento tra la retribuzione dei docenti e quella dei corrispettivi dirigenti sanitari ospedalieri.
Al fine di ovviare a tale situazione il Verbale di intesa sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e le Università regionali in data 26.11.2007 ha delineato gli indirizzi finalizzati a favorire il processo di riallineamento retributivo.
Le difficoltà attuative connesse sia all'evoluzione della struttura retributiva della dirigenza sanitaria ospedaliera descritta dai CC.CC.NN.LL 2002/2005 e 2006/2009 sia alla definizione in ogni Azienda delle risorse necessarie al finanziamento del trattamento aggiuntivo dei docenti, hanno comportato in corso d'anno 2008 la costituzione di tavoli tecnici Regione/Aziende Ospedaliero- Universitarie regionali che, in esito ai lavori svolti, hanno consentito alla Regione di diramare due note tecniche di carattere applicativo, l'ultima delle quali datata 19.09.2008, per la ricostruzione del sistema.
L'azione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è quindi orientata a recuperare tutte le situazioni di disallineamento economico dei docenti, con l'obiettivo di corrispondere ai medesimi un trattamento aggiuntivo tale da garantire una retribuzione coerente con quella dei dirigenti ospedalieri a parità di posizione e responsabilità.
Il processo di equità retributiva avviato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, mediante la revisione del trattamento aggiuntivo a decorrere dall'1.01.2006, si è perfezionato con la sua messa a regime nel mese di giugno 2009.
La messa a regime ha comportato per i docenti il reale allineamento del trattamento aggiuntivo adeguando, nel contesto delle retribuzioni complessive universitarie ed ospedaliere messe a confronto per il riequilibrio economico, il valore del trattamento di posizione a quello stabilito dal CCNL 2006/2009, attribuendo quindi riconoscimenti economici in linea con il contratto applicato alle aree della dirigenza sanitaria.
Unitamente all'equiparazione retributiva si è condiviso con l'Università l'obiettivo di definire modalità omogenee di gestione e organizzazione dei professionisti universitari ed ospedalieri pur nel rispetto del distinto stato giuridico e dei rispettivi compiti istituzionali.
Entro tale logica, al fine di consentire l'adeguata programmazione e il conseguente efficiente espletamento delle complesse attività assistenziali con tempestiva e certa verifica delle responsabilità connesse nonché una puntuale gestione delle competenze accessorie correlate alla presenza in servizio, è stato esteso ai docenti, a decorrere dal mese di marzo 2009, il sistema di rilevazione del controllo orario informatizzato già in uso per tutto il personale ospedaliero.
Sul fronte dello sviluppo della formazione medico-specialistica si è proceduto, nell'ambito dei criteri stabiliti dall'Accordo Attuativo Locale siglato tra l'Azienda e l'Ateneo in data 7.11.2008, al consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione mediante il perfezionamento dei flussi informativi necessari all'Azienda in ordine:

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

Inoltre, nell'ottica di garantire le sinergie tra la programmazione didattica e le attività formative aziendali, è stato assegnato alle Giunte di Dipartimento ed al Collegio di Direzione un ruolo rilevante che si è sostanziato nell'esprimere una valutazione sulla rete formativa e sulla coerenza dei percorsi formativi.

Riguardo alla partecipazione dei professionisti del SSR alla formazione specialistica, relativamente all'a.a. 2008-2009, il numero dei professionisti che hanno ricevuto in incarico è di **191.**
La ripartizione degli incarichi è la seguente: 101 incarichi sono di sola docenza, 25 incarichi sono di solo tutoraggio e 65 incarichi sono di docenza e tutoraggio.

Come indicato all'art. 3.5 dell'Accordo attuativo locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e chirurgia, sottoscritto in data 7.11.2008, gli incarichi didattici trovano dettagliata evidenza nel presente documento. Nella tabella sotto riprodotta è evidenziato, dunque, il numero di incarichi attribuito all'interno di ciascuna Unità operativa o Struttura semplice dipartimentale.

Tabella 14 Numero di incarichi per docenza o tutoraggio per la formazione specialistica ai professionisti del SSR per Unità operativa o Struttura semplice dipartimentale, a.a. 2008-2009

Unità operativa Struttura semplice dipartimentale	Numero incarichi
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E GESTIONE	1
SERVIZIO DI MED. PREV, IGIENE OSP. E SICUREZZA	1
EMATOLOGIA E C.T.M.O.	2
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA	1
NEFROLOGIA	3
GENETICA MEDICA	1
SEMEIOTICA MEDICA	1
MEDICINA INTERNA; MALATTIE METABOLICHE E VASCOLARI	3
MALATTIE INFETTIVE ED EPATOLOGIA	10
ONCOLOGIA MEDICA	9
CARDIOLOGIA	10
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6
MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGULA	2
CLINICA - PNEUMOLOGICA	1
PNEUMOLOGIA E ENDOSCOPIA TORACICA	1
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	2
NEUROLOGIA	4
CLINICA GERIATRICA	3
LUNGODEGENZA CRITICA	2
GERIATRIA	1
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA	1
CHIRURGIA D'URGENZA	1
CHIRURGIA TORACICA	1
CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO	2
NEUROCHIRURGIA AD INDIRIZZO TRAUMATOLOGICO	2
CLINICA ORTOPEDICA	2
NEUROCHIRURGIA	2
MAXILLO-FACCIALE	3
OCULISTICA	3
CARDIOCHIRURGIA	3
UROLOGIA	10
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI	3
NEONATOLOGIA	3
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	4
CLINICA PEDIATRICA	2
GASTROENTEROLOGIA	1
CHIRURGIA PEDIATRICA	4
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	2
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12
2° ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	22
SCIENZE RADIOLOGICHE	4
RADIOLOGIA	12
NEURORADIOLOGIA	4
MEDICINA NUCLEARE	1
RADIOTERAPIA	2
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA	2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	5
MEDICINA RIABILITATIVA	4
COORD. ATTIVITA' SPEC.AMB.CARDIOLOGIE	1
MALATTIE DEL RICAMBIO E DIABETOLOGIA	2

DAY HOSPITAL DIP. MEDICO SPECIALISTICO 2	1
DAY SURGERY	1
OTORINOLARINGOIATRIA	1
ASTANTERIA PEDIATRICA	2
RADIOLOGIA PEDIATRICA	2
Totale	191

Formazione, ricerca e assistenza per le professioni sanitarie

L'esperienza del corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie - seconda edizione e percorso avanzato.

Una iniziativa di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza è costituita dal corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie, proposto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Parma, finanziato dalla regione Emilia-Romagna nell'ambito del programma Ricerca Regione-Università 2007-2009, che in questo anno ha visto concludersi positivamente la prima edizione e attivarsi la seconda edizione del livello base e la prosecuzione del corso di I livello con un livello avanzato.
Si parla di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza perchè il percorso formativo, essendo a forte connotazione pratica, sviluppa effettivamente competenze di ricerca che vengono espresse nella progettazione e realizzazione di ricerche, che vertono su tematiche individuate nell'ambito dei contesti organizzativi e i cui risultati sono diffusi attraverso workshop e pubblicazioni.
Il primo corso infatti si è concluso nel 2009 con un workshop di presentazione e discussione dei lavori di ricerca. Sono state presentate quattro ricerche relative alle seguenti tematiche:

a) Cosa ostacola la famiglia nell'essere risorsa per il proprio congiunto che vive una criticità clinico-assistenziale.
b) I bisogni e le aspettative del cittadino con patologia oncologica.
c) Il percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio nei pazienti GRACER.
d) La cultura della Sicurezza nei contesti sanitari.

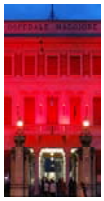
Si riportano di seguito i principali risultati degli studi realizzati nell'ambito del corso.

Cosa ostacola la famiglia nell'essere risorsa per il proprio congiunto che vive una criticità clinico-assistenziale

Il lavoro presentato si è prefissato di descrivere se esistono e quali sono i fattori che incidono sulla possibilità della famiglia di sentirsi risorsa od ostacolo nell'essere di aiuto per il proprio caro in condizioni di criticità clinico-assistenziali (cure di inizio vita, nell'età adulta, di fine vita). Nell'inizio vita (terapia intensiva neonatale) i familiari esprimono alti bisogni di informazione e di autocura, con una percezione intensa del malessere psichico e forte sfiducia in se stessi, elementi che coincidono con una percezione della famiglia come 'non risorsa'.
Nei contesti delle cure intensive adulto e del fine vita, invece, i bisogni fortemente espressi (di informazione, autocura, supporto) e la percezione di autoefficacia alta si associano ad una rappresentazione della famiglia come risorsa. Quanto emerso da questo studio può fungere da utile traccia sulla quale sviluppare un approccio personalizzato nel sostenere la famiglia e il caregiver nel percorso di cura, focalizzandosi sulle esigenze e sulle caratteristiche maggiormente espresse nei diversi contesti dalle categorie di utenza.

I bisogni e le aspettative del cittadino con patologia oncologica

L'indagine ha preso in esame, attraverso un'intervista semi-strutturata, i bisogni espressi da 22 pazienti oncologici, la metà dei quali facevano parte di Associazioni per malati oncologici. Per tutti i partecipanti è apparso fondamentale il bisogno di ricevere supporto psicologico. Sono soprattutto gli uomini a menzionare l'importanza di poter orientare le proprie cure, di ricevere informazioni e continuità nell'assistenza. Il bisogno di supporto dal personale sanitario e dai familiari è, invece, prevalente per le partecipanti donne, che sottolineano in particolare l'esigenza di ricevere aiuto. I partecipanti non associati esprimono bisogno di ricevere informazioni adeguate, di essere seguiti in una continuità di cura e di ritornare al più presto alla propria quotidianità, mentre coloro che fanno parte di Associazioni riferiscono una più variegata tipologia di bisogni, sia di tipo medico sia, soprattutto, di tipo di psicologico e sociale, ma anche di tipo materiale. Ancora molto frequenti appaiono il bisogno di autodeterminazione, di dignità e di rispetto della persona e la necessità di agire con tempestività ed urgenza durante il proprio percorso



diagnostico-terapeutico. Infine si segnala il desiderio di realizzare una più marcata e sinergica collaborazione fra Servizi Sanitari ed Associazioni, aspetto sul quale appare, ormai, necessario strutturare più proficui percorsi di integrazione, anche ai fini di una presa in carico globale alla persona.

Il percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio nei pazienti GRACER

La ricerca evidenzia che, sia per i professionisti che per i pazienti, la dimensione più importante per la continuità assistenziale è quella relazionale, da distinguere dalla dimensione puramente informativa, all'interno della quale sembra invece spesso essere ricompresa. Rispetto alla continuità assistenziale le problematiche maggiormente percepite dai caregivers sono di tipo informativo sui Servizi Socio sanitari territoriali, sull'uso degli ausili e sull'abbattimento delle barriere architettoniche e di tipo gestionale, relativi alla partecipazione del Medico di medicina generale ai percorsi di cura e alla possibilità di mantenere sempre la stessa equipe per lo stesso paziente. I professionisti mostrano una visione della realtà non soddisfacente, con rischio elevato di burn out e con richiesta di sviluppare forti competenze di integrazione professionale. I caregiver hanno un livello di aspettativa alto su tre aspetti della continuità assistenziale: avere sempre la stessa équipe di riferimento, avere un unico operatore come referente del percorso di cura e che sia garantita la collaborazione tra struttura e territorio quando il percorso di cura sta per concludersi.

La Cultura della Sicurezza nei contesti sanitari

In Italia si rileva un interesse diffuso verso il concetto di Cultura della sicurezza del paziente ma ancora questo costrutto non è stato studiato in modo sistematico. A questo studio hanno partecipato 686 professionisti provenienti dalle varie aree di lavoro aziendali. I principali risultati mettono in evidenza come il concetto di sicurezza sia percepito da una parte come capacità dei professionisti ('c'è sicurezza perchè siamo competenti') e dall'altra come supporto che viene dall'Azienda di cui fanno parte in termini di strutture, dispositivi, attrezzature adeguate, organizzazione del lavoro. Non emerge in modo chiaro, in tutte le aree esplorate, la consapevolezza del ruolo attivo del professionista nel farsi carico delle implicazioni rischiose dell'attività assistenziale e la percezione di responsabilità connessa alla funzione di garanzia tipica nei confronti del malato. Nel complesso i risultati sembrano mostrare che tutti gli aspetti relativi alla protezione del paziente e dalle procedure da seguire siano concetti ben presenti nei professionisti sanitari, ma riduttivi rispetto al costrutto di Cultura della sicurezza descritto in letteratura.

Nell'anno 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha riproposto il progetto di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie al finanziamento regionale, integrando l'edizione base con un percorso avanzato, allo scopo di mantenere e consolidare il research network che si è creato a livello delle Aziende partecipanti.

Il percorso di formazione avanzata, dunque, costituisce una innovativa prosecuzione della precedente edizione (2008/09) del corso di Formazione alla ricerca in area psicosociale di base. Esso ha come obiettivo quello di consolidare le competenze dei gruppi di ricerca già costituiti affinando le capacità di progettazione e di realizzazione di ricerche in area psicosociale dei corsisti che dovranno arrivare alla predisposizione di progetti su tematiche individuate dall'analisi di fabbisogno aziendale da presentare a bandi regionali e nazionali per la richiesta di finanziamento.

Più nello specifico il percorso prevede: a) l'attivazione dei gruppi di ricerca già costituiti nella prima edizione del corso base ; b) momenti di formazione sul campo e lavori di gruppo con la supervisione dei tutor di ricerca senior e junior, del responsabile scientifico del progetto formativo e del Comitato Scientifico, finalizzati alla predisposizione di progetti di ricerca, alla loro presentazione a bandi regionali e/o nazionali di interesse e alla successiva realizzazione dell'attività di ricerca.

Anche per questo secondo percorso è previsto l'utilizzo dell'infrastruttura per la ricerca già costituita con il corso base del 2008-2009:

- Tutor di ricerca senior: dottori di ricerca in psicologia con competenze specifiche nell'ambito della ricerca psicosociale che affiancano i gruppi di lavoro dei corsisti svolgendo funzioni tutoriali;
- Referenti aziendali per la ricerca: professionista sanitario con funzioni di facilitatore dei percorsi di ricerca all'interno dell'Azienda (autorizzazioni, flussi informativi, eccetera) individuato all'interno di ogni Azienda identificata come unità di ricerca dei progetti;
- Comitato tecnico scientifico: è un organismo presieduto da un componente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria proponente e composto da un componente per ogni Azienda/Ente partner e dal responsabile scientifico/didattico del progetto formativo. Il Comitato Scientifico avrà la funzione di definire nel merito le modalità e le forme di collaborazione delle singole unità di ricerca, nonché di delineare le principali linee di ricerca di interesse per quanto riguarda la progettazione e l'implementazione della ricerca psicosociale.

Un'altra importante innovazione del progetto è rappresentata dal fatto che, a fianco dei tutor senior di ricerca, sono stati individuati tra i corsisti del livello avanzato, quattro professionisti che svolgeranno funzioni di tutor junior di ricerca e affiancheranno i gruppi di lavoro del livello base, insieme ai tutor senior.
È importante sottolineare che questa esperienza rappresenta un rilevante contributo allo sviluppo della ricerca per dei professionisti, i sanitari non medici, che si dedicano ancora quasi esclusivamente all'assistenza e solo per una quota esigua alla didattica. Poiché non è ancora oggi riconosciuto, per questi professionisti, il tempo da dedicare alla ricerca, la modalità di seguire un percorso formativo che alterni teoria, l'essenziale, con la parte di pratica costituita da esercitazioni, lavori di gruppo e soprattutto formazione sul campo con un sistema di tutorato qualificato, offre l'opportunità di sviluppare un progetto di ricerca dalla fase della ideazione alla presentazione dei risultati. L'ambito della ricerca psicosociale, poi, si è dimostrato particolarmente adatto a quelli che sono i paradigmi di 'care' di queste professioni.

Il Libretto di Tirocinio per gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie

Durante il percorso di formazione dei professionisti sanitari alla tutorship, in seguito a un'indagine di tipo qualitativo che ha utilizzato focus group e ha indagato quale deve essere la figura del buon tutor per gli studenti in apprendimento professionale, è sorta l'esigenza di elaborare uno strumento, ad utilizzo dei tutor e dello studente, che sia in grado di seguire quest'ultimo durante il percorso di apprendimento svolto in tirocinio.
Si è così costituito un gruppo interprofessionale di tutor (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di radiologia e tecnici di laboratorio) che hanno lavorato, supervisionati da un pedagogista, docente dell'Università degli studi di Parma con la finalità di elaborare un Libretto di Tirocinio personale per lo studente che contenesse le principali competenze 'core' da sviluppare durante il triennio.
Il Libretto di Tirocinio avrebbe lo scopo di tenere monitorata l'acquisizione delle competenze da parte dello studente durante il percorso di apprendistato oltre che a verificarne la qualità dell'apprendimento.
Per costruire il libretto sono state utilizzate le aree che per alcune delle professioni coinvolte costituiscono le aree di professionalità di derivazione dal profilo, così come la letteratura le riconosce (AA.VV. Linee guida per un progetto di formazione di base dell'infermiere, Federazione nazionale dei collegi IPASVI, Roma, 1998) con libera interpretazione e possibilità di modifica da parte del gruppo di elaborazione.
Le aree sono risultate così definite:
Area 1: Prevenzione / Diagnosi precoce ed educazione alla Salute
Area 2: Comunicazione / Relazione
Area 3: Assistenza
Area 4: Responsabilità
Area 5: Riabilitazione ed Educazione Terapeutica
Area 6: Gestione / Management
Area 7: Formazione
Area 8: Ricerca
Le otto aree sono state declinate per ogni anno e per ogni professione e, seguendo un criterio di complessità crescente, sono state definite le competenze da raggiungere, in ogni area, al primo, al secondo e al terzo anno di corso. Accanto a ogni competenza è prevista una grigia che, attraverso una scala likert a cinque punti può segnalare il raggiungimento della 'routine' e la qualità di questa.
Di fronte a una teoria, oggi accademica, dove sempre più si insegna il dover essere, a volte molto lontano dalla pratica quotidiana e a una pratica dove si insegna il 'qui si fa così', senza, a volte, nessun aggancio con i principi scientifici che sostengono quella pratica, ma fondandosi ancora molto sulle consuetudini, il Libretto di tirocinio vorrebbe presentarsi come lo strumento di integrazione tra teoria/didattica e pratica/assistenza, perché l'apprendimento non è mai lineare, ma sempre circolare, per cui le correlazione tra queste due realtà diventa ineliminabile se non si vuole creare schizofrenia nello studente e dequalificare i processi di apprendimento.
Inoltre, il libretto di tirocinio avrebbe l'ambizione di creare un ponte e una continuità tra formazione di base, educazione continua in medicina e formazione post base, soprattutto mettendo a confronto e in linea di sviluppo questo strumento con il dossier formativo di cui si è già parlato.
Nell'area formazione del libretto, in particolar modo, si intenderebbe andare in direzione dello sviluppo dell'autoappprendimento da parte dello studente, in modo da renderlo sempre più responsabile e protagonista della propria formazione. Si verrebbe così a creare il presupposto di competenza necessaria per l'elaborazione personale, da parte del professionista, durante la propria carriera lavorativa, del proprio fabbisogno formativo per mantenere adeguate le proprie competenze, della scelta e

progettazione dei relativi percorsi formativi e la valutazione di risultato raggiunto: in una parola, l'elaborazione del dossier formativo individuale.
Il 2009 ha visto svilupparsi la fase di prima elaborazione del libretto, presentato a fine anno ai professionisti in un workshop, in forma di lavoro in progess, per avere importanti contributi da utilizzare per la messa a punto dello strumento.
Il libretto verrà sperimentato e valutato nella sua adeguatezza alle finalità che intende perseguire durante il 2010, nel primo anno di corso di almeno una professione sanitaria.

La revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica

L'integrazione tra istituzioni Azienda Ospedaliero-Universitaria ed Università ha trovato un momento di realizzazione nella revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in "Infermieristica". Allo scopo è stata istituita una commissione didattica integrata costituita dal Presidente del corso di laurea, da rappresentanze della docenza, del tutoraggio, degli studenti, ma anche da rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, oltre che dell'Azienda USL di Parma e di Piacenza. La composizione della commissione è stata dettata dall'esigenza di provvedere ad una aggiornamento del programma didattico nella direzione dell'adeguamento sia alla legge di riordino dell'offerta formativa universitaria n. 270 del 2004, sia alle nuove competenze dell'infermiere secondo quanto emerge dalla normativa che istituisce il profilo professionale dell'infermiere, sia alle esigenze delle Aziende presso cui andrà ad esercitare la maggior parte dei laureati del Corso di Laurea. L'attività della commissione si è svolta nella consapevolezza del particolare rilievo del proprio compito anche in considerazione di quanto recita la legge n. 42 del 1999: ".....Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie..... è determinato dai contenuti dei ... relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea.....". Il regolamento didattico che è emerso dai lavori della commissione, peraltro ancora in corso, nella consapevolezza che la professione infermieristica non è una professione "ausiliaria", prevede che l'infermiere laureato è responsabile di una assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica relazionale ed integrativa, agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, contribuisce alla formazione del personale, concorre all'aggiornamento continuo ed alla ricerca. Il piano degli studi che sta prendendo forma con il contributo integrato delle diverse rappresentanze in commissione, va nella direzione di una "demedicalizzazione" del programma didattico, con molte ore di lezione in meno su argomenti di natura medica, e su un incremento delle attività didattiche rivolte alla relazione con il paziente, il familiare, i collaboratori, alla conoscenza delle dinamiche della società multiculturale in via di costante cambiamento, alla conoscenza di elementi di organizzazione aziendale e di "clinical governance" ed anche ai principi di pedagogia, e metodologia della ricerca necessari a partecipare ad attività di didattica e di ricerca. Un elemento che è emerso dall'attività della commissione è infine quello di rafforzare nel corso di laurea le attività rivolte all'apprendimento della lingua inglese, considerata indispensabile per un professionista moderno che vuole aggiornarsi e vuole confrontarsi con i colleghi del resto del mondo.

Un'altra attività che prevede il contributo integrato tra Azienda Ospedaliero-Universitaria ed Università è quella relativa all'obiettivo del PAL di valorizzazione del capitale intellettuale (si veda il primo paragrafo del presente capitolo). Gruppi di lavoro costituiti da docenti della Facoltà di Medicina e rappresentanti delle Aziende Sanitarie hanno intrapreso attività miranti ad una riqualificazione dell'offerta formativa di base e post-base che tenga conto delle nuove competenze necessarie nell'organizzazione del lavoro, nonchè allo sviluppo ed all'utilizzo della ricerca anche attraverso la socializzazione della produzione scientifica dei professionisti, riqualificazione dell'offerta formativa di base e post-base.

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)	" " " "	5.725
TOTALE		mq. 10.227

Nota: se possiamo ipotizzare che il valore unitario per mq. sia 1.000 €, il valore complessivo stimato assommerebbe a d € 10.227.000
Il costo della quota di ammortamento, pari al 3%, che graverebbe a carico dei costi di esercizio assommerebbe ad € 306.810

Attrezzature sanitarie e non

Sono state prese in considerazione le attrezzature di proprietà dell'Università degli Studi di Parma che l'Azienda ha elencato nella procedura finalizzata alla gestione delle manutenzioni. Il costo è quello d'acquisto, o quando non erano disponibili indicazioni precise relative ai dati di acquisto è stato effettuata una stima, soprattutto per le apparecchiature complementari ad altre o per quelle che risultano donate. La valorizzazione di cui si dispone ha quindi ampi margini di aleatorietà, tuttavia, può ugualmente rappresentare l'apporto in tecnologie dell'Università degli Studi.
Il valore che emerge dalla procedura citata assomma ad € 3,707 mil. e il costo teorico delle quote di ammortamento, calcolate con lo stesso criterio delle attrezzature sanitarie (12,5%), stante la indeterminatezza della rilevazione prevista, graverebbe a carico dei costi aziendali per circa € 463.000.

Il personale dipendente dall'Università

Nel corso dell'esercizio 2009, 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 2009	Esercizio 2008	Variazione
Personale medico e veterinario	174	179,15	-5,15
Personale sanitario non medico - dirigenza	19,16	20	-0,84
Personale sanitario non medico - comparto	44,88	44,26	0,62
Personale professionale - dirigenza	0	0	0
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	0	0	0
Personale tecnico - comparto	3,75	3,75	0
Personale amministrativo - dirigenza		0	0
Personale amministrativo - comparto	38,38	39,21	-0,83
Totale personale universitario	280,17	286,37	-6,2

Il costo degli emolumenti, comprensivi degli oneri riflessi sostenuto dall'Università degli Studi di Parma nell'esercizio 2009 ammonta a:

- per Ricercatori/Docenti convenzionati € 14.027,6 mil.
- per Personale tecnico-amministrativo in convenzione € 4.337,5 mil.

Finanziamento sistema integrato S.S.R.-Università

Riguardo a quanto previsto all'art. 14 (Bilancio Aziendale) dell'"Accordo Attuativo Locale in applicazione del protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma" nel Bilancio 2009 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 € 12.395.000
c) corsi universitari delle professioni sanitarie per € 1.566.432

I programmi di ricerca Regione/Università 2007-2009

Le somme assegnate per programmi di ricerca in relazione alla D.G.R. n. 2242 del 27.12.2007 che individua l'Azienda come Unità Operativa Capofila, sono state acquisite al Bilancio 2007 e riscontate per disporne l'utilizzo nell'esercizio 2008 e 2009. Inoltre, nel bilancio 2009 sono state acquisite le somme assegnate per i Progetti di Ricerca Regione-Università 2008/2209, Area2 "Ricerca per il governo clinico", (DGR n. 1870/2006) e le somme assegnate per i Progetti dell'Area 3, anno 2009 (DGR. n. 2002/2009). In quest'ultimo esercizio sono stati utilizzati € 1.209.258, mentre la differenza pari a € 2.940.954 è stata riscontrata all'anno 2010.

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 secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 352.833,23;

."DiAL Er/ADSL:Diagnostica Avanzata in Lipidologia Emilia Romagna/Advanced Diagnostic Support il Lipidology: Role of genotypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipidemias"- Finanziamento complessivo € 603.200,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 405.697,68;

."Evaluation of immunohistochemical and biomolecular parameters as markers of the biological behaviour of head and neck carcinomas" – Finanziamento complessivo € 368.000,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 247.507,86;

."New perspectives on riabilitation in adults and children with motor deficits in children with autistic spectrum disorder and in disorder of empathic communication: the role of the mirror neuron system" – Finanziamento complessivo € 1.114.500,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 749.585,64;

Scheda 5- I programmi di ricerca finanziati - Medicina rigenerativa in cardiologia, area 1b

."Therapeutic applications of stern cells in the treatement of heart failure" finanziato per per complessivi € 600.000,00. Il programma è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, che trasferirà all'Azienda Ospedaliero–Universitaria di Parma per tranches secondo le modalità di liquidazione dei finanziamenti riportate nella citata deliberazione della Giunta Regionale n. 2242/2007; il finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) ammonta a € 343.401;

Scheda 6- I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2

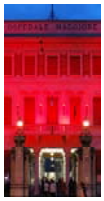
."Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia" – Finanziamento complessivo € 179.000,00 finanziamento per il secondo anno € 86.300;
."Effetti degli stili manageriali del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un 'organizzazione sanitaria locale" – Finanziamento complessivo €150.000,00 finanziamento per il secondo anno € 77.800,00;
. "Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello studio della malattia subcritica del tronco comune" – Finanziamento complessivo € 200.000,00 finanziamento per il secondo anno €92.500,00;

Scheda 7 I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2- biennio 08/09

."Efficacia e durabilità dei nuovi ipoglicemizzanti ad alto costo nel diabete tipo2 non complicato"" – Finanziamento complessivo € 220.000,00; finanziamento per il primo anno € 115.000;
."Progetto integrato di razionalizzazione delle risorse cliniche e laboratoristiche nel governo clinico dell'infezione da virus dell'epatite B in Emilia Romagna" – Finanziamento complessivo €290.000,00 finanziamento per il primo anno € 120.000,00;
."Clinical effectiveness della Tomografia ad emissione di Positroni (PET) in campo cardiovascolare e neurologico in pazienti con patologia ad alto rischio evolutivo" – Finanziamento complessivo € 520.000,00 finanziamento per il primo anno € 223.000,00;
."L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il governo clinico-organizzativo" – Finanziamento complessivo € 320.000,00 finanziamento per il primo anno € 195.500,00;

Scheda 8 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 - IIª edizione" Finanziamento complessivo assegnato per il 2008 per il programma che ha la durata di un anno: € 105.000,00.



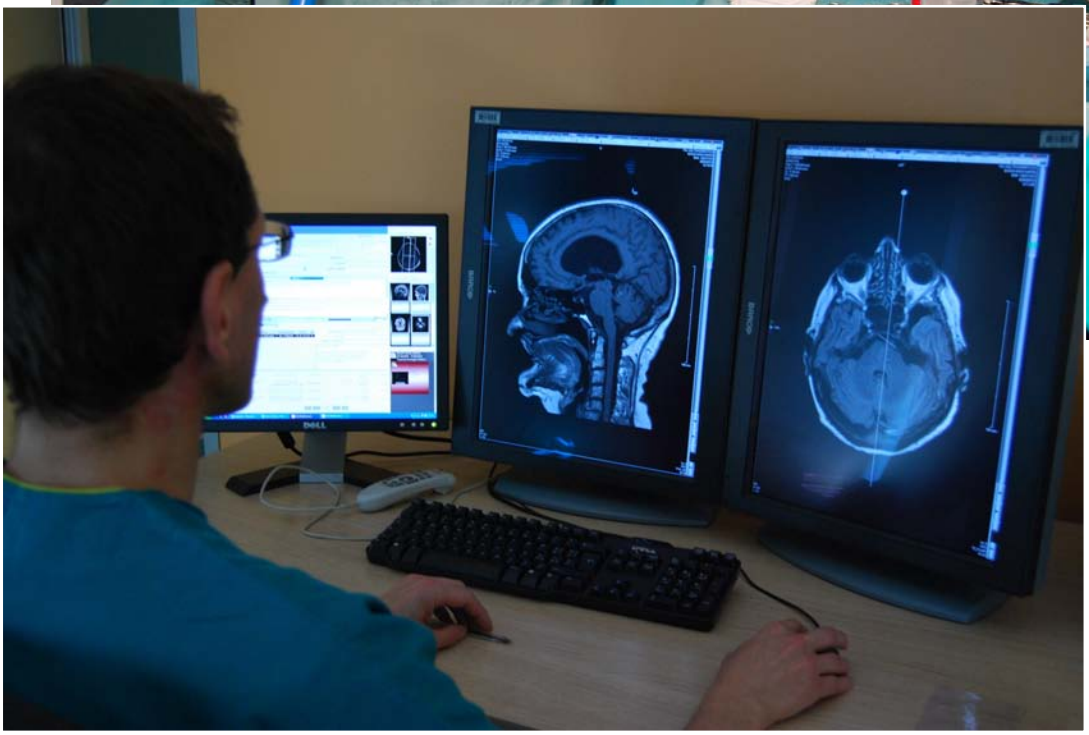
Scheda 9 I programmi di ricerca finanziati – Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3 – biennio 08/09

.“Progetto di formazione alla ricerca psicosociale finalizzato alla creazione e al consolidamento di research network tra i professionisti sanitari a livello regionale” – Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 61.000,00;
.“Formazione all'audit clinico e ad indagini confidenziali per l'acquisizione di una metodologia per la ricerca clinico-organizzativa e clinica in ambito perinatale nell'Area Vasta Emilia Nord” Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 87.500,00;

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
- La visione di genere dell'organizzazione del lavoro
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- 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

4.1 La "carta di identità" del personale

Questo paragrafo, dal titolo significativo, permette di conoscere le caratteristiche del personale grazie al quale viene svolta l'attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Analizzando nel dettaglio il tipo di rapporto contrattuale, la suddivisione in categorie professionali, il genere, l'età anagrafica eccetera, si può fornire un quadro completo delle persone che lavorano in ospedale.
Alla data del 31.12.2009 il personale presente all'interno dell'Azienda è pari a 4.125 unità.
Dalle tabelle che seguono, si evidenzia la netta prevalenza del personale dipendente dal S.S.N. (86%), rispetto alle altre tipologie di rapporti professionali.
Il personale universitario che svolge attività assistenziale costituisce circa il 7%.
Nell'anno 2009, il numero di professionisti con contratti di lavoro flessibile (incarichi libero professionali e a rapporto di collaborazione), legati prevalentemente all'espletamento di progetti aziendali, è in lieve diminuzione ed incide per circa il 4%.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2007-2009

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Tempo indeterminato*	31.12.2007	2.450	8	822	194	3.475
	31.12.2008	2.407	6	907	186	3.506
	31.12.2009	**2.409**	**6**	**942**	**194**	**3.551**
Tempo determinato	31.12.2007	122	1	185	1	309
	31.12.2008	121	1	92	1	215
	31.12.2009	**82**	**1**	**59**	**1**	**143**
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2007	125	4	4	6	139
	31.12.2008	142	4	6	9	161
	31.12.2009	**136**	**2**	**4**	**8**	**150**

* 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 2007-2009

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	TOTALE
Personale universitario	31.12.2007	257	0	4	41	302
	31.12.2008	251	0	4	40	295
	31.12.2009	**240**	**0**	**4**	**37**	**281**

Di seguito si anticipano alcuni spunti di riflessione in merito alla distribuzione dei dipendenti per età e per genere, dei quali si tratterà in modo diffuso e dettagliato al successivo paragrafo 4.2.
Come dalle rilevazioni degli anni precedenti, nel 2009 viene confermata la netta prevalenza di personale di sesso femminile (il 72% sul totale) rispetto a quello maschile.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti S.S.R a tempo indeterminato per età e genere, anni 2007-2009

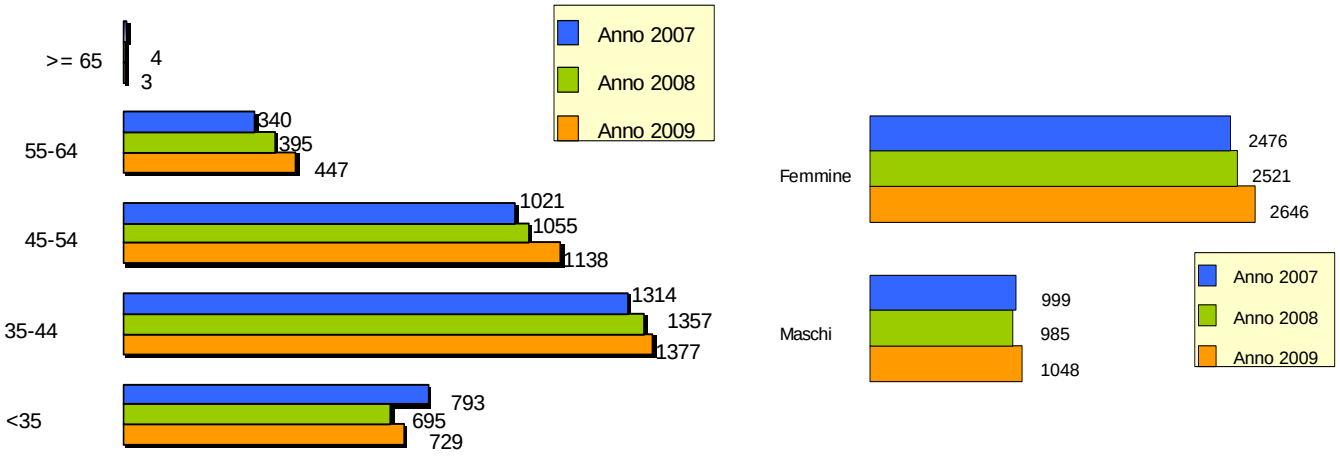


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e genere, anni 2007-2009.

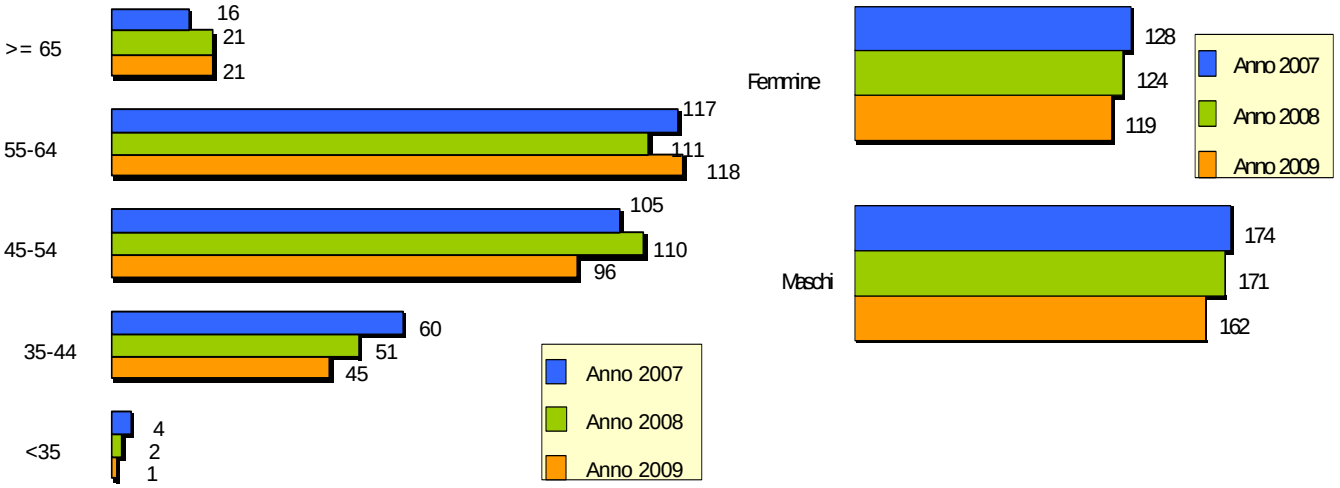


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti S.S.R. e universitari, anno 2009

Per quanto riguarda l'età, si conferma che il personale dell'Azienda si colloca prevalentemente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 44.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti S.S.R. a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2007-2009

al 31.12.2007 Categorie	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time <=50	F part time <=50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	Totale M	Totale F	Totale
Dirigenti medici	259	155	0	0	0	7	259	162	421
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	40	0	0	0	3	19	43	62
Personale infermieristico	316	1059	1	17	7	271	324	1347	1.671
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	2.059	7	24	17	393	999	2.476	3.475
al 31.12.2008 Categorie	**M tempo pieno**	**F tempo pieno**	**M part time <=50**	**F part time <=50**	**M part time oltre 50**	**F part time oltre 50**	**Totale M**	**Totale F**	**Totale**
Dirigenti medici	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	1.302	1.609
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	2.073	9	24	17	424	985	2.521	3.506
al 31.12.2009 Categorie	**M tempo pieno**	**F tempo pieno**	**M part time <=50**	**F part time <=50**	**M part time oltre 50**	**F part time oltre 50**	**Totale M**	**Totale F**	**Totale**
Dirigenti medici	254	162	0	0	0	9	254	171	425
Altri dirigenti (sanitari - APT)	17	43	0	0	0	3	17	46	63
Personale infermieristico	284	991	1	18	12	289	297	1.298	1.595
Personale della riabilitazione	5	38	2	2	1	7	8	47	55
Personale tecnico della prevenzione	0	3	0	1	0	0	0	4	4
Personale tecnico sanitario	104	162	1	0	0	15	105	177	282
Altro personale ruolo tecnico	150	210	2	0	4	20	156	230	386
Personale OTA, OSS, ausiliario	130	372	0	3	5	46	135	421	556
Personale amministrativo	25	120	0	3	0	37	25	160	185
Totale	969	2.101	6	27	22	426	997	2.554	3.551

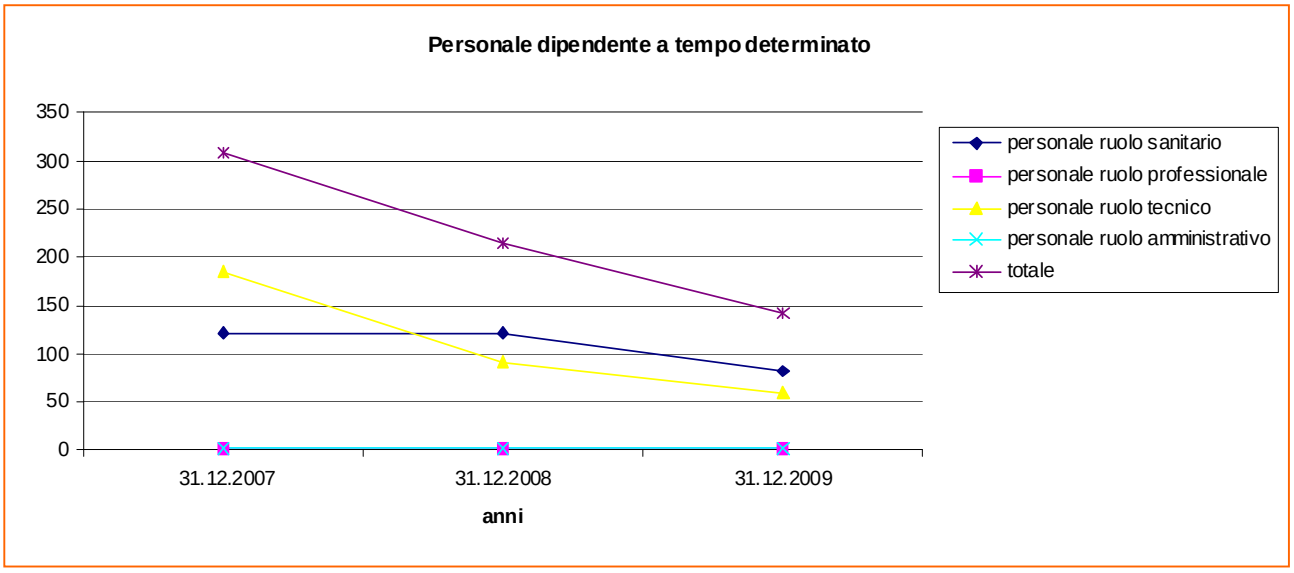
Su un totale del ricorso al part time di quasi l'8% del personale complessivo, dalla tabella sopra riportata si evince che la scelta dell'orario ridotto è una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Tabella 4 Personale straniero al 31.12.2009 – Distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
ARGENTINA	1	100%		0%
MAROCCHINA	1	100%		0%
PARAGUAIANA	21	91,30%	2	9%
POLACCA	5	100%	-	0%
RUMENA	42	95,45%	2	5%
SERBA	1	100%	-	0%
UCRAINA	1	100%	-	0%
MOLDOVA	1	100%	-	0%
	73	94,81%	4	5,19%

Una ulteriore caratteristica del personale, la cittadinanza, mostra che l'Azienda richiama anche personale straniero, proveniente in preponderanza da paesi dell'Unione Europea ma anche da paesi extracomunitari.

Grafico 4 Distribuzione personale dipendente a tempo determinato per ruolo, anni 2007-2009



Nell'anno 2009 sono visibili gli effetti dell'applicazione dei protocolli d'intesa in materia di stabilizzazione del lavoro precario e valorizzazione delle esperienze lavorative e dei corrispondenti piani triennali definiti nel corso degli anni 2007 e 2008 con le rappresentanze sindacali delle tre aree di contrattazione.
In coerenza con l'attuazione delle suddette politiche, l'Azienda ha ridotto l'utilizzo dei contratti di lavoro precari in modo corrispondente rispetto alle stabilizzazioni operate e ha limitato fortemente la nuova attivazione di forme di lavoro flessibile, ricorrendovi esclusivamente per le finalità e secondo le modalità previste dall'art. 7, comma 6, e dall'art. 36 del D. Lgs. n. 165/2001, così come modificati dall'art. 3 commi 76 e 79 della Legge 244/07 (finanziaria 2008), e comunque sulla base di progetti di revisione dell'assetto organizzativo diretti a favorire il ricorso agli istituti propri del lavoro subordinato per il reperimento e l'impiego delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali aventi carattere di continuità e stabilità, con il conseguente contenimento del ricorso a tempo determinato o a contratti di collaborazione professionale.

Nel corso dell'anno 2009, con riferimento alle aree dirigenziali, si è provveduto all'indizione delle procedure concorsuali per quei profili coinvolti nel processo di stabilizzazione, con la valorizzazione delle esperienze lavorative prestate presso l'Azienda.
Le assunzioni a tempo indeterminato, proseguite in applicazione dei piani triennali di stabilizzazione allegati ai relativi protocolli, per l'anno 2009, sono state n. 45 per l'area comparto, n. 5 per l'area della dirigenza medica e n. 2 per l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Mobilità del personale

Il turnover del personale dipendente nel corso del triennio 2007-2009, come dalla tabella che segue, rileva un incremento di personale pari a 210 unità.
Analizzando tuttavia nel dettaglio i dati riportati, si può osservare che, per ciascun singolo esercizio, si registra un trend in diminuzione per quanto riguarda gli ingressi di personale, seppur in termini numerici superiori alle cessazioni.
Tale dato è da riferire alle politiche di gestione degli organici, che sono state condotte coerentemente con le indicazioni regionali ed a una conseguente oculata gestione della tempistica delle sostituzioni e delle assunzioni, al fine del raggiungimento dell'obiettivo regionale di carattere economico-finanziario. 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.
In particolare, per quanto riguarda il personale infermieristico, per il quale si è registrato il decremento più consistente, si deve rilevare che ciò è in gran parte ricollegabile ai processi riorganizzativi.

Tabella 5 Mobilità del personale, anni 2007-2009

Mobilità in uscita	2007	2008	2009	2007-2009
Limite età	11	9	10	30
Dimissioni	49	91	41	181
Passaggio altra amm.ne	65	72	96	233
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	70	46	5	121
Mobilità in entrata	**2007**	**2008**	**2009**	**2007-2009**
Provenienti altre amm.ni	23	19	12	54
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	285	220	181	686
Altre cause	16	10	9	35
Differenza	+129	+31	+50	+210

Tabella 6 Cessati per categorie, anni 2007-2009.

Categorie	Pass. altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2009				
Dirigenti medici	4	7	0	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	0	2	0
Personale infermieristico	64	17	3	2
Personale della riabilitazione	0	0	0	1
Personale tecnico della prevenzione	1	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	7	0	0
Altro personale ruolo tecnico	0	5	5	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	16	2	0	0
Personale amministrativo	2	3	0	0

Tabella 6 Assunti per categorie, 2007-2009

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2009			
Dirigenti medici	1	17	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	2	1
Personale infermieristico	9	60	5
Personale della riabilitazione	0	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	0	25	0
Altro personale ruolo tecnico	0	10	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	59	0
Personale amministrativo	0	8	3

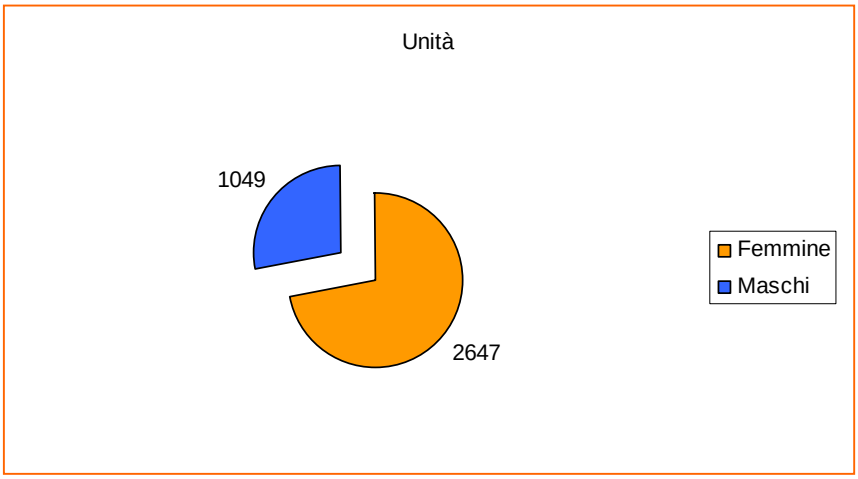
4.2 La visione di genere dell'organizzazione del lavoro

Più di 2/3 dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono donne e questa percentuale è sostanzialmente coerente con la media regionale. Tuttavia la dirigenza continua ad essere prevalentemente maschile. Va sottolineato che le nuove generazioni provano a sfondare il "tetto di cristallo": infatti la percentuale di dirigenti donna è inversamente proporzionale all'età e, addirittura, si potrebbe assistere al fenomeno di una femminilizzazione della professione medica perché la percentuale di neolaureate in medicina e chirurgia ha superato il 50%. Tuttavia i ruoli apicali restano di quasi esclusivo appannaggio maschile.
Le donne hanno molteplici ruoli e funzioni nel settore sanitario: come utenti del Servizio Sanitario, come dipendenti delle aziende sanitarie, come caregivers - le mogli, le mamme e le figlie hanno un ruolo fondamentale in caso di bisogno sanitario sia a casa sia all'interno delle strutture sanitarie e sociali come conseguenza del compito di "cura" della famiglia che in Italia è ancora prevalentemente a carico della donna.
Risulta evidente che ci sia la necessità di assumere un'ottica di genere nella predisposizione di documenti di programmazione economica: ad esempio, se si vogliono incentivare le politiche sanitarie di domiciliazione, occorre prevedere azioni di sostegno al caregiver, con azioni che mitighino l'aggravio dei compiti di cura, oppure interventi che favoriscano la conciliazione tra vita famigliare e vita lavorativa come, ad esempio, l'asilo aziendale, ma anche interventi per facilitare l'accesso alla formazione professionale.
Il presupposto teorico dell'analisi di genere del bilancio è rappresentato dal fatto che le politiche economiche non sono neutrali e che quindi possono influire in modo differente sugli uomini e sulle donne a causa dei diversi carichi lavorativi e famigliari.
Leggere un'azione di governo con l'ottica di genere vuol dire essere consapevoli delle differenze personali, familiari, sociali, lavorative ed economiche che insistono su donne e uomini e saper valutare, anche dal punto di vista dell'impatto economico e sociale, come i differenti stili di vita, le diverse esigenze e preferenze che ne caratterizzano l'agire quotidiano, determinano un impatto differenziato rispetto a un intervento pubblico.
Per quanto la condivisione del principio di pari opportunità tra donne e uomini faccia ormai parte del patrimonio normativo del mondo occidentale, la sua realizzazione pratica e quotidiana sconta ancora una arretratezza che va anche a impattare sulla capacità di sviluppo socioeconomico: i maggiori impegni che sostengono le donne nel lavoro domestico e di cura, le discriminazioni e le difficoltà in campo lavorativo e sociale, nell'accesso a posizioni di potere, non hanno solo un impatto negativo in termini individuali, ma costituiscono elementi di rigidità e di arretratezza del sistema, tali da impedire alla popolazione femminile di contribuire pienamente al processo di crescita e di sviluppo socio-economico complessivo.
Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è dunque un importante strumento di mainstreaming che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, democrazia e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse pubbliche, a vantaggio dell'intera collettività.

Analisi di genere del personale

Il grafico 5 mostra la distribuzione per genere tra i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si evidenzia un rapporto di circa 2,5 a 1 tra femmine e maschi.

Grafico 5 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2009



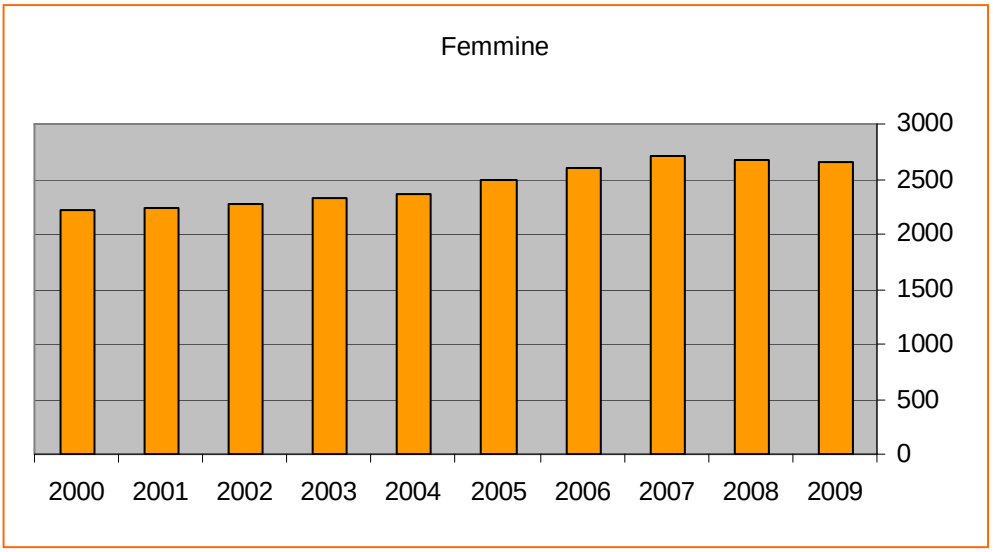
Nella tabella 7, è analizzata la distribuzione di genere tra il personale dirigente ed il personale del comparto.
Mentre nel comparto si riscontra una sottorappresentazione del personale maschile, tra le posizioni dirigenziali il 55,7% è di genere maschile.

Tabella 7 Distribuzione per genere ed aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2009

Aree contrattuali	Totale	% Totale	F	% F	M	% M
Comparto	3.206	86,74	2430	65,75	776	21,00
Dirigenza	490	13,26	217	5,87	273	7,39
Totali	3.696	100,00	2.647	71,62	1.049	28,38

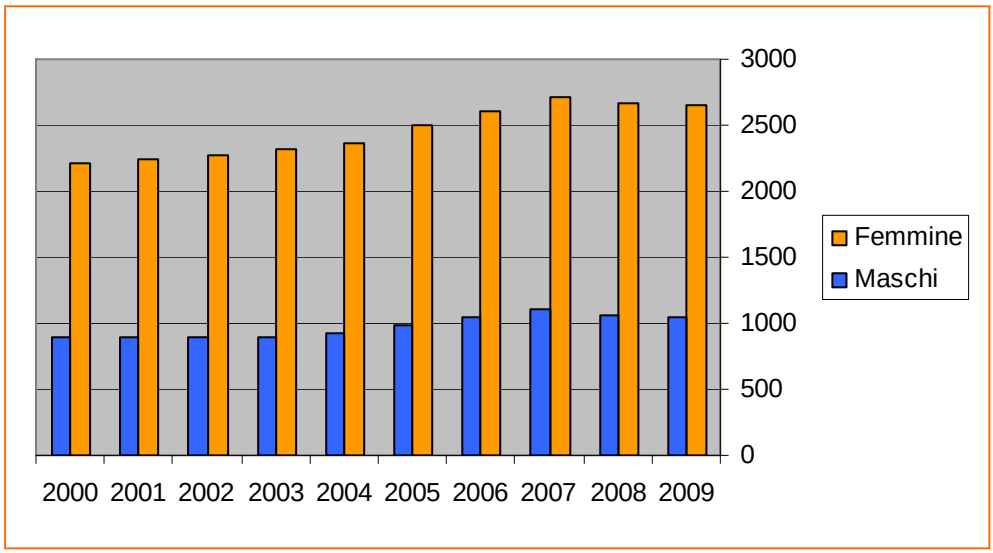
Il grafico 6, che illustra l'evoluzione della componente femminile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dimostra la tendenza all'aumento, nell'arco di un decennio, di tale componente lavorativa.

Grafico 6Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2000- 2009



Nel grafico 7 viene rappresentata l'evoluzione del rapporto tra lavoratrici e lavoratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Nel corso del decennio considerato 2000-2009, lo squilibrio tra popolazione femminile e maschile si è ulteriormente accentuato, sebbene l'andamento delle due popolazioni è molto simile.

Grafico 7 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2000-2009



Nella tabella 8, la popolazione aziendale è stata suddivisa per genere e per le 4 aree di afferenza sia del personale del comparto che dirigenziale. Si rileva che vi è una maggioranza maschile solo nell'area professionale, peraltro percentualmente irrilevante rispetto al complesso della popolazione dipendente. Nelle restanti 3 aree, invece, il personale femminile è nettamente maggioritario.

Tabella 8 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2009

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2491	67,40	1799	48,67	692	18,72
Professionale	7	0,19	1	0,03	6	0,16
Tecnica	1003	27,14	682	18,45	321	8,69
Amministrativa	195	5,28	165	4,46	30	0,81
Totali	3.696	100,00	2.647	71,62	1.049	28,38

Se si esamina in dettaglio la tabella 9 relativa alla distribuzione per area del personale dirigenziale, rispetto alla situazione generale rappresentata nella tabella 8, si evidenzia come i dirigenti maschi siano, sia in valore assoluto che percentualmente, più numerosi rispetto alle dirigenti femmine, anche nell'area amministrativa. Vi è quindi una situazione di squilibrio in cui le posizioni dirigenziali sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori maschili.

Tabella 9 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali per genere e per aree al 31.12.2009

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	474	12,82	212	5,74	262	7,09
Professionale	7	0,19	1	0,03	6	0,16
Tecnica	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Amministrativa	9	0,24	4	0,11	5	0,14
Totali	490	13,26	217	5,87	273	7,39

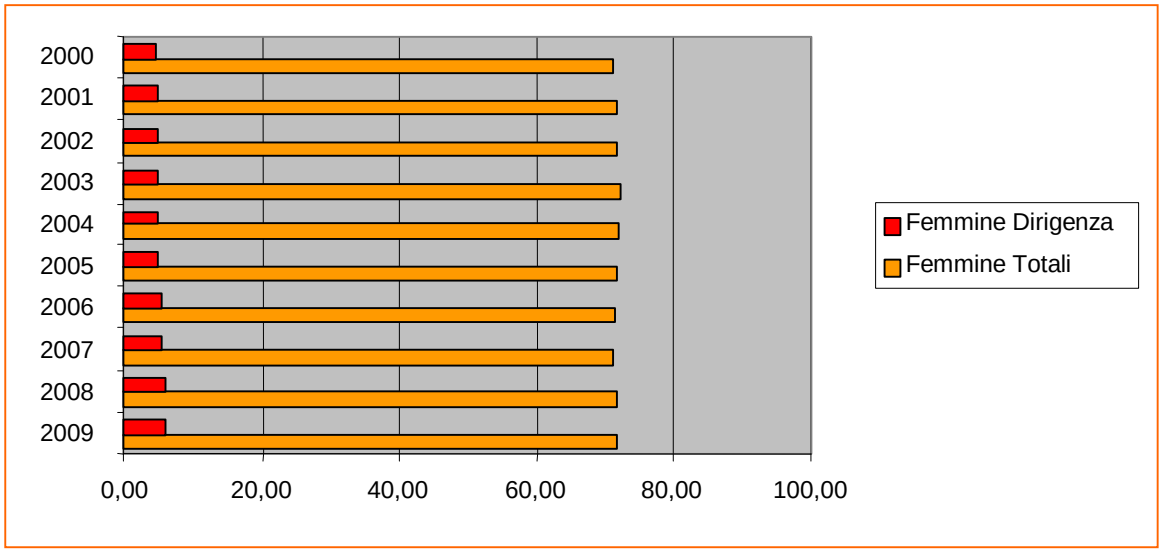
La situazione dettagliata della distribuzione per ruolo e per genere del personale appartenente all'area comparto riprende lo stesso schema distributivo dell'analisi generale di cui alla tabella 8.

Tabella 10 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere e per aree al 31.12.2009

Ruolo	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2.017	54,57	1.587	42,94	430	11,63
Professionale	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tecnico	1.003	27,14	682	18,45	321	8,69
Amministrativo	186	5,03	161	4,36	25	0,68
Totali	3.206	86,74	2.430	65,75	776	21,00

Dall'esame dell'incidenza percentuale del personale dirigenziale rispetto all'intera popolazione femminile, nell'arco del decennio 2000-2009, si verifica un lento aumento della componente dirigenziale.

Grafico 8 Personale femminile e dirigenti donne (2000 – 2009)



Se si esamina in dettaglio la tabella 11, che rileva la distribuzione degli incarichi ospedalieri al personale dirigenziale, si evidenzia come gli incarichi affidati a dirigenti maschi siano complessivamente prevalenti (55,6% nel totale) rispetto a quelli assegnati alle dirigenti femmine. Anche nel dettaglio si riscontra una situazione di squilibrio in cui le posizioni di responsabilità sono ancora, per la maggior parte, appannaggio dei lavoratori maschili.

Tabella 11 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% sul totale
Direttore Dipartimento	0	0%	5	100%	5	1,0%
Direttore UO/Servizio	6	18,8%	26	81,3%	32	6,5%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	3	30,0%	7	70,0%	10	2,0%
Responsabile struttura semplice	12	42,9%	16	57,1%	28	5,7%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	33,3%	2	66,7%	3	0,6%
Incarico di alta specializzazione	21	26,3%	59	73,8%	80	16,4%
Case Manager Esperto	106	50,0%	106	50,0%	212	43,4%
Case Manager	68	57,1%	51	42,9%	119	24,3%
Totali	217	44,4%	272	55,6%	489	100%

N.B. gli incarichi vengono attribuiti solo al personale dipendente a tempo indeterminato.

Lo squilibrio risulta più evidente considerando nello specifico la professione sanitaria, medica in particolare, e specificamente i vertici dei ruoli sanitari (cfr. tabella 12).
Guardando nello specifico la distribuzione della guraduazione degli incarichi sanitari per genere (tabella 12) si evince che nessuna donna ricopre nel 2009 l'incarico di Direttore di Dipartimento sanitario.
Soltanto una donna – a fronte di 18 maschi - occupa un posto di direttore di struttura complessa sanitaria.
Nelle posizioni dirigenziali intermedie, per esempio, i camici rosa a capo di struttura semplice sono 9 su 25, ma per le strutture semplici dipartimentali il rapporto uomo-donna è di 2 a 1. Solo per l'incarico di case manager la presenza femminile supera quella maschile.

Tabella 12 Distribuzione della graduazione degli incarichi medici ospedalieri per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% totale*
Direttore Dipartimento	0	0,0%	4	100,0%	4	0,8%
Direttore UO/Servizio	1	5,3%	18	94,7%	19	3,9%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	2	22,2%	7	77,8%	9	1,8%
Responsabile struttura semplice	9	36,0%	16	64,0%	25	5,1%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	33,3%	2	66,7%	3	0,6%
Incarico di alta specializzazione	16	22,5%	55	77,5%	71	14,5%
Case Manager Esperto	85	44,7%	105	55,3%	190	38,9%
Case Manager	57	54,8%	47	45,2%	104	21,3%
Totali	171	40,2%	254	59,8%	425	86,9%

**la percentuale sul totale è calcolata sul totale degli incarichi ospedalieri che è pari a 489 (tabella 11).*

Nella distribuzione degli incarichi dirigenziali dell'area professionale, tecnica ed amministrativa si registra una preponderanza femminile (46 femmine a fronte di 18 maschi), tabella 13.
L'unico incarico di Direttore di Dipartimento è maschile.
Per la direzione di struttura complessa 5 donne si confrontano con 8 uomini.
Nelle posizioni dirigenziali intermedie, la distribuzione degli incarichi vede prevalere la componente femminile e il rapporto uomo-donna è 1 a 4,5.

Tabella 13 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri sanitari non medici, professionali, tecnici ed amministrativi per genere al 31.12.2009

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% tot
Direttore Dipartimento	0	0%	1	100%	1	0,20%
Direttore UO/Servizio	5	38,5%	8	62%	13	2,66%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	1	100,0%	0	0%	1	0,20%
Responsabile struttura semplice	3	100,0%	0	0%	3	0,61%
Incarico di alta specializzazione	5	55,6%	4	44%	9	1,84%
Case Manager Esperto	21	95,5%	1	5%	22	4,50%
Case Manager	11	73,3%	4	27%	15	3,07%
Totali	46	71,9%	18	28%	64	13,09%

**la percentuale sul totale è calcolata sul totale degli incarichi ospedalieri che è pari a 489 (tabella 11).*

Squilibrata sempre a favore dei lavoratori risulta la situazione relativa alla titolarità delle posizioni organizzative: infatti solo l'1,93% delle lavoratrici rispetto alla popolazione totale delle dipendenti femminili del comparto risulta titolare di posizione organizzativa, a fronte di un 2,32% di lavoratori calcolato sull'intera popolazione maschile del comparto. Il dato apparentemente squilibrato a favore delle lavoratrici (47 femmine contro 18 maschi) analizzato percentualmente ribalta, quindi, la prima impressione. All'intero delle singole aree, le funzionarie amministrative sono percentualmente in maggioranza, nel ruolo sanitario si ha una sostanziale situazione paritaria, mentre nel ruolo tecnico sono percentualmente maggioritari i funzionari maschi.

Tabella 14 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2009

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Tot
Sanitario	26	1,07	8	1,03	34
Professionale	0	0,00	0	0,00	0
Tecnico	2	0,08	6	0,77	8
Amministrativo	19	0,78	4	0,52	23
Totali	47	1,93	18	2,32	65

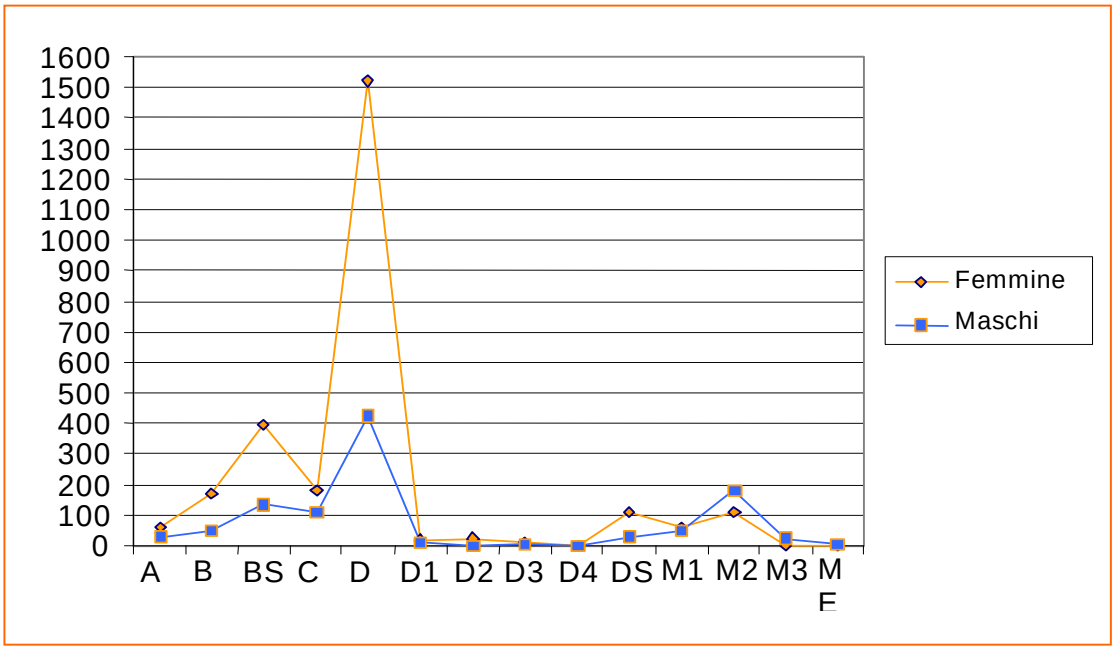
Una tipologia di incarico riservata al ruolo sanitario è il coordinamento (ex Capo Sala). Rispetto al totale della popolazione del comparto divisa per genere, le coordinatrici sono in maggioranza, sia numerica che percentuale.

Tabella 15 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2009

Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Tot
107	4,40	27	3,48	134

Il grafico 9 illustra chiaramente la distribuzione dei generi per livelli retributivi del personale del comparto (da A – livello iniziale – a Ds – livello massimo) e della dirigenza (da dirigente a direttore di struttura complessa).
All'interno della pubblica amministrazione, oltre a quello amministrativo, il settore in cui la forza lavoro femminile è nettamente superiore a quella maschile è il sanitario, e ciò si rileva anche nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel settore amministrativo della P.A. si assiste, però, ad un fenomeno singolare: gli uomini, quasi assenti nei livelli più bassi, occupano quasi completamente il livello più alto. La rappresentazione grafica di questo fenomeno produce il c.d. diagramma "a X" o "del sorpasso", infatti la presenza maggioritaria delle donne si registra nei livelli gerarchicamente e retributivamente inferiori a quelli dirigenziali e assume i connotati di quella che si potrebbe definire come una sorta di "segregazione" occupazionale.
Nel settore sanitario, la rappresentazione grafica si discosta decisamente dal diagramma "del sorpasso", in quanto i picchi per la popolazione femminile si registrano in concomitanza ai livelli Bs (il livello, ad esempio degli Operatori Socio Sanitari), D (il livello del personale infermieristico), Ds (il livello dei Coordinatori sanitari), mentre per i livelli dirigenziali il picco è rappresentato dai dirigenti maschi con incarichi dirigenziali intermedi.

Grafico 9 Distribuzione per livelli retributivi e per genere del personale ospedaliero al 31.12.2009

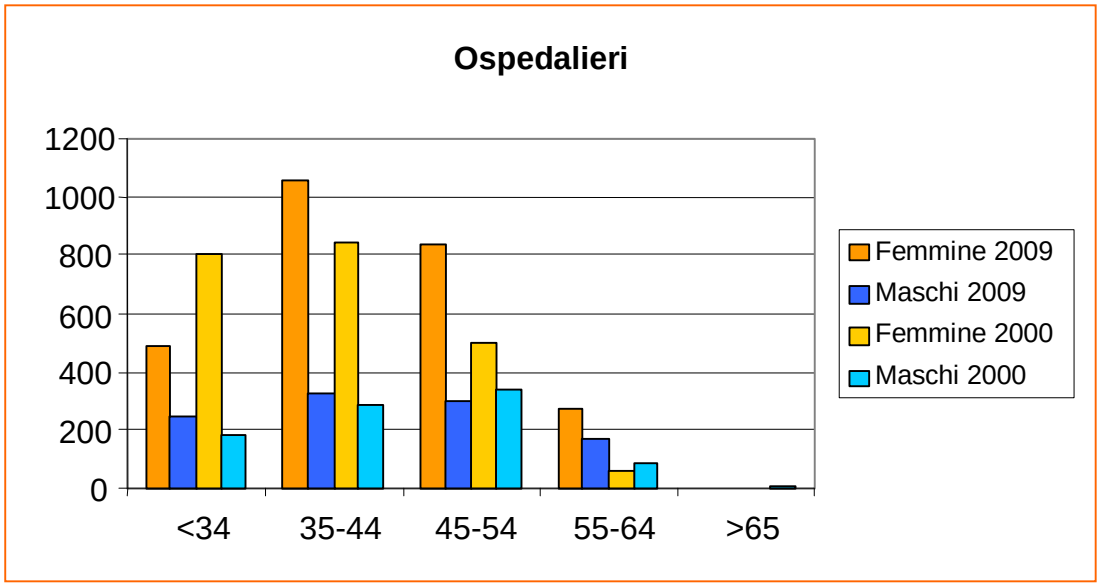


L'esame di tutti questi dati impone di riflettere sugli ostacoli che tuttora permangono nei percorsi di carriera femminili anche nella sanità pubblica. Un aspetto costante della normativa in materia di impiego alle dipendenze della pubblica amministrazione è costituito dal carattere neutro delle disposizioni, le quali, almeno teoricamente, sembrerebbero consentire l'accesso a tutti e con eguali possibilità ai percorsi di carriera previsti. Tuttavia, in anni più recenti, il legislatore prima e la contrattazione successivamente, hanno avvertito la necessità di inserire disposizioni che ribadissero la necessità di garantire le pari opportunità fra uomo e donna, segno evidente che le disposizioni costituzionali in tema di eguaglianza non avevano trovato la dovuta applicazione.
È una rappresentazione del fenomeno già ben noto della segregazione verticale, laddove ad una forte incidenza femminile nelle qualifiche inferiori corrisponde poi la forte o assoluta incidenza maschile nelle posizioni apicali.
Occorre passare dall'eguaglianza formale, sostanzialmente neutra nelle sue disposizioni, all'eguaglianza sostanziale intesa come eguaglianza delle opportunità, in cui un diverso trattamento giuridico si giustifica ed anzi è ritenuto necessario sulla base delle diverse condizioni di partenza.

E il futuro?

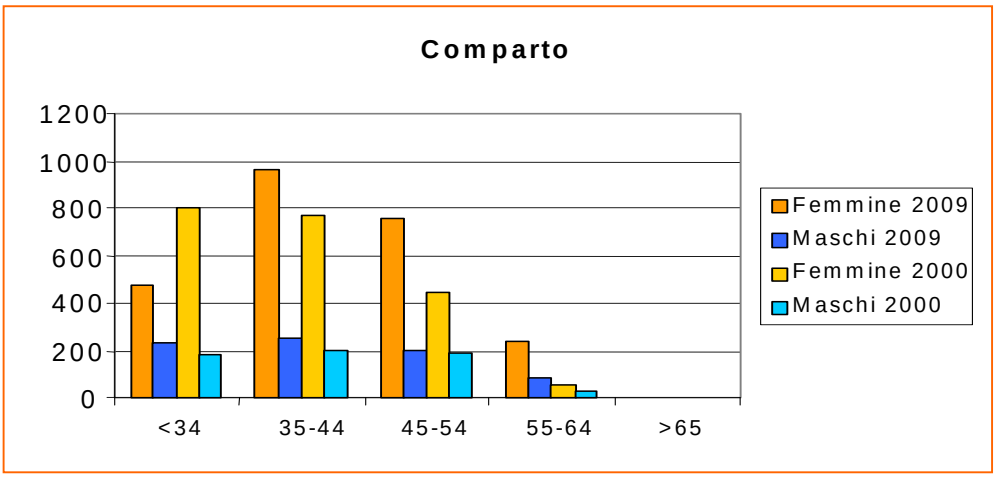
Per poter effettuare una proiezione per il prossimo futuro, un importante rilievo è assunto dalla variabile anagrafica "età" del personale attualmente dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ponendolo a confronto con la situazione analoga registrata nel 2000.
Nell'arco di un decennio si registra un notevole spostamento verso le età meno "verdi" della popolazione ospedaliera, i cui dipendenti di età inferiore a 34 anni passano da un 31,94% ad un 19,75%, mentre crescono percentualmente le fasce più elevate. Anche per quanto riguarda in particolare la popolazione femminile si assiste ad un progressivo invecchiamento, in quanto la fascia d'età più giovane passa dal 24,92% al 13,10, mentre si innalza di poco la fascia tra i 35 e i 44 anni, e invece aumenta di 6,4 punti percentuali la popolazione femminile tra i 45 e i 54 anni, mentre quella tra i 55 e i 64 anni di età aumenta di 5,4 punti percentuali.
Nello stesso arco temporale considerato, la popolazione maschile giovane mostra una tendenza ad un lieve aumento (dal 6,02 al 6,66), e tutte le altre fasce d'età sono decrescenti percentualmente, con l'eccezione della fascia compresa tra i 55 ed i 62 anni che presenta un aumento di due punti percentuali.

Grafico 10 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009 (valori assoluti)



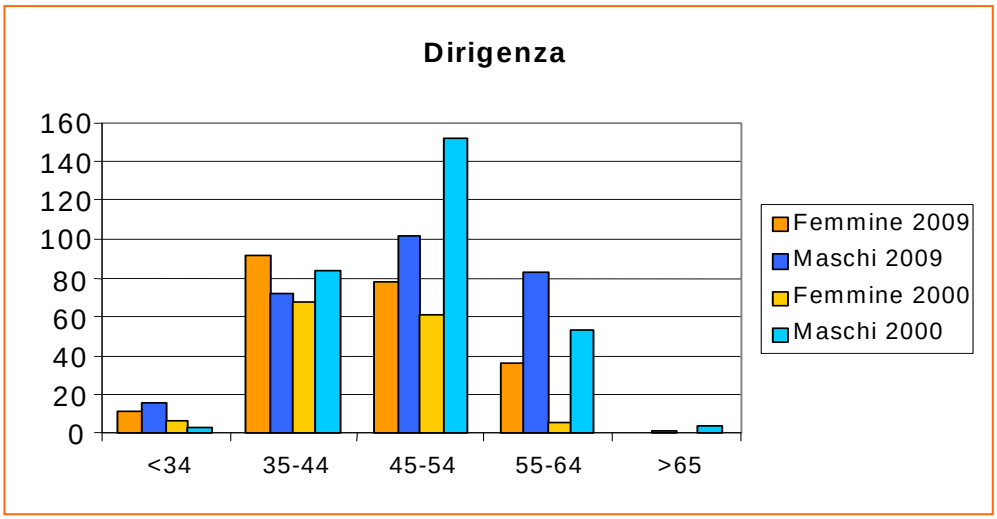
Per il personale del comparto, si registra una diminuzione della popolazione giovane (età inferiore ai 34 anni) dal 31,65% al 19,02% e un aumento di 5,7 punti percentuali dei 45-54enni e di 6,23 della fascia 55-64 anni.
Lo stesso andamento viene rispecchiato nello specifico della popolazione femminile, mentre nella popolazione maschile, in controtendenza, si registra un lieve aumento dei dipendenti più giovani.

Grafico 11 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dipendenti ospedalieri del comparto nel 2000 e nel 2009 (valori assoluti)



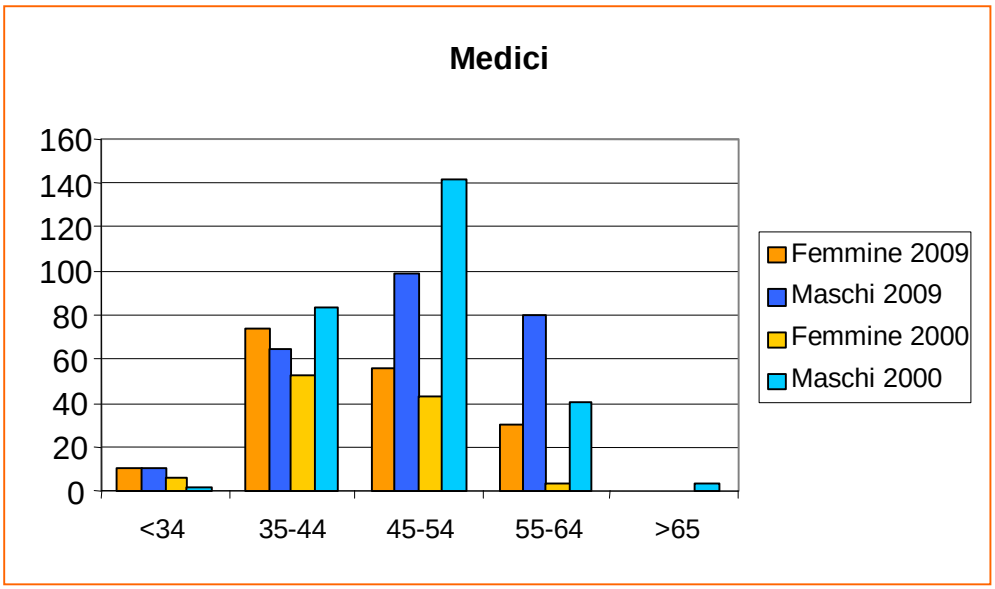
L'invecchiamento generale della popolazione ospedaliera si evidenzia analizzando la distribuzione per età di tutti i dirigenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009. Infatti le fasce d'età che presentano un aumento percentuale solo quelle dei 45-54 anni e dei 55-64 anni.
La situazione generale si rispecchia nella situazione della popolazione dirigenziale femminile, mentre per i dirigenti uomini l'unica fascia di età in aumento è quella relativa ai 55-64 anni.

Grafico 12 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti ospedalieri nel 2000 e nel 2009



Per quanto concerne l'età dei medici, si evidenzia a livello dell'intera popolazione medica un aumento del peso percentuale delle fasce d'età più alte (tra 55 e 64 anni si passa da un 1,45 ad un 2,98) a fronte di una diminuzione delle fasce d'età intermedie tra i 35 e 54 anni. La generale tendenza all'invecchiamento della popolazione medica ospedaliera è più accentuato nella popolazione maschile.

Grafico 13 Raffronto tra la distribuzione per età e per genere dei dirigenti medici ospedalieri nel 2000 e nel 2009



Per capire come sarà il futuro di genere nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è inoltre interessante analizzare la distribuzione per genere dei medici ospedalieri suddivisi per area, e all'interno di ciascuna area, per disciplina, confrontando i dati emersi con la distribuzione dei medici specializzandi, che costruiscono la forza lavoro medica del futuro.
Nella attuale popolazione medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le donne sono percentualmente prevalenti nell'area di sanità pubblica, sono in situazione di parità nell'area della medicina diagnostica e dei servizi, in leggera minoranza nell'area delle specialistiche mediche, e clamorosamente sottorappresentate nell'area chirurgica.

Tabella 16 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2009

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	42,11%	57,89%
EMATOLOGIA	100%	0%
GASTROENTEROLOGIA	28,57%	71,43%
GENETICA MEDICA	100%	0%
GERIATRIA	42,86%	57,14%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	26,67%	73,33%
MALATTIE INFETTIVE	42,86%	57,14%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	56,25%	43,75%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	50,00%	50,00%
MEDICINA INTERNA	36,96%	63,04%
NEFROLOGIA	50,00%	50,00%
NEONATOLOGIA	25,00%	75,00%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
ONCOLOGIA	40,00%	60,00%
PEDIATRIA	82,35%	17,65%
RADIOTERAPIA	40,00%	60,00%
REUMATOLOGIA	0%	100%
SUBTOTALI	45,79%	54,21

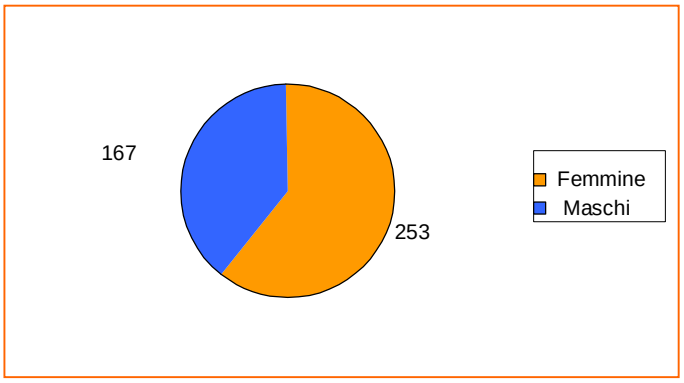
DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	18,18%	81,82%
CHIRURGIA GENERALE	7,14%	92,86%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	14,29%	85,71%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0%	100%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	100%	0%
NEUROCHIRURGIA	12,50%	87,50%
OFTALMOLOGIA	20,00%	80,00%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0%	100%
OTORINOLARINGOIATRIA	0%	100%
UROLOGIA	25,00%	75,00%
SUBTOTALI	13,00%	87,00%

DISCIPLINE AREA DI ODONTOIATRIA	% Femmine	% Maschi
ODONTOIATRIA	0%	100%
SUBTOTALI	0%	100%

DISCIPLINE AREA DELLE MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	% Femmine	% Maschi
ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	40,00%	60,00%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	52,11%	47,89%
MEDICINA TRASFUSIONALE	28,57%	71,43%
MEDICINA LEGALE	0%	100%
MEDICINA NUCLEARE	100%	0%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	100%	0%
NEURORADIOLOGIA	33,33%	66,67%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	71,43%	28,57%
RADIODIAGNOSTICA	45,45%	54,55%
SUBTOTALI	50,00%	50,00%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	**% Femmine**	**% Maschi**
DIREZIONE MEDICA DI PRESIODIO OSPEDALIERO	75%	25%
SUBTOTALI	75%	25%
Totale	**37,76%**	**62,24%**

Il grafico 13 evidenzia come il S.S.N. sembri caratterizzato da un processo di "femminilizzazione". Questo andamento pare possa indurre un'accelerazione della presenza femminile nella dirigenza, destinata ad accentuarsi nelle classi di età più giovani, se si considera la condizione di maggiore vantaggio delle giovani rispetto ai coetanei maschi nell'ambito degli studi, dove le ragazze diplomate e laureate oggi superano i ragazzi sia per il numero, sia per la rapidità con la quale conseguono i titoli di studio.

Grafico 14 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2009



È interessante osservare la distribuzione per genere nelle diverse scuole di specializzazione.
Rispetto alla attuale distribuzione dei medici dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, i futuri dirigenti saranno decisamente in maggior parte femmine in tutte le aree mediche, con l'eccezione dell'area chirurgica in cui però il divario maschio-femmina si sta riducendo.

Tabella 17 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2009

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area medica e delle specialità mediche				
Allergologia ed immunologia clinica	5	100		0
Cardiologia	10	45,5%	12	54,5%
Dermatologia e venereologia	4	80,0%	1	20,0%
Ematologia	5	100,0%		0,0%
Endocrinologia e malattie del ricambio	2	66,7%	1	33,3%
Gastroenterologia	5	71,4%	2	28,6%
Geriatria	7	70,0%	3	30,0%
Malattie dell'apparato respiratorio	3	50,0%	3	50,0%
Malattie infettive	3	100,0%		0,0%
Medicina d'emergenza-urgenza	3	50,0%	3	50,0%
Medicina fisica e riabilitazione	9	75,0%	3	25,0%
Medicina interna	20	74,1%	7	25,9%
Nefrologia	6	54,5%	5	45,5%
Neurologia	10	71,4%	4	28,6%
Neuropsichiatria infantile	9	90,0%	1	10,0%
Oncologia	9	75,0%	3	25,0%
Pediatria	32	88,9%	4	11,1%
Psichiatria	10	62,5%	6	37,5%
Radioterapia	2	66,7%	1	33,3%
Scienza dell'alimentazione	1	33,3%	2	66,7%
Totali	155	71,8%	61	28,2%

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area di chirurgia e delle specialità chirurgiche				
Cardiochirurgia	1	25,0%	3	75,0%
Chirurgia generale	8	28,6%	20	71,4%
Chirurgia maxillo facciale	4	36,4%	7	63,6%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	3	37,5%	5	62,5%
Chirurgia toracica	2	50,0%	2	50,0%
Chirurgia vascolare	0	0,0%	3	100,0%
Ginecologia e ostetricia	10	71,4%	4	28,6%
Oftalmologia	2	28,6%	5	71,4%
Ortopedia e traumatologia	2	14,3%	12	85,7%
Otorinolaringoiatria	4	57,1%	3	42,9%
Urologia		0,0%	3	100,0%
Totali	36	35,0%	67	65,0%

Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area delle medicina diagnostica e dei servizi				
Anatomia patologica	5	62,5%	3	37,5%
Anestesia e rianimazione	16	50,0%	16	50,0%
Biochimica clinica	2	100,0%		0,0%
Medicina legale	5	100,0%		0,0%
Radiodiagnostica	19	57,6%	14	42,4%
Totali	47	58,8%	33	41,3%

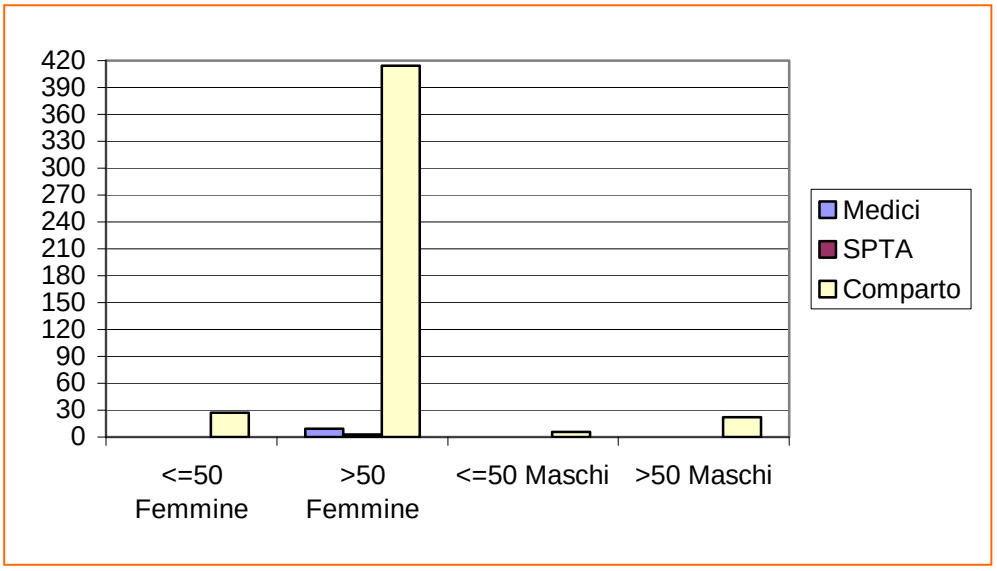
Scuola di specializzazione	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
Area di sanità pubblica				
Igiene e medicina preventiva	2	33,3%	4	66,7%
Medicina del lavoro	13	86,7%	2	13,3%
Totali	15	71,4%	6	28,6%

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 che 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 si riverbera però non solo sulla vita lavorativa della donna, ma sul suo tenore di vita globale, considerando che le donne godono spesso di diritti pensionistici inferiori rispetto agli uomini proprio a causa di una carriera professionale, generalmente di livello inferiore, caratterizzata da interruzioni a causa dei loro crescenti obblighi familiari.

A tal proposito un'informazione significativa riguarda le percentuali di rapporti di lavoro flessibile in riferimento al genere.
Infatti la grandissima maggioranza dei rapporti di lavoro part-time a tempo indeterminato nel 2009 era in corso con personale femminile. Ciò può essere indice sintomatico del costume sociale che vede ancora le donne prevalentemente impegnate nelle attività di cura della famiglia e, quindi, per necessità meno disponibili al tempo di lavoro. Rispetto al privato le lavoratrici della P.A. usufruiscono in maniera maggiore del lavoro a tempo parziale, in forma orizzontale, verticale, ciclica o mista, ma si riscontra una scarsa disponibilità al part-time pomeridiano. Le problematiche della "cura", cioè tutto quel lavoro di assistenza, non retribuito e, molte volte, neppure riconosciuto, che le donne svolgono nell'ambito familiare per i figli, ma anche per i genitori o parenti anziani, a volte con problemi di handicap, rendono il ricorso al part-time indubbiamente un'opportunità per il personale, in quanto consente di conciliare lo svolgimento dell'attività lavorativa e le esigenze personali. Per quanto attiene la dirigenza, a causa di una diversa normativa, il ricorso al part-time è sporadico e limitato nel tempo.

Grafico 15 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time al 31.12.2009



La maggior parte dei giorni di assenza per la cura di figli o familiari nel 2009 sono stati utilizzati dalle donne, sia della dirigenza che del comparto. Sono scarsi i lavoratori del comparto che hanno sottratto tempo lavoro per dedicarsi alla cura dei figli, e non esistono uomini che, rinunciando allo stipendio, hanno usufruito dell'aspettativa per gravi motivi di famiglia.

Tabella 18 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2009

Assenze per malattia figlio			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	255	3.875	COMPARTO
M	40	398	COMPARTO
F	15	64	DIRIGENZA
M	1	1	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	191	8.961	COMPARTO
M	18	379	COMPARTO
F	16	1.068	DIRIGENZA
M	1	6	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	15	582	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	22	2.705	COMPARTO
M	3	535	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	40	2.712	COMPARTO
M	2	160	COMPARTO

Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	167	3.627	COMPARTO
M	17	460	COMPARTO
F	8	161	DIRIGENZA
M	3	59	DIRIGENZA

Questa considerazione appare confermata anche dalle risultanze dei dati inerenti l'utilizzo dei congedi parentali. Infatti, la durata media del congedo parentale fruito da parte delle lavoratrici del comparto ha una misura doppia rispetto a quello fruito da parte dei lavoratori, mentre nell'area dirigenziale la percentuale di fruizione dello stesso da parte degli uomini è vicina allo zero.

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
63,05	femmine comparto	86,04	46,92	89,32	15,2	34,82	21,21	100	38,8	83,48	122,9	94,42	67,80
22,63	maschi comparto	3,63	21,06	9,17	9,95	4,41	27,06			16,52	178,3	5,58	80
6,34	femmine dirigenza	10,25	66,75	1,47	4,27	1,54	20,13						
7,97	maschi dirigenza	0,08	6	0,04	1	59,23	19,67						

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2009, 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, seppure nei limiti e con le modalità previste dalla normativa in materia.

Comitato Pari Opportunità

La stretta collaborazione, ormai consolidata, e la condivisione degli stessi obiettivi, hanno portato alla formazione, fin dal gennaio 2009, di un unico Comitato aziendale per le Pari Opportunità che vede il coinvolgimento della dirigenza e del personale afferente all'Area del Comparto.
L'impegno e la disponibilità con cui Comitato svolge la propria attività hanno permesso di instaurare collaborazioni, a livello sia provinciale che regionale, per lo sviluppo di specifiche tematiche. Si ricorda, ad esempio, il *Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali*, presentato in occasione del Convegno aziendale, accreditato, "La prevenzione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro", tenutosi il 6 marzo 2009.
Il fenomeno della violenza manifesta una preoccupante tendenza all'aumento, suscitando grave allarme e insicurezza collettiva. Di conseguenza si rende necessario che l'approccio alle vittime avvenga ad opera di personale specializzato e secondo regole condivise. A questo scopo il 13 luglio 2009, presso la Prefettura di Parma, è stato siglato un *Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne*. Il Protocollo prevede, nell'ambito delle rispettive competenze della Prefettura, Tribunale, Procura della Repubblica, Provincia, Comune, Questura, Forze dell'Ordine, Azienda Usl di Parma ed Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, la redazione di specifiche procedure applicative. Il Comitato Pari Opportunità, per raggiungere questo obiettivo, ha costituito, fin da subito, un Gruppo di lavoro multidisciplinare – medici, ginecologi, medici legali, pediatri infettivologi, assistenti sociali, Servizio Assistenziale - per la realizzazione,

attraverso frequenti incontri di confronto, di una procedura aziendale sulla *accoglienza/assistenza ospedaliera alle donne e minori, vittime di violenza*, in applicazione all'art. 10 del Protocollo stesso.
Nel campo dell'accoglienza e dell'assistenza, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha il compito di favorire la creazione di un nucleo operativo interaziendale multidisciplinare specializzato nella trattazione dei casi di maltrattamenti e violenza sessuale a danno di donne e/o minori, nucleo che deve costituire riferimento per i diversi organismi coinvolti ed, in particolare, per il Pronto Soccorso.
Il Comitato partecipa attivamente al Tavolo provinciale interistituzionale riferito al Progetto provinciale "Azioni di prevenzione contrasto della violenza sulle donne" nell'ambito del quale, in data 25 novembre 2009, sono state attuate delle iniziative in concomitanza della Giornata Internazionale contro la violenza sulle donne.
Costante è la collaborazione con la Rete delle Consigliere di Pari Opportunità della Regione Emilia-Romagna, nel cui contesto è emersa l'importanza di un Bilancio di Genere su cui ragionare per il futuro. Il Comitato Pari Opportunità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è presente nel sito regionale.
Oltre a quanto già indicato, il Piano delle azioni positive 2008-2010 predisposto dal Comitato per le Pari Opportunità, prevede:

- compilazione del rapporto biennale sulla situazione del personale femminile nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- individuazione ed elaborazione di uno spazio web intranet ed internet finalizzato alla divulgazione dell'operato del Comitato e dell'Azienda ed alla divulgazione di tematiche, normative, azioni positive, eccetera;
- attuazione dell'iniziativa "8 marzo" con cadenza annuale, dedicando l'intera giornata ad attività di medicina preventiva rivolte al personale dipendente dell'Azienda (donne e uomini) su particolari argomenti di prevenzione della salute differenziata per genere;
- interventi formativi aventi come tema le pari opportunità tra uomini e donne e/o la prevenzione/repressione delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro.

Progetto Gender

È sempre più evidente che esistono significative differenze tra uomini e donne nell'insorgenza, nello sviluppo, nell'andamento e nella prognosi di molte malattie. Nonostante ciò, queste differenze spesso non vengono ancora pienamente considerate per programmare gli interventi di promozione della salute e ancora persistono pregiudizi di genere nello studio dell'eziologia, dei fattori di rischio, nelle diagnosi e nei trattamenti. Da queste considerazioni è nata di recente la "medicina di genere", cioè la distinzione in campo medico delle ricerche e delle cure in base al genere di appartenenza, non solo da un punto di vista anatomico, ma anche secondo differenze biologiche, funzionali, psicologiche e culturali. A differenza del termine "sesso" che sottolinea solo la caratterizzazione biologica dell'individuo, il termine "genere" (gender) infatti intende le categorie "uomo" e "donna" anche secondo fattori ambientali, sociali e culturali.
Anche la OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha inserito la medicina di genere nel suo "Equity Act", strategia per assicurare l'equità tra uomini e donne in materia di salute e sanità, e ha istituito al suo interno un Dipartimento dedicato a genere, donne e salute, il Department of Gender, Women and Health, a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere.
Le malattie cardiovascolari rappresentano un esempio importante di differenze tra uomini e donne. Secondo le statistiche internazionali, la malattia cardiovascolare è il killer numero uno per la donna e supera di gran lunga tutte le cause di morte. Sebbene sia la prima causa di morte per le donne di 44-59 anni, è sempre stata invece considerata una malattia maschile. Esiste ancora un pregiudizio di genere che riguarda l'approccio ai problemi cardiovascolari delle donne. La conseguenza è che l'intervento preventivo, a differenza degli uomini, non si rivolge verso gli stili di vita delle donne, ma fondamentalmente al controllo di quello che è considerato il responsabile fattore di rischio e cioè la menopausa, con la somministrazione di ormoni che espongono le donne ad altri fattori di rischio. Inoltre, la diversa sintomatologia delle malattie cardiovascolari nella donna porta spesso a una sottostima, o a ritardi nel loro riconoscimento. Alcuni studi, inoltre, hanno dimostrato che esiste una diversità tra uomini e donne nella prescrizione dei trattamenti, nell'erogazione di prestazioni interventistiche, come l'angioplastica coronarica, e nei risultati a breve e lungo termine delle procedure di rivascolarizzazione. Differenze di "genere" sono presenti anche sul piano delle condizioni psicologiche ed in particolare nell'incidenza di sintomatologie depressive, più frequenti nelle donne dopo infarto miocardico.
Nel 2007, il Ministero della Salute ha incluso nel Bando di finanziamento per la Ricerca Finalizzata una tematica specifica relativa alla Medicina di Genere e alla salute della donna, specificando tra le aree di

priorità le malattie cardiovascolari. Nell'ambito del suddetto Bando è stato finanziato il Programma Strategico dal titolo "L'infarto miocardico nella donna: una realtà diversa. Dalla genetica alla terapia interventistica e all'impatto psicosociale della malattia prima causa di morte nel sesso femminile", comprendente 5 progetti tutti coordinati da donne. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa a 3 dei cinque progetti componenti il Programma Strategico, e in particolare è coordinatore del Progetto *"Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere"*, studio osservazionale condotto su un campione non selezionato di circa 80.000 pazienti con Infarto Miocardio Acuto ricoverati in Regione Emilia-Romagna, allo scopo di analizzare se nella pratica clinica esistano differenze relativamente all'utilizzo e ai risultati clinici delle procedure di rivascolarizzazione (angioplastica con impianto di stent) tra genere maschile e femminile.

Di seguito sono indicati i progetti componenti il Programma Strategico e relativo scopo principale:

PROGETTO	UNITA' PARTECIPANTI	RESPONSABILE SCIENTIFICO	SCOPO
Progetto 1: Analisi genetica con genome wide association study (GWAS) delle caratteristiche dell'infarto miocardico nella donna	**01** Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano **02** UO Cardiologia, AOU di Parma **03** Università delle Marche, Ancona **04** IRCCS INRCA di Cosenza **05** Università di Pavia **06** Associazione per lo Studio in Cardiologia, Pavia	Piera Merlini - Ospedale Niguarda Ca' Granda	Identificare varianti genetiche predittive dello sviluppo di infarto miocardico giovanile negli uomini e nelle donne mediante la metodica di GWAS
Progetto 2: Analisi dell'epidemiologia dell'infarto nella donna attraverso l'osservatorio della regione Lombardia e della Regione Emilia Romagna	**01** IRCCS Istituto Clinico Humanitas **02** Regione Lombardia **03** UO Ricerca e Innovazione, AOU Parma	Elena Corrada – UO Cardiologia, IRCCS Istituto Clinico Humanitas	Analizzare le caratteristiche clinico/epidemiologiche dell'infarto nella donna, utilizzando database routinari (schede dimissioni ospedaliere, registro mortalità) della Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna.
Progetto 3: Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere	**01** UO Ricerca e Innovazione AOU Parma **02** UO Cardiologia AOU Parma **03** IRCCS Istituto Clinico Humanitas **04** UO Cardiologia AOU Bologna **05** Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna	Caterina Caminiti – UO Ricerca e Innovazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	Indagare il ruolo del genere nelle modalità di gestione clinica (accesso, terapie, ecc.) e sul reale impatto clinico (efficacia, complicanze, mortalità) degli interventi di rivascolarizzazione coronarica nell'infarto miocardico acuto
Progetto 4: Le ragioni del cuore. Qualità della vita e narrazioni biografiche di donne colpite da infarto miocardico	**01** Dipartimento di Psicologia, Università di Parma **02** IRCCS INRCA **03** Associazione per lo Studio in Cardiologia, Pavia **04** Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano	Laura Fruggeri – Università degli Studi di Parma	Analizzare l'impatto psicologico dell'infarto nella donna e le relative conseguenze sociali
Progetto 5: Profili di espressione genica e proteomica per l'identificazione di nuovi marcatori clinici di rischio cardiovascolare nella Donna.	**01** Ospedale Careggi, Firenze **02** Anatomia Umana - Università di Parma **03** Ospedale Niguarda Cà Granda Milano	Rosanna Abbate - Ospedale Careggi Firenze	Analizzare nuovi fattori di rischio attraverso studi di trascrizione e di espressione, e di genetica funzionale

4.3 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.
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 fortemente propositivo nei confronti della Direzione generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.
Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole Unità Operative.
Nel corso dell'anno 2009, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile, affrontando diverse problematiche.
Fra i diversi interventi che presentano importanti ricadute organizzative sono state sottoposte al Collegio di Direzione:

- la procedura di valutazione del rischio, che rappresenta la stima dell'entità all'esposizione alle radiazioni. A tale proposito, nel corso dell'anno 2009, al fine di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, è stata chiesta la collaborazione del Collegio di Direzione per sollecitare l'invio dei carichi di lavoro da parte degli esperti qualificati delle Unità Operative,
- al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento,
- problematiche relative all'appropriatezza prescrittiva delle indagini di laboratorio e di diagnostica per immagini, già affrontate nel corso dell'anno 2008,
- a riguardo, nel documento Linee di indirizzo al budget 2008, viene esplicitato che gli strumenti del governo clinico, in riferimento all'appropriatezza prescrittiva, sono l'adozione di linee guida e gli audit clinici,
- nell'ambito del governo clinico, nel corso dell'anno 2007 il Collegio di Direzione aveva approvato due progetti riproposti anche nell'anno 2008, quali il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati e la riduzione della degenza media nelle strutture i medicina e nelle specialità mediche,
- il Piano Ospedaliero di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale, unitamente alla definizione delle procedure riguardanti misure di protezione nei confronti degli operatori,
- la procedura per una corretta gestione della cartella clinica. Tale procedura definisce i criteri, le modalità e le responsabilità inerenti la corretta tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla cartella clinica, nelle fase di compilazione, consultazione, archiviazione e rilascio/consegna agli aventi diritto,
- la procedura per l'acquisizione del consenso informato:tale documento individua i mezzi e le modalità per la definizione e la verifica dei processi di acquisizione del consenso informato del paziente da parte del professionista riguardo all'atto sanitario proposto,
- le procedure riguardanti i percorsi per l'acquisizione di tecnologie.

Il Collegio di Direzione costituisce 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 2009, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento "Linee di Indirizzo al budget 2009" e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2009.
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.
Il Collegio ha, inoltre, espresso parere favorevole sul documento Bilancio di Missione anno 2008.
Il Collegio di Direzione ha altresì rappresentato il punto di partenza per l'elaborazione del "Piano Attuativo Locale", che costituisce un documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi socio-sanitari che gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione. Attraverso questo documento vengono indicati gli obiettivi generali e le azioni che ciascuna Azienda dovrà realizzare per il miglioramento dei livelli essenziali e del benessere collettivo.

Il percorso formativo delle Scuole di Specializzazione

È stato affrontata la tematica riguardante la congruità sul percorso formativo delle Scuole di Specializzazione.
A tale proposito:
I Consigli delle scuole di specializzazione:

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

Per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, il medico in formazione è chiamato a svolgere la propria attività, che non può mai essere sostitutiva a quella del personale di ruolo.
Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono state individuate in base al grado di autonomia operativa e decisionale.
In particolare, per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, si distinguono diverse tipologie di guardie, in rapporto con la tipologia della Scuola ed in rapporto con la tipologia dei pazienti e delle attività assegnate a quello specifico punto di guardia:
A: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessaria presenza, nel punto guardia stesso, di un medico strutturato che possa essere immediatamente allertato in caso di necessità.
B: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere il necessario intervento di un medico strutturato anche appartenente ad un punto guardia diverso, ma logisticamente prossimo al punto di guardia in cui opera in modo autonomo il medico in formazione specialistica.
C: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessità di una pronta disponibilità di un medico strutturato della stessa area assistenziale che verrà attivato a giudizio del medico in formazione specialistica.
Il Collegio di Direzione ha approvato un documento riportante i punti di guardia e le pronte disponibilità di ciascun Dipartimento, che prevede l'inserimento dei Medici in formazione, nel rispetto nel rispetto dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie

In attuazione all'art. 20 dell'Atto aziendale ed all'art. 3 della L.R. 29 del 23.12.2004, nel marzo 2009, si è costituito il Collegio delle professioni sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, quale organismo di rappresentanza di tutto il personale tecnico-sanitario.
I suoi 21 componenti sono stati individuati a seguito di elezioni dirette, effettuate nel gennaio 2009, in rappresentanza di tutte le professioni sanitarie presenti in Azienda, secondo criteri di equilibrio, collaborazione ed integrazione tra le professioni stesse e sono ripartiti nel seguente modo:
Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche
n° 4 infermieri
n° 1 ostetrica
n° 1 fisioterapista
n° 1 logopedista

n° 1 massofisioterapista
n° 1 ortottista
Professioni tecnico-sanitarie
n° 1 odontotecnico
n° 1 tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria perfusione cardiaca
n° 1 tecnico audiometrista
n° 1 tecnico di neurofisiopatologia
n° 1 tecnico sanitario di laboratorio biomedico
n° 1 tecnico sanitario di radiologia medica
Dirigenti medici
N° 2 medici
Dirigenti sanitari
n° 1 farmacista
n° 1 biologo
n° 1 chimico
n° 1 Fisico

Nella seduta di insediamento, i componenti hanno eletto all'unanimità il proprio Presidente, rappresentato da una figura infermieristica. Ai lavori del Collegio, partecipa un delegato del Direttore Generale ed un amministrativo verbalizzante delle sedute, sulla base di quanto previsto dal Regolamento di funzionamento approvato subito dopo l'avvio dei lavori, al fine di disciplinare le modalità di svolgimento dell'attività.
Il primo intento è stato quello di esplicitare progetti ed idee tipici dello sviluppo delle varie professioni e, dal confronto, sono emersi due grandi temi su cui lavorare per gruppi:

- *La gestione del rischio clinico*, al fine di individuare procedure per ridurre gli errori, valutare i margini di miglioramento, per la valorizzazione e l'autonomia professionale. Nel merito è stato predisposto un questionario sulla valutazione del rischio intesa quale riduzione degli eventi avversi e finalizzata anche al contenimento dei costi, nell'ambito della qualità ed accreditamento.
- *La formazione permanente e l'inserimento/addestramento degli operatori sanitari* nei luoghi di lavoro, quale strumento indispensabile per valorizzare la professionalità ed aumentare la qualità delle prestazioni rese.

L'attività del Collegio prevede inoltre la collaborazione con il Collegio di Direzione per quanto riguarda la elaborazione del programma per la formazione permanente e la collaborazione con il Comitato Etico.

4.4 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

Nel corso dell'anno 2009 è proseguita la pluriennale opera di sensibilizzazione, attuata a tutti i livelli ed a carattere trasversale, sulle qualifiche professionali operanti in azienda riguardo ai temi della sicurezza e della salute dei lavoratori in ambienti di lavoro. Gli strumenti adottati hanno riguardato l'"informazione" e la "formazione" con progetti specifici, mirati a valorizzare nuove professionalità per ciascun ambito lavorativo, attraverso la realizzazione di idonei progetti finalizzati alla formazione di figure di Formatori per la Sicurezza.
Oltre ai consueti moduli formativi svolti nel rispetto dei programmi Ministeriali, in attuazione di quanto stabilito con D.M. 10.03.98 per attività a rischio di incendio elevato con la collaborazione dei Vigili del Fuoco e relativi alle tematiche del Rischio Incendio (ad oggi risultano formati oltre 500 operatori ospedalieri), è stata inserita nel PAF 2009 la realizzazione di numerosi moduli formativi (n. 10), le cui tematiche sono riconducibili alle tematiche, anche di carattere gestionale, della sicurezza per ambienti di lavoro, con approfondimenti di carattere generale di ordine igienico-biologico, tecnico e comunicativo. In tale ottica si è preparato il partecipante all'attuazione in proprio presso la propria unità lavorativa, di programmi di formazione da diffondere con caratteristiche e peculiarità calzanti sulle specifiche realtà di appartenenza. L'occasione rappresenta un motivo di incentivazione e gratificazione professionale per il personale individuato da ciascun Dirigente per il proprio ambito di competenza; è opportuno in questa sede citare il riscontro ampiamente positivo registrato da parte dei partecipanti sulla qualità dei corsi svolti e sull'adeguatezza delle funzioni formative assegnate.
È stata inoltre organizzata una sessione multipla finalizzata all'informazione, rivolta al personale afferente ai servizi trasversali non inseriti nei Dipartimenti Assistenziali Integrati e al personale esterno delle Ditte aggiudicatarie degli appalti manutentivi in global service, avente ad oggetto gli approfondimenti utili alla prevenzione degli eventi pandemici legati alla diffusione del Virus AH1N1-v, che ha consentito di uniformare l'informativa obbligatoria da fornire ai lavoratori, altrimenti disarmonica e poco efficace a fini preventivi.
Si è inoltre proceduto all'acquisizione nell'organico del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale del personale preposto alla "Squadra Emergenza Interna", in aderenza alle esigenze tecniche e gestionali riconducibili all'attività ed al ruolo svolto dal servizio all'interno dell'azienda. La progettazione delle attività e del piano di lavoro prevede la copertura oraria continuata con un numero sufficiente di operatori, i quali garantiscono l'immediatezza dell'intervento tecnico per emergenze di qualsiasi tipologia, nel rispetto delle procedure diffuse attraverso i Piani di Emergenza Interni.
Gli obblighi di cui agli artt. 17 e 28 del D. Lgs. 81/08, pertinenti alla stesura dei Documenti di Valutazione del Rischio, sono stati osservati, oltre che per singole strutture ospedaliere, nel rispetto della programmazione pianificata già nel corso dell'anno 2008, anche relativamente alle seguenti esposizioni:

a) radiazioni ottiche generate da apparecchiature che utilizzano raggi laser; a tal fine sono stati predispsoti, per ciascuna apparecchiatura, specifici libretti, diffusi alle competenze professionali utilizzatrici, sui quali sono riportate, oltre alle valutazioni condotte, anche le procedure da adottare, le informazioni utili ad un loro corretto utilizzo in sicurezza, le caratteristiche tecniche ed i programmi manutentivi suggeriti;
b) campi elettromagnetici nei luoghi di lavoro, ai sensi del Tit. VIII Capo IV del D.Lgs. 81/08;
c) prevenzione della legionellosi, corredata da Programma di Controllo ai sensi della Delibera della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 21 luglio 2008 n. 1115, oltre che del D.Lgs. sopra richiamato.

È stata altresì completata la mappatura dell'intero sedime ospedaliero, finalizzata all'accertamento e localizzazione di elementi strutturali ed impiantistici contenenti fibre di amianto. Si è proceduto pertanto alla stesura di un adeguato programma di controllo e monitoraggio ambientale, supportato dalla tempistica di attuazione di opere di bonifica (compresa in alcuni casi la rimozione) nel rispetto dei contenuti del Nuovo Testo Unico.
È stata infine completata la distribuzione, presso ciascuna unità lavorativa, del materiale da custodire obbligatoriamente per la gestione delle piccole emergenze mediche (Primo Soccorso), consistente in una ampia dotazione di presidi sanitari, nel rispetto dei requisiti di cui al D.M. n. 338 del 15.07.2003 e come richiesto all'art. 45 del D. Lgs. 81/08.

Sorveglianza sanitaria

Anche nel 2009, il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato in linea con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Protocolli di sorveglianza sanitaria

Nel corso dell'anno, sono stati rivisti i protocolli delle visite preventive e periodiche.
Si è provveduto inoltre ad aggiornare la classificazione della popolazione ospedaliera sulla scorta delle nuove valutazioni dei rischi prodotte dal Servizio Prevenzione e Protezione aziendale.
Nel corso dell'anno è stato reso operativo i nuovo protocollo di sorveglianza sanitaria, stilato sulla scorta delle indicazioni emerse dal gruppo di lavoro di medici competenti attivato a livello regionale.
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.

Nel corso dell'anno 2009 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 551 maschi ed 823 femmine su un totale di 2.251 dipendenti soggetti a sorveglianza sanitaria.
Gli esiti di tale attività vengono di seguito riportati.
Numero totale degli operatori dell'Azienda sorvegliati 1.680 (pari al 44,8% del totale dei soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria)

- numero operatori inidonei temporaneamente alla mansione: 5
- numero operatori inidonei permanentemente alla mansione: 2
- numero operatori idonei con prescrizioni e limitazioni alla mansione: 123

Le principali cause di inidoneità sono riconducibili alle seguenti problematiche:

- patologia osteoarticolare
- allergopatie
- patologia infettiva

Le diverse inidoneità sono gestite a livello aziendale tramite una linea guida condivisa tra i servizi coinvolti.
Il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico avviene tramite il programma SIROH presente presso il Servizio di Igiene. L'andamento evidenziato è risultato essere sostanzialmente in linea con lo scenario.

Formazione

Per i neoassunti, sono state condotte iniziative di informazione/formazione sui temi della sorveglianza sanitaria
Inoltre, tenendo conto dei fabbisogni aziendali, delle indicazioni regionali e delle esigenze di singole unità operative, sono stati parimenti progettati e realizzati incontri formativi per i dirigenti e preposti ai sensi del D. Lgs. 81/2008.
In particolare nel corso dell'anno è stata largamente approfondita la tematica del rischio biologico, di quello da radiazioni ionizzati e della infezione pandemia.

Infortuni biologici

Come da protocollo aziendale, tutti gli operatori che accedono al Pronto Soccorso per denuncia di infortunio a rischio biologico (puntura/taglio con ago e taglienti, contaminazione muco-cutanea), vengono indirizzati al Servizio di Medicina Preventiva per le misure da adottare ed i controlli da effettuare al fine di ridurre il potenziale rischio di sieroconversione/malattia per HBV, HCV e HIV.
Tale situazioni diventano anche occasione di formazione relativamente alle procedure da seguire ed alla scelta ed uso dei dispositivi medici appropriati.
Nel corso dell'anno è stato aggiornato il protocollo relativo alla Profilassi post esposizione degli infortuni biologici.
È continuato, anche nel corso del 2009, il monitoraggio del rischio dell'infezione tubercolare.

Vaccinazioni

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in Azienda. Le vaccinazioni vengono proposte in modo attivo e gratuito. Vengono effettuate routinariamente campagne di promozione e sensibilizzazione nei confronti delle principali vaccinazioni.
È stata resa operativa anche una chiamata attiva dei singoli operatori che non risultano immunizzati, sulla base del rischio infettivo a cui sono risultati esposti.
Tutto il personale neoassunto viene sottoposto agli interventi vaccinali citati.
Nel corso dell'anno, un particolare impegno è stato riposto nella vaccinazione contro l'influenza AH1N1.
Nella realizzazione della campagna di vaccinazione sono rese operative le indicazioni pervenute dalla Regione e sono stati realizzati seminari dipartimentali di formazione ed informazione, la produzione materiale informativo cartaceo ed informatico la realizzazione di ambulatori vaccinali dipartimentali a supporto di quello centralizzato esistente.

Collaborazioni

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 anestetici.
È tutt'ora in essere la collaborazione con l'AUSL per la messa a punto, nell'ambito di un sistema multicentrico con i maggiori ospedali italiani, di un sistema di monitoraggio biologico degli esposti ad antiblastici.
È stata mantenuta implementata la collaborazione con il Laboratorio di Aerobiologia per il monitoraggio dall'inquinamento da lattice.
Ai fini del controllo sanitario, è stata utilmente impiegata la valutazione del rischio di tutte le unità operative messa a punto dal Servizio di Igiene Ospedaliera.
Il medico competente ha potuto inoltre utilizzare il monitoraggio periodico del livello decontaminazione dell'impianti aziendali messo a punto dal precitato Servizio.
È proseguita la partecipazione ai gruppi di studio promossi dal Servizio Sanità Pubblica 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 tematiche emergenti.
È attualmente in corso l'analisi e la valutazione del rischio stress-correlato.

Gestione degli infortuni

Nell'ambito delle attività finalizzate alla gestione del rischio e della sicurezza dei lavoratori, particolare attenzione deve essere rivolta al monitoraggio e valutazione delle dinamiche connesse con il fenomeno infortunistico, sia in relazione all'impatto che lo stesso determina sulle assenze dal lavoro, sia in relazione all'adozione delle misure preventive atte a ridurre le possibili sorgenti di rischio (fisico, chimico, biologico eccetera).
A tale scopo, si è proseguito nell'anno 2009, nella manutenzione ed aggiornamento del database appositamente creato per la rilevazione degli infortuni, con finalità di statistica descrittiva degli eventi infortunistici, che consenta alla Direzione Aziendale le opportune considerazioni e comparazioni e che si configuri quale valido strumento di supporto operativo per l'espletamento delle funzioni tipiche del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.
Nel corso dell'anno 2009 si è registrato un numero di infortuni complessivo pari a 579 per un totale di giornate lavorative perse di n. 10.452. È da sottolineare che a fronte di un incremento del numero degli eventi infortunistici rispetto allo scorso anno (n. 492), le giornate di assenza risultano tuttavia in decremento rispetto ai dati dell'anno 2008 (n. 11.907).
L'incidenza del fenomeno infortunistico, rispetto al numero complessivo di 3696 operatori con rapporto di lavoro subordinato (dipendenti e comandati), è pari al 15,66% (cioè il 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 25% circa.
Occorre precisare che dei 492 infortuni:

- 144 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente l'assenza di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 21 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- 41 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1.436

Inoltre 904 giornate di assenza sono da riferire a infortuni occorsi nel 2008, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, incidendo sull'anno 2009 per un 8,67%.
Sotto un profilo di genere, il fenomeno infortunistico presenta la seguente distribuzione:

186 maschi infortunati; 393 femmine infortunate.
Tale distribuzione è da ricollegare al dato evidenziato nella parte dedicata alla "carta di identità" del personale, dalla quale si evince la netta preponderanza della componente femminile sulla totalità dei dipendenti.
Analizzando nel dettaglio le modalità di accadimento, si evidenzia quanto segue:

Tabella 21 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2009

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	134	2.944
Percutaneo	100	232
Caduto	92	2.872
Contatto con	44	93
Colpito da	40	698
Scivolando	35	1.076
In Itinere	33	771
Movimento non coordinato	25	479
Piede In Fallo	24	566
Urto contro	17	249
Inc. alla guida	14	284
Si tagliava	11	37
Schiacciato da	5	87
Imprecisato	2	9
Morso da	1	1
Aggredito	1	9
Si schiacciava	1	45
Totale	579	10.452

Si conferma il trend già analizzato secondo cui 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 evincere dai dati contenuti nella tabella seguente, il personale dedicato all'assistenza (infermieri, operatori socio sanitari) continua a collocarsi tra le categorie maggiormente esposte al rischio di evento infortunistico, sia da movimentazione sia a matrice biologica, in relazione alle specifiche mansioni svolte:
.

Tabella 22 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	247	3.718
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	166	3.233
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	21	604
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	19	470
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	13	446
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	11	136
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	9	253
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	6	6
ALTRO	6	13
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	5	51
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	5	166
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	4	105
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	3	41
CAT. B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	3	157
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	3	17
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	3	174
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	3	3
CAT.C-ASS. TECNICO TERMO-IDR.-MECC.	3	27

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	3	120
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	3	79
MEDICO FREQUENTATORE	3	5
CAT. B-SUP. OP. TECN. ADD. ASSISTENZA	2	18
C-OP. TECNICO SPEC. ESP. AUTISTA AMB.	2	4
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOCHIRURGIA	2	34
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	2	51
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	2	48
CAT.DS-COLL.PROF.SAN.ESP.T.SAN.RAD.MED.	2	41
DIRIG.MED.-CHIR. PLASTICA E RICOSTR.	2	91
DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	2	2
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOLOGIA	2	5
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	2	9
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	1
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	1	15
CAT. C OPERAT. PROF.LE SANIT. INF.	1	9
CAT.C-ASS. TECNICO ARCHIVISTA	1	38
CAT.D COLL.P.S.TEC. NEUROF.ccnl 20.9.01	1	19
CAT. C PROGRAMMATORE PROGRAMMATORE	1	8
CAT.D COLL.P.SAN.T. ISTOPAT.ccnl 20.9.01	1	9
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	41
DIRETTORE-DIR.MED.-PAT.CL.(LAB.ANALISI)	1	5
DIRIG. MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	1
DIRIG. MED.-ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	1	9
DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	1	4
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	1	32
DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	1	97
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	5
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	14
CAT.C-ASS. TECNICO NECROFORO NECROSCOPO	1	15
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ATT. ALBERGHIERE	1	1
Totale	579	10.452

4.5 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

I processi di cambiamento realizzati in Azienda nel corso del 2009, hanno riguardato numerose strutture organizzative ed hanno impegnato i professionisti nella realizzazione di percorsi "virtuosi" che pongono al centro l'utente e il miglioramento della qualità dell'assistenza, nell'ottica di efficienza ed efficacia gestionale. Le professioni sanitarie sono parte attiva nel processo di cambiamento, che richiede una attenta riflessione sui percorsi realizzati e sulle potenzialità di crescita e di sviluppo professionale.
Per meglio rispondere alle nuove esigenze organizzative sono stati ridefiniti i ruoli professionali e sviluppate aree di competenza specifica nel rispetto dei profili professionali e dei codici deontologici. La formazione è un elemento strategico per la Direzione del Servizio Assistenziale, che individua i percorsi utili a supportare il professionista nella gestione del cambiamento. La complessità insita in una organizzazione in continua evoluzione, impone inoltre la multiprofessionalità sia nelle fasi di decisionali che nella fase di realizzazione dei processi e richiede la partecipazione attiva dei professionisti. In molti casi il coinvolgimento ha riguardato l'intera équipe di cura con buoni risultati in termine di raggiungimento degli obiettivi indicati. I percorsi più significativi intrapresi nel corso del 2009 hanno riguardato l'attivazione di nuovi progetti, la revisione di organizzazioni consolidate, la realizzazione di parti di progetti pluriennali.

La Direzione del servizio assistenziale (D.S.A.)

Il Regolamento Organizzativo della D.S.A. approvato nel 2009 include elementi di innovativi e di sviluppo. Viene ridefinita l'articolazione delle responsabilità, individuati ambiti di sviluppo delle professioni sanitarie, valorizzate le competenze dei professionisti. L'articolazione prevede aree di responsabilità centrali, con funzioni prevalentemente strategiche-gestionali di valenza trasversale all'organizzazione aziendale, e aree di responsabilità decentrate. Quest'ultime individuano i Responsabili Assistenziali di Dipartimento con attribuzione di responsabilità gestionale-organizzativa nel Dipartimento assegnato. Il livello di Coordinamento si caratterizza come nodo strategico per il perseguimento degli obiettivi assistenziali, definendo per il Coordinatore ambiti di sviluppo e aree di competenza organizzativa, relazionale, tecnico-assistenziale. Le Aree Trasversali di Progetto e di Processo disegnano ambiti di intervento innovativo e progettuale stimolando l'espressione delle competenze organizzativo-gestionali dei professionisti. Le Aree Professionali rispondono all'esigenza di riconoscere ed attribuire responsabilità diretta nelle scelte tecnico professionali ed organizzative ai professionisti. La valorizzazione dei professionisti diventa fattore di sviluppo delle competenze di tutta l'Azienda e viene sostenuta da adeguati percorsi formativi. L'organigramma definisce le relazioni e le sinergie presenti tra le diverse aree di responsabilità, centrale e decentrata, trasversali e professionali.

Monitoraggio Neurofisiologico Intraoperatorio (IOM) in Neurochiurgia

Lo IOM rappresenta uno degli ambiti di sviluppo più innovativi della professionalità del Tecnico di Neurofisiopatologia (TNFP). Nel corso del 2009 tale modalità operativa è stata sviluppata sia con l'incremento della presenza del TNFP nelle sedute operatorie di neurochirurgia, sia attraverso un percorso formativo intrapreso dai Tecnici per approfondire la tematica specifica ed acquisire le competenze necessarie.
Negli ultimi decenni il monitoraggio intraoperatorio ha acquisito un valore sempre maggiore, di pari passo con lo sviluppo di sofisticate tecniche neurochirurgiche sia ablative-ricostruttive che funzionali. Esso risponde a due diverse esigenze: minimizzare eventuali deficit neurologici sequelari, riconducibili all'intervento stesso, e nel contempo permettere la necessaria radicalità chirurgica. Il monitoraggio consente, durante l'intervento, di identificare strutture nervose altrimenti difficilmente riconoscibili, di mappare le aree nobili corticali preposte al controllo motorio e alla produzione verbale, di confermare l'integrità delle strutture nervose, di localizzare strutture o sedi lesionali e guidare il chirurgo nelle procedure operatorie. La combinazione di monitoraggio continuo e mappaggio, rappresenta la più idonea assistenza neurofisiologica per il neurochirurgo, permettendo un incremento della citoriduzione. Lo IOM ha inoltre un significativo ruolo per quanto riguarda gli aspetti medico-legali dell'attività chirurgica rappresentando, accanto al monitoraggio anestesiologico, la traccia di ciò che si verifica in corso di procedura chirurgica.

L'applicazione della procedura ha richiesto l'integrazione delle diverse professionalità: Neurochirurgo/Neurofisiologo, esperto di EEG-EMG e Potenziali Evocati, il Tecnico di NFP con esperienza in attività neurofisiologica ordinaria e training con supervisione nelle tecniche di IOM, Anestesista, Infermiere.
La complessità della tecnica richiede un contesto in cui sia possibile una programmazione collegiale per la definizione del tipo di monitoraggio da effettuare e per l'eventuale studio pre-operatorio da attuarsi, a cura della medesima équipe, in ambito ambulatoriale o in regime di ricovero. La redazione referto ha previsto l'utilizzo di un format condiviso. Per la definizione delle procedure sono state adottate le Linee Guida validate dalla società scientifica (Società Italiana di Neurofisiologia, Federation of Clinical Neurophysiologists)

Trattamento di irradiazione degli emocomponenti

L'attivazione del trattamento di irradiazione degli emocomponenti presso l'U.O. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) si è realizzata con l'acquisto dell'apparecchiatura Raycell-X-ray Blood Irradiator e il conseguente trasferimento delle attività dall'U.O. di Radioterapia, dove veniva eseguito il trattamento, al SIMT.
Tale riorganizzazione ha permesso di completare e utilizzare le competenze del Tecnico di Laboratorio (TSLB) per quanto riguarda la preparazione degli emocomponenti di secondo livello. Il ruolo del TSLB è stato infatti rivisitato nell'ottica di uno sviluppo professionale nel rispetto delle competenze. Alle attività, già attribuite, per la preparazione degli emocomponenti filtrati e degli emocomponenti lavati, è stata aggiunta la preparazione degli emocomponenti irradiati. Le nuove modalità operative hanno permesso di incidere positivamente sul miglioramento della qualità delle prestazioni offerte dal SIMT. Si è infatti passati da una modalità che prevedeva lo stoccaggio degli emocomponenti trattati, ad una preparazione estemporanea, realizzata immediatamente prima della trasfusione al paziente, riducendo i rischi legati alla conservazione. La possibilità di preparazione nell'arco dell'intera giornata permette inoltre di operare una scelta dell'emocomponente guidata dalle caratteristiche del ricevente quali l'età, la diagnosi, il sesso.
La realizzazione del percorso descritto ha previsto l'integrazione di diverse figure professionali: Tecnici di Laboratorio, Tecnici di Radiologia, personale Medico delle due Unità Operative (Radioterapia, SIMT). L'addestramento alla nuova tecnologia è stato esteso a tutte le professionalità descritte e sono state realizzate procedure condivise per la gestione dell'emergenza tecnologica del sistema di irradiazione emocomponenti.

Percorso nascita

Il nuovo modello organizzativo, adottato dalla Clinica Ostetrica con il progetto "Percorso Nascita" (del quale si tratta anche nel capitolo 3 come percorso condiviso con l'Azienda Usl), prevede l'implementazione delle Linee di indirizzo per la tutela della "buona nascita" e promuove la valorizzazione dell'ostetrica.
Il ruolo dell'ostetrica è stato ridefinito e sono state sviluppate le competenze necessarie per l'assistenza del neonato sano individuando in tale figura il professionista di riferimento per il nucleo assistenziale madre-bambino, così come previsto dallo specifico profilo professionale.
La fase del progetto, che è stata realizzata, ha previsto il superamento del "Nido", spazio dedicato alla cura del neonato sano con assistenza erogata dal personale infermieristico, per l'adozione del modello rooming-in. L'ostetrica prende in carico il neonato dal momento della nascita e segue il tutto il percorso assistenziale della madre e del neonato sino alla dimissione. Il modello assistenziale adottato è quello per "piccole équipes" composte, oltre che dal personale ostetrico, dagli Operatori Socio-Sanitari. L'équipe garantisce un'assistenza per obiettivi-bisogni, nella visione complessiva del nucleo madre-neonato, favorendo la relazione, così delicata nei primi giorni di vita.
Il percorso di cambiamento è stato supportato da eventi formativi tesi al miglioramento delle competenze specifiche richieste dal progetto. I corsi, tenuti da neonatologi e pediatri, hanno coinvolto, oltre alle ostetriche, anche il personale O.S.S..

La centralizzazione della preparazione dei farmaci citotossici

La centralizzazione della preparazione dei farmaci citotossici si è realizzata con l'istituzione dell'Unità di Manipolazione Chemioterapici e Antiblastici (U.Ma.C.A.) nel 2008 (cfr. il Bilancio di missione 2008) e risponde alla necessità di garantire la massima sicurezza dei preparati e di ridurre i rischi per l'operatore. L'implementazione del progetto ha previsto, nel corso del 2009, il progressivo passaggio degli

allestimenti terapeutici effettuati in 22 Unità Operative all'Unità di Ma.C.A. Nel 2009 sono state allestite terapie personalizzate per 1.604 pazienti, per un totale di 27.297 preparazioni, comprensive delle terapie di supporto che completano il trattamento oncologico. I buon risultati raggiunti sono il frutto di una gestione multidisciplinare nella quale le diverse professionalità presenti: oncologo, farmacista, infermiere, hanno potuto esprimere e sviluppare le competenze specifiche. Per il personale infermieristico sono stati previsti percorsi formativi per lo sviluppo delle abilità relative alle tecniche di allestimento e all'utilizzo del software dedicato. Le competenze sviluppate hanno permesso una buona integrazione con il personale infermieristico delle unità operative dedicate alla somministrazione della terapia e hanno favorito la diffusione di modalità di somministrazione sicure per gli operatori e per i pazienti. L'avvio dell'attività è stato preceduto dall'analisi degli aspetti critici al fine di individuare le modalità operative più idonee e garantire un prodotto rispondente ai requisiti di qualità in termini di sicurezza e rintracciabilità. Le procedure sono state elaborate e condivise dall'intera équipe ed hanno codificato le modalità operative da adottare nelle diverse fasi del processo di allestimento e definiti aspetti organizzativi dell'U.Ma.C.A. (abbigliamento e DPI, conservazione farmaci, tecniche di allestimento, controlli di qualità, trasporto delle terapie, formazione e aggiornamento, gestione dei rifiuti, sanificazione ambientale, eccetera).

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)

Il recente acquisto dell'apparecchiatura per il trattamento ECMO realizzata in concomitanza della pandemia influenzale da virus A(H1N1)v ha permesso un'importante acquisizione tecnologica per la cura della grave insufficienza respiratoria acuta. Il paziente che necessita di trattamento ECMO viene assistito, presso il 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione, da un'équipe multiprofessionale con caratteristiche di forte integrazione (medico rianimatore, infermiere, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria). Nel percorso assistenziale elaborato, l'infermiere eroga un'assistenza individualizzata, necessaria per garantire un alto livello qualitativo. Il Tecnico Perfusionista provvede all'allestimento dell'apparecchiatura, effettua i controlli periodici e garantisce eventuali interventi urgenti. Grazie alle competenze già possedute dai professionisti coinvolti e all'elevato livello qualitativo dell'assistenza erogata nell'U.O., è stato possibile minimizzare i tempi di addestramento alla metodica e garantire un tempestivo trattamento ai pazienti che necessitano di tale metodica di supporto vitale.

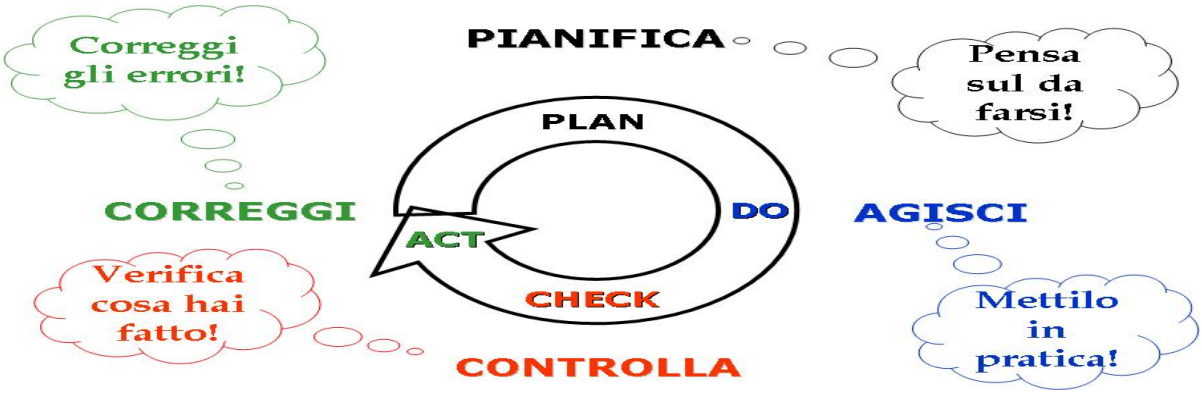
4.6 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

I primi passi del processo di valutazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato, nell'anno 2009, un percorso valutativo per i dipendenti appartenenti all'area contrattuale del comparto, al fine di acquisire la collaborazione di operatori fortemente qualificati, e di sviluppare le loro capacità con un forte orientamento allo sviluppo professionale, inteso come incremento delle conoscenze e delle capacità e, in particolare, per:

- aumentare il livello di responsabilizzazione verso l'attività svolta;
- orientare i comportamenti verso gli aspetti ritenuti più critici per l'organizzazione;
- favorire l'identificazione con l'azienda;
- orientare verso il raggiungimento degli obiettivi predefiniti;
- promuovere l'affermazione di una nuova cultura aziendale;
- favorire percorsi di crescita professionale,

Tale percorso valutativo intende costituire principio ispiratore di ogni momento organizzativo dell'azienda, finalizzato all'instaurazione di un ciclo virtuoso di miglioramento continuo:



Tale processo si è sviluppato nell'ambito di un percorso articolato in varie fasi.

La progettazione:

Sono stati organizzati tre incontri, che hanno visto il coinvolgimento e la partecipazione dei Direttori e dei funzionari di diversi Servizi (Sviluppo organizzativo, Gestione e sviluppo del personale, Rapporti istituzionali, Servizio Assistenziale, Qualità e accreditamento), nei quali sono stati definiti gli obiettivi da raggiungere, è stata progettata la scheda di valutazione ed installato un apposito applicativo per la gestione informatizzata dei dati.

La metodologia del percorso valutativo è stata costruita sulla base dei seguenti principi ispiratori:

1. la valorizzazione del contributo individuale dell'operatore alla prestazione complessiva dell'azienda è un percorso al quale devono partecipare attivamente tutte le parti coinvolte;
2. la valutazione della performance aziendale riguarda tutto il personale dell'Azienda, secondo i medesimi principi, ma con modalità e conseguenze differenti a seconda dei livelli organizzativi;il contenuto ed il fine della valutazione deve essere esplicito e condiviso sia dal valutato che dal valutatore;la valutazione della performance individuale deve cogliere la specificità delle singole posizioni;
5. il processo di valutazione deve essere rigoroso, trasparente, strutturato e condiviso; deve prevedere, inoltre, adeguati livelli di garanzia;il processo di valutazione deve poter esplicitare il contributo peculiare del singolo, anche rispetto ai risultati del suo stesso gruppo di lavoro;il valutatore deve essere "vicino" al valutato (vi deve essere una prossimità gerarchica e operativa tra valutatore e valutato);la valutazione è un patrimonio trasversale all'Azienda, all'U.O. / servizio e al singolo;

La formazione/condivisione

Si tratta di una fase che ha interessato 155 "valutatori". Sono stati organizzati sette incontri che sono serviti per l'illustrazione delle finalità del processo e sono stati anche occasioni di approfondimento della tematica e di miglior definizione di regole, tempi e modalità del sistema.

L'informazione/presentazione

Sono stati informati personalmente tutti i lavoratori interessati, con lettera dedicata; sono stati pubblicate informative sulla Intranet e sul notiziario aziendale. Il "sistema valutativo" è stato presentato in cinque assemblee ai lavoratori di altrettanti Dipartimenti per loro esplicita richiesta.

L'attuazione, la raccolta delle schede e dei dati e la gestione dei ricorsi

La valutazione è annuale, ma prevede anche un monitoraggio semestrale (a garanzia dei valutati) e si è svolta nei mesi di settembre/ottobre 2009 per quanto concerne il periodo gennaio giugno 2009 e si ripeterà nei mesi di marzo/aprile 2010 per quanto concerne l'intero anno 2009.
Nel processo sono stati coinvolti complessivamente 3.316 lavoratori.
Hanno disapprovato l'esito della valutazione 14 lavoratori nella sessione semestrale e questi hanno potuto esporre le loro ragioni (anche assistiti da persona di fiducia) davanti all'apposita Commissione preposta al riesame delle valutazioni contestate, composta dal Responsabile dello Sviluppo organizzativo, dal Direttore del Servizio Gestione e sviluppo del personale, dal Direttore del Servizio Assistenziale.
Gli esiti della valutazione relativa al primo semestre 2009 hanno altresì concorso alla determinazione degli aventi diritto alle progressioni orizzontali di carriera permettendo così di escludere l'attribuzione dei passaggi di fascia retributiva (previsti per il biennio 2009-2010) con automatismi generalizzati e basati esclusivamente sull'anzianità di servizio.
Ultimata la fase di raccolta delle schede (3.233 nella sessione relativa al primo semestre) e di acquisizione dei relativi dati in formato elettronico, è iniziata l'analisi e lo studio delle informazioni pervenute.

L'analisi dei dati, la progettazione di ulteriori strumenti di controllo

I venti item di cui si compone la scheda di valutazione, l'età, l'anzianità di servizio, la qualifica, la sede di lavoro dei valutati e dei valutatori, il confronto fra le schede relative alla prima e alla seconda sessione di valutazione, costituiscono un patrimonio di informazioni che si vogliono utilizzare proprio per realizzare quel ciclo di miglioramento continuo che offrirà l'opportunità di aumentare la qualità del servizio erogato.
Sulla base di questa analisi è prevista una ulteriore fase di formazione del personale valutatore per affinare gli strumenti di valutazione alla luce dell'esperienza fatta.

È in progetto infine l'implementazione di strumenti di controllo che consentano di chiudere per così dire il cerchio del processo valutativo (valutazione a 360°). Si vuole cioè completare il percorso iniziato con la valutazione del personale legando a questo la valutazione delle prestazioni erogate dall'Azienda, nell'ottica di una sempre maggior corrispondenza tra le prestazioni erogate e le esigenze/aspettative degli utenti.

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 2009 conferma l'impianto generale adottato negli anni precedenti, 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 2009 si basa sostanzialmente sui seguenti criteri:

A. attribuzione di obiettivi di èquipe connessi alla retribuzione di risultato (vedi documento budget 2009);

B. processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
C. 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;
D. chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica (vedi schede obiettivi specifici - documento di budget 2009);
E. 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 2009 e definiti con riferimento alle specifiche macro-aree di Attività sottoelencate e dettagliatamente riportate nelle schede medesime:

- Attività di Ricovero: "Riduzione delle giornate di degenza non necessarie", "Rispetto del cingolo",
- Attività ambulatoriale: "Obbligo di prescrizione su ricettario S.S.N. di prestazioni successive alla prima visita"
- Governo economico: "Ottimizzazione e razionalizzazione dell'utilizzo di materiale sanitario"
- Ricerca e Innovazione "Contribuire alla realizzazione dell'anagrafe della ricerca regionale
- Accreditamento: "Garantire la qualità del processo assistenziale mediante il soddisfacimento dei requisiti di accreditamento richiesti dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale"
- Igiene e Medicina Preventiva: "Prevenzione delle infezioni ospedaliere"

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.

Costituisce altresì obiettivo individuale dei Direttori di Dipartimentola 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.

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'èquipe 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 altro 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 sospeso a far tempo dall'1.1.2006) a seguito della conclusione dell'iter procedurale della verifica circa il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda specificatamente l'Area della Dirigenza Medica, assume particolare rilevanza, nell'ambito della gestione delle risorse economiche ascritte alla retribuzione di risultato per l'anno 2009, l'applicazione a livello aziendale dell'Intesa Regionale sottoscritta in data 21.05.2009 concernente la valorizzazione ed il riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica.
Le relative risorse economiche definite secondo i criteri stabiliti nella succitata Intesa Regionale sono allocate nell'ambito del fondo aziendale per la retribuzione di risultato mediante applicazione dell'art 53 del CCNL 8.6.2000, come specifica "Retribuzione di risultato didattico".
Le quote economiche individuali, nel rispetto di tale finanziamento, sono definite e valorizzate in modo differenziato in relazione alla tipologia di incarico didattico conferito a ciascun dirigente medico.

L'erogazione delle suindicate quote d'incentivo avviene a consuntivo a seguito della positiva verifica svolta dal Direttore della Scuola di Specializzazione relativa alle azioni formative nell'espletamento delle attività di tutoraggio e docenza.

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 2009 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 2009 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.

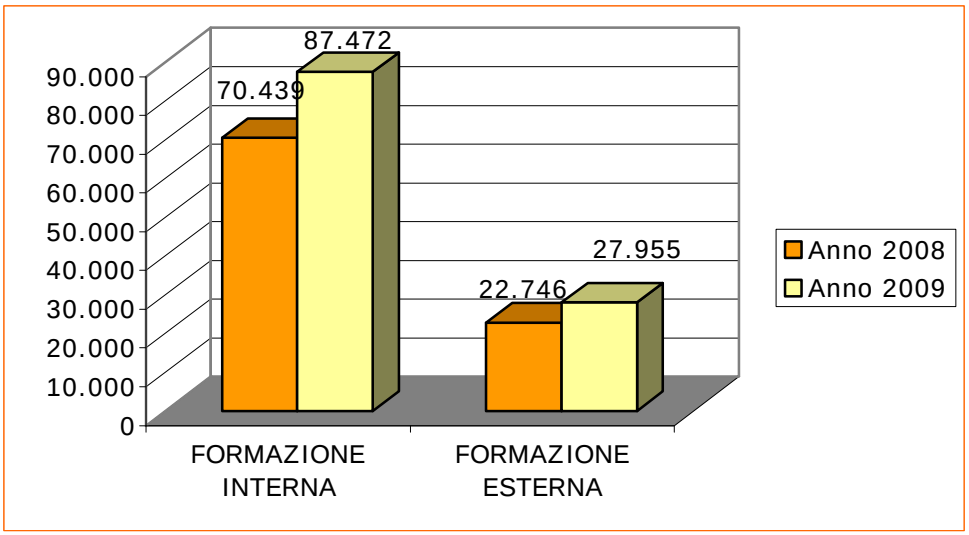
4.7 Formazione

La formazione e l'aggiornamento professionale si connotano quali attività rilevanti e qualificanti ai fini del costante adeguamento al progresso scientifico e tecnologico delle competenze e delle abilità di tutti gli operatori sanitari con la finalità di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza delle prestazioni sanitarie, determinando lo sviluppo costante della qualità dell'assistenza. La formazione, oltre ad essere un processo di acquisizione e sviluppo di abilità e competenze, è trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali; essa è strettamente legata alle strategie globali ed alla gestione delle risorse umane.
Durante l'anno 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nel concorrere ad una corretta e condivisa "cultura dell'organizzazione", all'adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie, al miglioramento continuo in relazione alla qualità delle prestazioni erogate, alla maturazione di una "cultura orientata ai risultati", ha progettato, realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente n. 388 eventi di cui 139 di Formazione sul Campo (questi dati sono comprensivi delle riedizioni dello stesso corso). Rispetto allo scorso anno si registra un notevole incremento delle attività di Formazione sul Campo (+ 43 %) per un totale di circa 7.645 ore di formazione.
Il numero complessivo delle ore di formazione erogate nell' anno 2009 si attesta intorno alle 115.427, di cui n. 87.472 di aggiornamento interno e n. 27.955 ore di aggiornamento esterno, come specificato nella tabella sotto riportata:

Tabella 23 Ore di formazione erogate, anno 2009

Ore di formazione	Anno 2008	Anno 2009	Incremento in %
FORMAZIONE INTERNA	70.439	87.472	19,47%
FORMAZIONE ESTERNA	22.746	27.955	18,63%
TOTALE	93.185	115.427	19,27%

Rispetto all'anno precedente (2008) si registra l'incremento complessivo delle ore di formazione, che si attesta complessivamente intorno al 20%, come è evidenziato nel grafico sottostante.



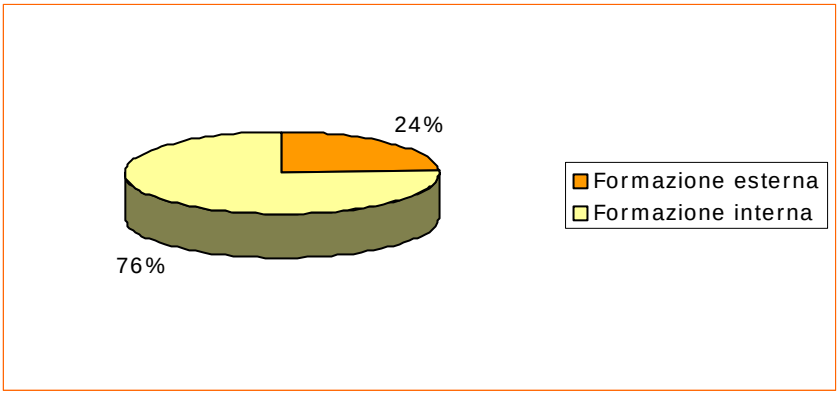
L'incremento è giustificato anche dal fatto che dei 150 crediti formativi del triennio 2008-2010 fino a 60 potevano derivare dal riconoscimento di crediti formativi acquisiti negli anni della sperimentazione a partire dall'anno 2004 fino all'anno 2007, e che quindi per il 2008 molti professionisti hanno usufruito del crediti precedentemente maturati. Inoltre, si registra anche una percentuale elevata di ore di formazione (23%) svolte da personale non ECM per un totale di 22.245 ore.
Sempre durante l'anno 2009, sono aumentati gli interventi formativi promossi dagli Uffici e Servizi trasversali. Ci riferiamo in particolare alle iniziative in materia di sicurezza sul lavoro e prevenzione

(formazione alla sicurezza dei luoghi di lavoro, lotta alla sepsi), in materia di prevenzione dell'influenza N1H1 ed a quelle legate all'adeguamento tecnologico anche in relazione al completamento del Nuovo Ospedale.
Nella tabella successiva abbiamo ripartito le ore di formazione, in base all'area contrattuale dei professionisti. I dati includono i professionisti che hanno un rapporto di lavoro (dipendente e non) con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed i professionisti Universitari convenzionati con l'Azienda.

Tabella 24 Distribuzione ore di formazione in base all'area contrattuale

Area Contrattuale	Ore Formazione esterna	%	Ore Formazione interna	%	Totale	%
Dirigenza Medica	18.897	68%	10.053	11%	28.950	25%
Dirigenza non medica	1.397	5%	1.739	2%	3.136	3%
Comparto	7.464	26%	72.383	83%	79.847	69%
Altro (specializzandi, contrattisti, borsisti, Co.Co.Co)	197	1%	3.297	4%	3.494	3%
	27.955	100%	87.472	100%	115.427	100%

Come risulta anche dal grafico sotto riportato il rapporto fra l'aggiornamento esterno ed interno è di quasi 1 a 3.

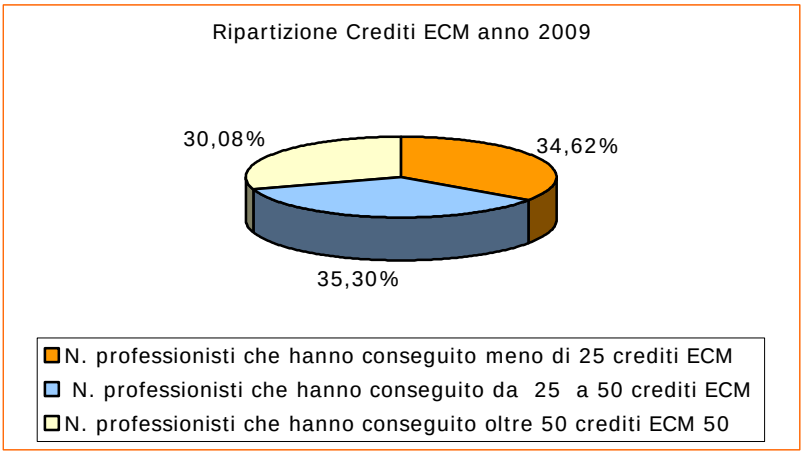


Al 31.12.2009 il numero di professionisti con obbligo ECM erano 2.490 ossia il 67% rispetto al totale dei dipendenti. Quindi, se si considera che, nel corso dell'anno 2009, le ore di formazione ECM complessivamente erogate sono state 89.304, mediamente ogni professionista ECM ha frequentato 35,86 ore di formazione.
Il numero di professionisti che hanno conseguito i crediti ECM richiesti nel 2009, attraverso la partecipazione a corsi di formazione sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda, risulta così ripartito:

Tabella 25 Numero professionisti che hanno conseguito crediti ECM

Professionisti ECM presenti in Azienda	N. professionisti che hanno conseguito meno di 25 crediti ECM	N. professionisti che hanno conseguito da 25 a 50 crediti ECM	N. professionisti che hanno conseguito oltre 50 crediti ECM 50
2.490	862	879	749
	34,62%	**35,30%**	**30,08%**

La percentuale dei professionisti che ha maturato il numero di crediti ECM richiesti attraverso la partecipazione ad iniziative formative si attesta attorno al 65% (il dato non comprende i crediti ECM conseguiti tramite corsi in FAD e tramite attività di tutoraggio nei Corsi di laurea). Possiamo comunque stimare dalle ore di formazione che i professionisti presenti in Azienda hanno conseguito complessivamente circa 100.000 crediti ECM.



Dal punto di vista economico, l'investimento complessivo dell'Azienda per l'attività formativa ECM, nel corso dell'anno 2009, è stato di € 485.620,00 di cui € 373.482,00 per finanziare l'aggiornamento interno.

Tabella 26 Costi della formazione per tipologia di eventi, anno 2009

TIPOLOGIA DI FORMAZIONE	2009	%
FORMAZIONE ESTERNA	112.138,00	23,09%
FORMAZIONE INTERNA	373.482,00	76,91%
TOTALE	485.620,00	100%

L'Azienda ha erogato crediti anche a professionisti esterni, proveniente da altri enti o da strutture private, per circa 15.000 crediti ECM complessivi. Infatti, i professionisti sanitari senza alcun rapporto di lavoro con l'Azienda sono stati circa 1.491 contro i 1.013 dell'anno precedente.

L'analisi del fabbisogno formativo

I piani aziendali della formazione prevedono la definizione di linee di indirizzo con obiettivi macro triennali e l'individuazione di aree di sviluppo annuali, che delineano lo sviluppo dei processi educativi per i professionisti. Così è stato per il triennio 2007-2009 e, a una visione a posteriori di quanto effettuato, si può notare una tendenza prevalente ad attivare formazione di tipo tecnico professionale a livello dei singoli Dipartimenti e a sviluppare formazione orientata a obiettivi aziendali e sovra-aziendali soprattutto nell'ambito della cosiddetta formazione trasversale, proposta cioè da servizi trasversali e dal settore formazione a livello centrale. A fatica, dunque, si coglie un disegno unitario del processo formativo, che rimane ancora, in prevalenza, una raccolta di eventi formativi significativi e di valore, ma non adeguatamente orientati a finalità condivise, che di frequente rimangono di 'corto respiro'. Inoltre, si ha la percezione che la formazione a livello dipartimentale vada in una direzione, quella in specifico dello sviluppo e manutenzione delle competenze tecnico professionali e la formazione trasversale verso lo sviluppo di competenze trasversali, appunto, senza che sia definito un ambito sinergico di convergenza tra le due linee, con rischio di dispersione dei possibili risultati.
Nella seconda metà del 2009, giunti al punto di dover ridefinire le nuove linee di orientamento triennali della formazione per gli anni 2010-2012, si è deciso di utilizzare lo strumento 'analisi del fabbisogno formativo' come elemento fondante affinché la formazione divenga concretamente non la sommatoria di singoli eventi, che si aprono e si chiudono in un lasso di tempo anche molto breve, ma quel processo essenziale per lo sviluppo di professionalità e l'innovazione nell'organizzazione, che ha nella valutazione iniziale del contesto e del problema oggetto di formazione, in una adeguata programmazione educativa e nella valutazione del risultato di ricaduta organizzativa i suoi componenti fondanti.
L'analisi di fabbisogno formativo ha rappresentato dunque la prima fase dell'attivazione della formazione come 'processo'.
In primo luogo, l'analisi di fabbisogno ha messo in campo modalità partecipative da parte dei professionisti: sono state infatti organizzate due giornate di formazione/intervento in cui si sono coinvolti

direttamente i referenti dipartimentali della formazione e i referenti di unità operativa e con questi si sono condivise finalità e strumenti per la rilevazione del fabbisogno.
Un passaggio rilevante dell'analisi di fabbisogno effettuata è costituito dal fatto che, attraverso lo strumento predisposto (un questionario) non si è andati soltanto a rilevare la percezione da parte del singolo professionista del proprio bisogno formativo, ma si è cercato di agganciare il bisogno del singolo con il bisogno aziendale, utilizzando la strategia di formulazione del questionario.
Lo strumento, infatti, è stato costruito dal gruppo dei referenti della formazione, su un formato di base proposto dall'ufficio formazione. È interessante rilevare come la premessa al questionario contenga due parti: una sezione generale, che definisce gli obiettivi generali della formazione ricavati dagli indirizzi del Piano sanitario nazionale e dal Piano sociale e sanitario regionale, da compilarsi a cura dell'ufficio formazione e una sezione più specifica con obiettivi a livello dipartimentale, ricavati da obiettivi sovra-aziandali, coniugati con quelli del PAL e del piano delle azioni aziendale. Si sono così elaborati questionari specifici per ogni dipartimento, con diversificazione della sola sezione di premessa. Si delineano, poi, nel questionario, due domande fondamentali, che intenderebbero portare il professionista a citare il proprio bisogno, ma anche il proprio interesse e motivazione a formarsi relativamente ad obiettivi non più solo personali, ma di gruppo, di dipartimento o anche aziendali. Le due domande citano:
Tenendo conto degli obiettivi indicati in premessa, generali per la Formazione e specifici per il suo Dipartimento, facendo una valutazione di priorità, su quali desidererebbe maggiormente lavorare per migliorare la qualità della sua attività?
Tenendo conto degli obiettivi indicati in premessa e facendo una valutazione di priorità, quali competenze specifiche della sua professione e del suo ambito di lavoro vorrebbe migliorare?
Una volta elaborato, il questionario è passato alla valutazione del Direttore di Dipartimento e del Referente Assistenziale di Dipartimento, prima di essere somministrato, utilizzando la rete dei referenti della formazione. Sono stati raccolti 1.371 questionari, provenienti dai diversi dipartimenti aziendali e da tutte le professioni rappresentate in azienda.
Di seguito sono riportati i principali risultati, dopo aver accorpato le risposte in macro aree di riferimento.
L'innovazione e la formazione sono elementi centrali e strategici dello sviluppo di un servizio sanitario: in questa indagine i professionisti hanno fortemente manifestato il loro impegno in questa direzione. La risposta complessiva di questa indagine è stata buona, anche se non è stato possibile avere i dati dell'intero Dipartimento Emergenza-Urgenza.
In sintesi, i bisogni formativi evidenziati nelle diverse macroaree, in ordine decrescente di frequenza, sono stati:

1. Area comunicazione/relazione
è stato il bisogno formativo maggiormente espresso, trasversale a tutti i Dipartimenti. In primo luogo, nell'aspetto della comunicazione interprofessionale, gestione dei gruppi di lavoro, senso di appartenenza all'Istituzione, qualità relazionale nell'organizzazione; e in secondo luogo nell'aspetto della relazione con il paziente e il familiare.
2. Area gestionale/organizzativa
in questa area rientrano bisogni formativi che delineano un orientamento a ricercare una pratica basata sulla definizione di protocolli e procedure, l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, l'individuazione e sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e di definizione del cambiamento da raggiungere.
Non meno importante la tematica riguardante la sicurezza sul posto del lavoro.
3. Area tecnico-professionale
in questa area il filo conduttore principale sembra essere una formazione tecnica e specializzata, non solo nell'apprendimento di conoscenze e modelli teorici, ma soprattutto nel confronto e nella sperimentazione concreta di nuove tecniche, innovazioni tecnologiche e sistemi informatici.
4. Area ricerca
in questa area i bisogni formativi vanno verso una visione integrata tra ricerca scientifica ed esigenze assistenziali. In particolare, è evidente un orientamento a ricercare una pratica clinica basata sull'evidenza: si evince la necessità di lavorare su linee guida clinico-assistenziali, strumenti di sintesi delle evidenze disponibili, di valutazione dei risultati e della qualità dell'assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da conseguire.

In conclusione, le linee di orientamento espresse dai professionisti riconducono ad un sistema di governo clinico nel quale perseguire obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di salvaguardia di alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica/assistenziale e organizzativa con il contributo di tutte le competenze professionali. La scelta strategica da parte dei

professionisti, di utilizzare gli strumenti del governo clinico, per raggiungere l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, traspare anche nella volontà di attivare un approccio innovativo ai bisogni del paziente, orientato a soddisfare le aspettative dei pazienti, tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto.
I referenti dipartimentali della formazione e quelli di unità operativa, dopo aver preso visione e avere socializzato i risultati dell'analisi dei dati, hanno proposto gli obiettivi formativi di dipartimento da raggiungere nel triennio 2010-2012, che si ricavano dalla informazioni raccolte.
I passaggi sopra elencati sono stati preceduti, ancora una volta, dalla condivisione con i Referenti Assistenziali di Dipartimento e Direttori di Dipartimento.
A questa importante fase è seguita la fase finale di sintesi che, prendendo spunto dagli obiettivi maggiormente indicati dai professionisti attraverso i questionari e dalla successiva formulazione, da parte dei Referenti Dipartimentali della Formazione e dai Referenti di U.O., degli obiettivi a valenza dipartimentale, ha visto la definizione del documento con le linee di indirizzo alla formazione per il triennio 2010-2012, proposte dal settore formazione e approvate dal Collegio di Direzione.
Tale documento è stato oggetto di un incontro con i Referenti della formazione di ogni dipartimento e il settore formazione-livello centrale- per definire le modalità operative con cui orientare le proposte formative annuali alle linee di indirizzo così individuate. A distanza di un anno si effettuerà una valutazione del grado di pertinenza e adeguatezza delle proposte formative con le linee programmatiche.

Analisi di fabbisogno formativo in ambito manageriale

Diverse sono in Azienda le figure che rivestono ruoli di responsabilità gestionale e organizzativa, ai diversi livelli: dai Coordinatori, ai Responsabili assistenziali di dipartimento, ai ruoli di staff alla Direzione assistenziale e alla Direzione sanitaria, ai dirigenti medici di struttura semplice e complessa, ai Direttori di dipartimento.
Estremamente diversificata è anche la formazione che tali professionisti hanno svolto precedentemente o successivamente all'incarico ricoperto: per alcuni la frequenza di master di I o II livello, per altri percorsi ECM modulari, per molti autoapprendimento e formazione sul campo.
Di fronte a questa popolazione così eterogenea, che riveste ruoli così rilevanti e cruciali nell'organizzazione aziendale, ci si è chiesti cosa l'Azienda può mettere in campo come risorsa per sostenere e rafforzare il ruolo manageriale dei propri professionisti.
Di fronte all'esigenza di progettare un percorso formativo su tematiche manageriali per i ruoli gestionali/dirigenziali dell'Azienda, i servizi Formazione e Sviluppo organizzativo si sono attivati mettendo in atto un importante sforzo per attuare un'efficace analisi del fabbisogno formativo, integrazione e sintesi tra quelle che sono le attese dell'organizzazione (e dei pazienti) e quelle dei professionisti. Con la finalità di indagare il fabbisogno di formazione manageriale, così come percepito dai professionisti che svolgono in Azienda tali funzioni, si è messa a punto una rilevazione quali-quantitativa che ha utilizzato sia focus group che questionari. La ricerca è stata effettuata in due fasi: nella prima fase sono stati realizzati cinque focus group a gruppi misti di coordinatori, direttori di struttura semplice e complessa, responsabili assistenziali di dipartimento, direttori di dipartimento, staff della direzione assistenziale e sanitaria.
Dai risultati dei focus group è stata elaborata la prima parte del questionario, relativo alle problematiche maggiormente percepite dai professionisti; lo strumento è stato poi integrato da un'area relativa all'autovalutazione delle competenze possedute e da informazioni riguardanti modalità e metodologie didattiche preferite. Il questionario è stato somministrato a tutta la popolazione sopra descritta.
Una prima impressione generale ricavata dall'analisi dei focus è quella che il tema delle problematiche sia stato proposto dagli intervistati con maggiore intensità rispetto a quello delle competenze, problematiche evidenziate in modo particolare dai direttori di struttura semplice e complessa e dai coordinatori, che sembrano essere i professionisti che percepiscono maggiore difficoltà ad espletare il proprio ruolo.
Dai focus group è emerso che, relativamente alle aree ritenute più problematiche, i coordinatori in particolar modo ritengono siano critici e difficili i rapporti con i propri livelli superiori, la gestione delle risorse umane, l'organizzazione del lavoro e la comunicazione a tutti i livelli; i direttori di struttura complessa si concentrano invece sull'area organizzativa quale dimensione a maggiore problematicità. È interessante notare che i direttori di dipartimento, i responsabili assistenziali di dipartimento e gli staff della direzione medica e assistenziale, a differenza degli altri manager (coordinatori, direttori di struttura semplice e complessa), non percepiscono come problematico il rapporto con i superiori, a sottolineare quanto ha affermato un partecipante ai focus, e cioè che la filiera della gerarchia si è molto allungata dal coordinatore alla direzione assistenziale e dal dirigente medico alla direzione sanitaria, per cui se gli anelli

intermedi non sono particolarmente favorenti la relazione con i superiori, questa può diventare un problema. Insomma, la prossimità al livello gerarchico immediatamente superiore sembrerebbe aumentare la comprensione delle difficoltà oggettive esistenti nell'organizzazione, proprio perché la frequentazione diretta rende più conosciuto il problema. La sensazione è che non vi sia ancora una chiara percezione della linea gerarchica che in teoria dovrebbe essere seguita nel momento in cui è necessario chiedere un supporto, ossia che l'approdo alle direzioni medica e assistenziale dovrebbe essere mediata dalla direzione di dipartimento (Direttore e Rad).

Sembra inoltre essere sensazione diffusa che l'esercizio del proprio ruolo, da parte dei manager, sia fortemente ostacolato da carenze organizzative: la percezione è di essere all'interno di un meccanismo ad alta complessità, in cui le singole parti risultano piuttosto slegate tra loro e che richiede un alto dispendio energetico.

Ampio spazio, all'interno dei focus, è stato dato anche alle problematiche relative al vasto ambito della comunicazione nelle diverse accezioni di comunicazione con pazienti e all'interno dell'Azienda ai vari livelli. Comunicazione intesa non solo come capacità dell'Azienda di fare arrivare le diverse informazioni, ma anche di ascoltare i professionisti, di tenere conto del parere di chi conosce la realtà di cui si sta parlando.

Relativamente alle competenze, gli intervistati sottolineano la necessità di sviluppare competenze trasversali, siano esse di comunicazione, di gestione dei gruppi e dei conflitti e di analisi e gestione dei problemi quotidiani. Risulta particolarmente importante condividere, lavorare in sinergia, sia per migliorare i risultati in termini di prestazione, sia per migliorare la qualità del proprio 'stare in Azienda'. Viene inoltre riconosciuto, ai diversi livelli di responsabilità, la imprescindibile necessità di apprendere le strategie di gestione dei gruppi, soprattutto da parte di chi deve gestire collaboratori.

Dall'analisi dei questionari raccolti (142 su 247 inviati) si possono trarre considerazioni che in buona parte confermano quanto emerso dai focus. Dai dati emerge che i rispondenti appartenenti alle professioni sanitarie avvertono in modo più 'pesante' le problematiche rispetto ai rispondenti medici, anche se è importante precisare che i due gruppi professionali risultano ancora fortemente associati al genere: i medici in maggioranza maschi e le professioni sanitarie femmine. Si conferma la percezione prevalente da parte dei direttori di struttura semplice, complessa e dai coordinatori di problematiche relative alla comunicazione, organizzazione e gestione risorse umane, così come il rapporto con i livelli superiori. I direttori di dipartimento e i Rad si percepiscono maggiormente competenti nella capacità di autovalutarsi e nell'area 'motivazione e sviluppo' dei propri professionisti.

Le professioni sanitarie non mediche poi, rispetto ai dirigenti medici, percepiscono maggiormente il problema della motivazione dei professionisti e del senso di appartenenza alla Unità operativa e all'Azienda. I medici, invece, si percepiscono maggiormente competenti nell'area leadership (coinvolgere il gruppo, motivare verso obiettivi comuni), comunicazione (mantenere efficaci relazioni interpersonali) e valutazione.

Rispetto alle modalità di formazione preferite, emerge un sostanziale accordo rispetto al fatto che i gruppi che si andranno a costituire non siano separati per incarico o per professione: tuttavia, gli appartenenti alle professioni sanitarie così come i professionisti appartenenti al genere femminile mostrano una maggiore disponibilità all'integrazione. Si evidenzia inoltre un favore diffuso relativo al fatto che gli esiti della formazione vengano misurati. Emerge poi un corale accordo sul ritenere poco efficace l'utilizzo della lezione magistrale e invece rilevante per l'apprendimento la formazione sul campo, l'utilizzo di metodologie attive, il lavoro di gruppo con tutor.

Dai primi risultati dell'analisi di fabbisogno emergono tre linee di orientamento per la formazione:

- mantenere una forte e sostanziale correlazione tra formazione manageriale e sviluppo delle potenzialità dei sistemi organizzativi e operativi aziendali;
- favorire la conoscenza e lo scambio di comunicazione tra i diversi livelli di responsabilità all'interno dei dipartimenti e, più in generale, tra dipartimenti e servizi trasversali e di supposto;
- considerare la differenza di genere come elemento rilevante del percorso formativo manageriale: un dato significativo dell'indagine mostra un 'disagio' spesso descritto dalle donne nella vita organizzativa e che è stato attribuito, anche dalle donne stesse, a incapacità o incompetenza individuale. Studi recenti sulle differenze di genere hanno cominciato a far comprendere che in realtà ciò si verifica in buona parte in quanto le organizzazioni sono storicamente disegnate sulle caratteristiche maschili.

Il dossier formativo

Lo strumento dossier formativo è stato elaborato nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo con la finalità di integrare il Piano formativo aziendale con le aree specificamente definite di analisi di fabbisogno, di reporting e di valutazione di risultato della formazione.
Lo strumento è stato sviluppato sulla proposta avanzata dal gruppo regionale che ha lavorato sul dossier formativo. Si è scelto, per ragioni di opportunità e di fattibilità della prima sperimentazione, di partire con la costruzione di un dossier formativo di gruppo; nello specifico il gruppo è stato identificato con la struttura dipartimentale.
Il dossier formativo risulta costituito da 5 sezioni:

- elementi di contesto e unità operative afferenti al dipartimento,
- obiettivi formativi del gruppo,
- programmazione formativa di gruppo,
- realizzazione/evidenze,
- sistema di valutazione.

Nella prima sezione 'elementi di contesto e unità operative afferenti al dipartimento' viene descritta la mission del dipartimento, le strutture afferenti allo stesso con i posto letto dedicati, le professionalità coinvolte nei processi di cura, di care e di riabilitazione, le principali attività svolte dal gruppo professionale, la tipologia di utenza che afferisce al dipartimento, il sistema delle relazioni interne ed esterne. Gli elementi di contesto risultano essenziali al fine di agganciare lo sviluppo successivo del dossier alla realtà concreta del Dipartimento, con le sue caratteristiche peculiari che derivano appunto dalla tipologia di utenti, di professionisti, di attività, di relazioni.
La seconda sezione, relativa agli obiettivi del gruppo, è stata sviluppata sulla base dell'analisi di fabbisogno formativo, effettuata a fine anno 2009 e ripetibile triennalmente, con step di valutazione in itinere annuali. Sulle modalità di effettuazione dell'analisi di fabbisogno è già stato detto al paragrafo precedente. In questa sezione del dossier, vengono riportati i dati (in forma tabellare o grafica) con la descrizione degli stessi, al fine di costruire le basi per la definizione degli obiettivi o linee di indirizzo alla formazione del dipartimento per il prossimo triennio. Infatti, le aree di indagine percepite come più problematiche o a maggiore interesse di sviluppo sono le stesse che costituiscono le aree prescelte quali indirizzo alla formazione. In particolare, il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo avrebbe individuato tre aree di sviluppo: l'area gestionale- organizzativa, l'area comunicativo-relazione e l'area della ricerca e innovazione.
La terza sezione 'programmazione formativa di gruppo' fa, per l'anno 2009, ancora riferimento alle schede di progetto presentate nel Piano formativo aziendale. Questa sezione del dossier, tuttavia, avrebbe la finalità di valutare la corrispondenza tra obiettivi formativi scelti, sulla scorta dell'analisi di fabbisogno, e progetti formativi proposti e poi concretamente realizzati. Anche questa sezione è particolarmente innovativa rispetto al modello di formazione prevalente prima dell'introduzione del dossier, un modello cioè in cui gli eventi formativi di frequente nascevano dalla proposta di singoli professionisti o senza una reale correlazione con bisogni più complessivi del gruppo e quindi con i mandati aziendali o sovraziendali al dipartimento. Ovviamente il 2009 e anche il 2010 sranno anni di transizione da un modello all'altro, con necessariamente la dovuta tolleranza rispetto ad eventuali progetti ancora piuttosto sganciati dagli obiettivi di gruppo. Tuttavia, nell'arco di due anni, ci si prefigge di raggiungere il risultato della coerenza almeno per l'80%.
La quarta sezione riguarda la realizzaione degli eventi e la documentazione delle evidenze. I dati di riferimento della realizzazione delle evidenze sono gestiti attraverso un sistema applicativo aziendale, che fornisce un curriculum formativo individuale. Sono inoltre previsti come evidenze, report strutturati con i dati più significativi relativi ad ogni evento, comprendenti anche i costi. Per gli eventi esterni si prevede la realizzazione di audit di socializzazione interprofessionali successivi alla partecipazione all'evento.
La quinta sezione, il sistema di valutazione, rappresenta l'altra area di grande innovazione per i processi formativi. Infatti, fino ad oggi, la maggior parte delle tipologie di valutazione degli eventi era costituita dalla valutazione dell'apprendimento del partecipante e dalla valutazione di gradimento del corso/evento da parte del professionista, tipologie di valutazione che sono entrambe a fine evento. Poco ancora si è fatto sulla possibilità di valutare la ricaduta organizzativa dell'evento anche a medio e lungo termine. Questa sezione intende mantenere le modalità di valutazione già in essere e di potenziarle con l'individuazione di indicatori che vadano a misurarare cosa è cambiato nell'organizzazione e quale evoluzione è stata possibile dal punto di vista professionale. A questo proposito, è in elaborazione anche una scheda di autovalutazione da parte del professionista delle proprie performance.

4.8 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura

Interventi di prevenzione e riduzione del burn out

Tra quanti operano in ambito socio-sanitario non è raro riscontrare come la motivazione nei confronti della professione sia frequentemente minata sia da fattori estrinseci, come i risultati che si riesce a raggiungere, sia dalla propria biografia personale.
Vi è tuttavia in ciascuno una tensione costante a rinnovare i motivi di interesse verso il proprio lavoro. Si tratta di un bisogno di senso che interpella ogni operatore e che si appaga quando il soggetto riesce a ridare valore al proprio quotidiano, attraverso processi che sono solo in parte consci.
Quando ciò non avviene, la professione scade in un mestiere deprivato sul piano motivazionale, espone il soggetto al burn out e si riflette nella qualità della relazione con i pazienti, i familiari ed i colleghi.
I percorsi formativi in tale contesto devono pertanto essere finalizzati a:

- fornire nuove prospettive per la comprensione dei bisogni propri, dei colleghi e degli utenti,
- ridare vigore ad una professionalità facilmente sottoposta a fenomeni di burn out o di distanziazione,
- sviluppare nuova consapevolezza circa le modalità di relazione con gli altri;
- migliorare il rapporto con gli utenti, nel senso della relazione d'aiuto.

Nel corso del 2009, diverse iniziative sono state attivate dal Servizio di Psicologia Ospedaliera a beneficio degli operatori che lavorano nelle varie realtà ospedaliere, e sono anche stati progettati per il 2010 diversi interventi formativi in collaborazione con il Servizio di Formazione e Aggiornamento dell'Azienda e il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale.
Per quanto riguarda l'ambito di prevenzione dello stress negli operatori sanitari, nel 2009 sono stati svolti i seguenti interventi formativi:

- Incontri sul tema **"La comunicazione assertiva sul posto di lavoro"**. Presso la S.S.D. Malattie del Ricambio e Diabetologia sono stati avviati incontri sul tema per fornire strumenti di analisi, valutazione e comprensione dei fattori responsabili del distress e di fornire all'operatore tecniche valide di gestione comunicativa. I partecipanti sono stati n. 23 tra medici e infermieri. La valutazione degli esiti è avvenuta attraverso un test di discriminazione dei comportamenti assertivi, effettuato prima della formazione e post-formazione con esiti positivi (discriminazione corretta dei comportamenti assertivi nella totalità degli item). È stato inoltre somministrato il test di gradimento finale con risposte decisamente positive ("molto efficace"= n. 21; "efficace"= n. 2).
- **"Laboratori di analisi ed elaborazione di casi clinici".** Con il personale infermieristico, nel numero massimo di 20 operatori, proveniente da varie UU.OO., sono stati condotti i laboratori che hanno perseguito i seguenti obiettivi:
    - sviluppare un'attenzione alle dinamiche di relazione e ai processi inter-familiari alla base della cura, creando attenzione alle proprie difficoltà nella relazione con il paziente e/o familiare, e alle proprie capacità e risorse nella gestione di situazioni difficili;
    - divenire maggiormente consapevoli dell'effetto che il proprio comportamento può suscitare sul paziente e/o familiare (apprendere dal feedback del paziente e/o familiare);
    - migliorare la propria capacità di confrontarsi con i colleghi nel caso di difficoltà, ottimizzando il proprio processo di apprendimento.

Inoltre, sono stati attivati alcuni interventi formativi specificamente orientati ad affrontare tematiche collegate all'esposizione dell'operatore a rischio stress lavoro-correlato. In particolare, si devono menzionare i corsi su "La prevenzione della sindrome del burn-out negli operatori socio-sanitari e l'utilizzo delle proprie risorse" attivato nella U.O. Nefrologia e Centro Trapianti; e "Il burn-out negli operatori dell'emergenza-urgenza", svolto presso il I Servizio di Rianimazione e Anestesia. Tali incontri hanno avuto le seguenti finalità:

- aumentare la consapevolezza negli operatori delle proprie risorse e dei propri punti di forza;
- acquisire competenze che permettano di sostenere l'interazione emotiva tra l'operatore e l'utente;
- impedire l'abbassamento della qualità delle prestazioni fornite ai pazienti;

- diminuire il livello di insoddisfazione e assenteismo degli operatori.

Durante questi corsi è stato distribuito un test di autovalutazione dello stress MBI (Maslach Burnout Inventory) senza alcun tipo di restituzione.
Il Servizio di Psicologia Ospedaliera ha inoltre progettato per l'anno 2010, i seguenti interventi formativi in collaborazione con il Servizio Formazione e Aggiornamento e con il Servizio Prevenzione e Protezione:

- Incontri previsti nel Progetto Sicurezza sulla sindrome da burn-out, sulla comunicazione assertiva e sulla comunicazione tra professionisti sanitari;
- Incontri sulla relazione e comunicazione inter-professionisti sanitari in Neuroradiologia;
- Incontri sulla relazione paziente-operatore-familiare e sui principi della comunicazione nell'U.O di Malattie Infettive ed Epatologia per la patologia dell'HIV;
- Incontri di supervisione sui casi in Oncologia;
- Incontri di supervisione sui casi in Pneumologia-SLA;
- Incontri di supervisione sui casi in Chirurgia Plastica- Centro Gravi Ustionati;
- Incontri di supervisione sui casi in Cardiologia.

Nell'ambito delle attività formative svoltesi nel corso del 2009, in occasione dei progetti formativi finalizzati a formare figure di Formatori per la Sicurezza e nel rispetto dei contenuti del D.Lgs. 81/08, sono stati affrontati, per linee generali, temi che si ricollegavano alla esposizione del lavoratore a rischio stress lavoro-correlato. Infatti, il citato D.Lgs. Nuovo Testo Unico per la salute e sicurezza in ambienti di lavoro, pone ampio risalto all'obbligo della formazione dei lavoratori. In tale contesto è stato inserito nel programma l'argomento relativo a tale esposizione, rimarcata nel Decreto come nuova sorgente di rischio oggetto di valutazione specifica.
Il Servizio Prevenzione e Protezione (SPPA) ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione del Rischio (ai sensi degli artt. 17 e 28 del D.Lgs. 81/08) correlando i parametri forniti dal medico competente, dal Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e dal Settore Formazione ed Aggiornamento, in modo da stabilire, nel rispetto di Linee Guida Regionali pubblicate nel corso del 2009, specifici indicatori.
I livelli di rischio stress riscontrati sono stati successivamente oggetto di analisi finalizzata alla loro mitigazione, in funzione della quale è stato avviato un progetto di riscontro interattivo con il personale attraverso due fasi distinte: la prima costituita da interviste mirate e focus group con lavoratori appartenenti a qualifiche professionali significative (per numero) all'interno dell'ambito ospedaliero. Con tali elementi di informazione è stato possibile predisporre una serie di griglie di questionari, differenziati per qualifiche, per genere e per appartenenza a dipartimento che costituisce la seconda fase, tuttora in fase di espletamento, consistente in una somministrazione a campione (pari al 15%) estrapolato su fondamento scientifico tra la popolazione ospedaliera – intesa come dipendenti e come personale universitario universitario che svolge attività assistenziale - , in modo da acquisire tutti i dati necessari allo studio delle idonee contromisure da progettare per la mitigazione del rischio riscontrato.
È solo il caso di precisare che per il 2010 sono stati progettati corsi di approfondimento specifico sui rischi ospedalieri, indirizzati alle figure di Formatori per la Sicurezza sopra richiamati, con tematiche ancora più pertinenti alle singole realtà lavorative rappresentate da ciascuna di esse. Tra le argomentazioni inserite, a livello trasversale, c'è lo studio della sindrome di Burn-out: rischi derivanti da particolari condizioni di affaticamento dovute al carico di lavoro, alla sua tipologia ed alle connesse implicazioni sulla salute dell'operatore. I relatori sono stati selezionati nell'ambito del Servizio di Psicologia ospedaliera; è solo attraverso una tale comprovata sinergia che è possibile fornire una formazione a livelli adeguatamente professionali ai lavoratori aziendali, esposti quotidianamente a manifestazioni riconducibili ad una tale sorgente di rischio.

La comunicazione con il paziente e la famiglia e il lavoro in team

Le competenze comunicative e relazionali sono diventate in ambito sanitario un indispensabile completamento del ruolo professionale.
La sala operatoria è un ambiente multidisciplinare in cui la comunicazione, verbale e scritta, diviene il processo principale per garantire il migliore outcome possibile per il paziente. Il personale di sala operatoria, inoltre, comunica con il paziente e con tutte le altre figure multidisciplinari che intervengono lungo il suo percorso attraverso lo scambio, la raccolta e l'interpretazione di informazioni al fine di formulare diagnosi e interventi terapeutici.
La comunicazione non efficace verbale e/o scritta è associata ad un aumento degli errori, degli incidenti, dei rischi per i pazienti, con conseguente aumento dei costi, delle lamentele e dei problemi medico-legali.

Il corso "Comunicazione e team work in sala operatoria"svoltosi nel maggio giugno 2009 per 20 ore è stato il frutto di una stretta collaborazione tra le due Coordinatrici del comparto operatorio del Dipartimento Testa-Collo, una psicologa formatrice, un anestesista nella veste di consulente tecnico del settore, un medico legale e un attore regista docente di teatro, recitazione e tecniche della comunicazione.
Il corso era intradipartimentale, interdisciplinare dedicato al personale medico ed infermieristico che lavora regolarmente insieme nel comparto operatorio del dipartimento Testa-Collo, condividendone gli spazi, le strutture, e le attrezzature.
Gli obiettivi del corso erano di fare acquisire ai partecipanti la consapevolezza che una comunicazione efficace promuove e migliora l'outcome del paziente e la propria performance lavorativa, di apprendere dal confronto con l'altro all'interno dell'équipe multi-professionale e di sviluppare competenze comunicative verbali e scritte in ambito lavorativo.
Il corso ha affrontato la comunicazione orale e scritta.
La metodologia utilizzata prevedeva esercitazioni in aula e discussioni guidate con la partecipazione attiva dei discenti. È stata usata la metafora teatrale per sperimentare diverse forme di comunicazione.
Una sessione si è svolta nella suggestiva cornice del teatro del Vicolo. Facendo il parallelo tra "teatro operatorio" e "teatro", sotto la guida del regista, i partecipanti hanno potuto usare la simulazione, e la possibilità di scoprire aspetti della realtà che senza questo gioco difficilmente sarebbero stati compresi.
La comunicazione scritta (cartella clinica, lista operatoria, consegne) è stata trattata anche dal punto di vista medico-legale, con esercitazioni pratiche e simulazioni.
Hanno partecipato 6 chirurghi di varie specialità (maxillo-facciale, otorinolaringoiatria, oculistica), 2 anestesisti, 2 coordinatrici di comparto operatorio, 9 infermieri di comparto operatorio, tutti afferenti allo stesso comparto.
I risultati ottenuti grazie allo svolgimento di questo corso sono stati diversi:

- nei mesi successivi, il personale infermieristico e ausiliario del comparto operatorio dedicato alla chirurgia maxillo-facciale e ORL ha instaurato un incontro settimanale verbalizzato;
- la consegna scritta è stata implementata nell'ambito del comparto operatorio;
- sono stati risolti alcuni conflitti legati alla valutazione individuale ed il clima nel comparto operatorio dell'oculistica è migliorato.

I laboratori della comunicazione per i professionisti sanitari

L'operatore necessita di una formazione continua e di una dovuta preparazione che gli fornisca gli strumenti per stare, con buon agio, all'interno di una relazione di cura. Affrontare la sofferenza e il dolore del paziente può essere fonte di malessere e disagio da parte del professionista sanitario. La formazione professionale rappresenta sicuramente un buon supporto, ma spesso i professionisti sanitari esprimono l'esigenza di essere affiancati, in una sorta di "supervisione" sul campo, anche nel loro agire quotidiano, esprimono cioè l'esigenza di un contesto in cui poter condividere le situazioni e le emozioni vissute all'interno di una specifica relazione di cura. Al fine di accogliere questa esigenza, sono stati pensati ed organizzati dei Laboratori della comunicazione: momenti di confronto sui casi e sulle modalità comunicative agite nei vari contesti relazionali. I laboratori si sono così strutturati: una **prima fase** di rappresentazione, tramite simulata o role playing, di una specifica relazione di cura. I professionisti sanitari agivano la loro competenza ed esperienza, senza la "contaminazione" di un nuovo sguardo sulla relazione e sulla comunicazione professionista-paziente. In una **seconda fase**, fase teoria, venivano introdotte alcune nozioni del "modello patient centred e dell'Agenda del Paziente"[1] e si declinavano le possibili domande con cui far emergere le dimensioni principali dell'Agenda del Paziente (sentimenti; idee e interpretazioni; aspettative e desideri; il contesto). In una **terza fase**, alla luce di queste nuove riflessioni e di questo nuovo sguardo sulla relazione, i partecipanti ai Laboratori erano invitati a ripetere la simulata o role playing della specifica relazione di cura già rappresentata durante la prima fase. Alla simulata faceva seguito un incontro di riflessione e di autoriflessione sulle differenze tra le due situazioni: differenze emerse dal comportamento del paziente, dal comportamento dell'operatore e dalla relazione tra i due. Le due simulate, nella prima fase e nella terza fase, sono state videoregistrate. Questo ha reso possibile, nella parte finale dei Laboratori, (**quarta fase**), di rivedere i filmati e di riflettere ancora sul proprio comportamento e sulla propria capacità di porsi in relazione. Ogni professionista rifletteva sul proprio comportamento, sulle differenza tra un prima e un dopo l'introduzione delle nozioni teoriche, su un proprio maggiore o minor agio, su propri limiti e proprie capacità.

[1] *La visita medica centrata sul paziente*. Egidio A.Moja ed Elena Vegni. Raffello Cortina, Milano, 2000.

Le simulate e le riflessioni hanno migliorato la consapevolezza dei diversi professionisti sulla loro tendenza a porsi, nei confronti del paziente, in un modo tendenzialmente istruttivo ed educativo, non dedicando tempo ad una fase iniziale di ascolto e comprensione dei vissuti e delle idee del paziente rispetto alla propria condizione di salute. Questo atteggiamento presentava il limite di non rendere esplicito quello che già il paziente sapeva della sua malattia, idee irrazionali comprese, e quello che non sapeva. Dare spazio all'ascolto permette di rendere esplicite le idee del paziente, le sue aspettative, le sue paure, le sue idee sul futuro e altro ancora e, in questo modo, per il professionista è più agevole introdurre informazioni e conoscenze mirate a quel paziente, alla sua condizione, alla sua percezione della malattia.

Altro aspetto emerso: la tendenza a non valorizzare le risorse del paziente. Introdurre nozioni, dire al paziente cosa deve fare e non fare, mette il paziente in una posizione passiva e di non scoperta e valorizzazione delle proprie competenze e risorse. Al contrario, porsi in relazione attraverso l'utilizzo di domande che aiutino il paziente a riconoscere le proprie risorse, attiva l'empowerment del paziente e aumenta, di conseguenza, la fiducia nella relazione professionista-paziente.

Il porsi in modo istruttivo ed educativo, come è emerso dalla prima simulata, aumenta, inoltre, l'ansia e il malessere del professionista che si sente la figura attiva della relazione: quello che deve dire, aiutare, sostenere, ottenere la fiducia, dare sicurezza, eccetera. Il porsi in modo istruttivo è fonte di maggior responsabilità e stress per l'operatore. Imparare invece ad attivare l'empowerment del paziente, metterlo in una posizione attiva, di riconoscimento e valorizzazione delle proprie risorse e competenze, significa sentirsi all'interno di una relazione e non unico responsabile del buon esito della relazione. Sentirsi parte di una relazione significa imparare a non sentirsi il solo responsabile del successo o dell'insuccesso di una relazione, ma significa sentirsi in un processo di co-costruzione della relazione di cura. Questa consapevolezza è alla base di una capacità di stare, con sempre maggior agio, all'interno di una relazione di cura.

4.9 Sistema informativo del personale

Per le finalità di programmazione, controllo, organizzazione e valutazione, nonché ai fini di un miglioramento della qualità delle prestazioni fornite, è requisito indispensabile per ogni servizio disporre di un adeguato sistema informativo del personale.
Risulta a tale scopo imprescindibile l'integrazione tra i diversi applicativi informatici in uso, per definire un flusso di dati tra i diversi programmi che consenta di implementare e mantenere un'anagrafica del personale aggiornata e completa, utilizzabile per le molteplici finalità che attengono alla gestione del rapporto di lavoro e alle molteplici attività connesse
Il progetto di integrazione si pone gli obiettivi della facile consultazione, corretto allineamento dei dati di interesse aziendale e, soprattutto, il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza informatica, privacy e gestione dei dati personali.
La realizzazione del sistema informativo integrato è declinata in diverse fasi:
1. riunificazione delle anagrafiche aziendali,
2. procedure di attivazione e disattivazione delle utenze dal sistema informatico,
3. centralizzazione ed integrazione della struttura aziendale,
4. allineamento dell'elenco telefonico con l'anagrafica e la struttura aziendale,
5. riunificazione dell'elenco dei fornitori e anagrafica delle persone che accedono al sistema informatico,
6. anagrafica degli edifici e loro destinazione d'uso,
7. gestione degli accessi (badge e sbarre dei parcheggi per la sosta e per l'accesso all'area ospedaliera).

In tale ottica di realizzazione dell'"Anagrafica unica aziendale", si sono ricondotte nel software di gestione del personale dipendente, le informazioni relative ai dati anagrafici e di carriera del personale che opera all'interno dell'Azienda in virtù di rapporti di prestazione d'opera, di collaborazione e dei titolari di borse di studio.
Il sistema così avviato consente di disporre in tempo reale dell'allocazione del personale, e per quanto riguarda il personale dipendente, ha consolidato la possibilità 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 la diffusione della concezione della "gestione decentrata" delle presenze del personale, delegata ai Coordinatori o Responsabili di struttura, mediante l'accesso diretto all'utilizzzo del software gestionale.
Si è continuato a far fronte con celerità ai debiti informativi che l'Azienda ha nei confronti della Regione 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, della spesa per il personale eccetera.
Infine, nel corso dell'anno 2009, nell'ambito della costruzione della nuova "Intranet" aziendale, si è provveduto a rendere attiva una apposita sezione dedicata al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, nel quale i dipendenti possono trovare tutte le informazioni e le novità relative al rapporto di lavoro, nonché la modulistica necessaria per la presentazione delle diverse istanze e richieste (ad esempio ferie, aspettative, permessi, eccetera).

4.10 Sruttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

La contrattazione integrativa inerente l'anno 2009 è stata prevalentemente finalizzata, con particolare riferimento all'area del personale del Comparto, a realizzare i percorsi di valorizzazione professionale in attuazione degli interventi triennali sanciti dell'accordo quadro sottoscritto con la rappresentanza sindacale di categoria in data 3 luglio 2008.
In applicazione di quanto pattuito ed in coerenza con gli indirizzi regionali, sono stati definiti percorsi di sviluppo economico del personale strettamente connessi ad un sistema di valutazione delle competenze basato su logiche selettive ed improntato ai principi della diretta conoscenza delle attività del valutato nonché alla partecipazione del valutato al procedimento anche attraverso il contraddittorio.
Procedendo in questa ottica, si è altresì pervenuti ad implementare e ad attivare un sistema di valutazione aziendale individuale annuale con un monitoraggio intermedio che, prescindendo dall'applicazione di istituti contrattuali, è volto allo sviluppo professionale in termini di incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.
L'impianto correlato al processo di valutazione aziendale è stato delineato mediante la formulazione di specifici documenti aziendali condivisi dalla rappresentanza sindacale mediante sottoscrizione in data 22 luglio 2009 di apposito verbale di concertazione.
Nel contesto dei percorsi di carriera si è proceduto, per quanto concerne l'area della Dirigenza Medica, all'integrazione dell'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali attraverso il conferimento di incarichi di direzione e di natura professionale di alta specializzazione valorizzando le funzioni dirigenziali al fine di realizzare una migliore efficienza e funzionalità delle articolazioni aziendali.
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 alle tematiche connesse alla partecipazione dei medici in formazione specialistica alle attività assistenziali in applicazione dell'Accordo Attuativo locale sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia.
Nell'ambito della consultazione sindacale mediante un incontro a tavoli unificati delle tre aree di contrattazione si è condivisa l'adozione del regolamento aziendale per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale.
Ampia consultazione è stata altresì effettuata riguardo la pianificazione delle azioni da intraprendere in base al Piano Pandemico aziendale
Riguardo agli istituti contrattuali a carattere economico, sono state avviate e concluse relativamente alla dirigenza SPTA ed al personale comparto le trattative concernenti gli accordi sulla quantificazione dei fondi contrattuali.
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 2009 sottoscritto in data 19.11.2009
- Accordo sulla gestione di risultato 2009 sottoscritto in data 3.12.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza sottoscritto in data 19.11.2009

AREA DIRIGENZA MEDICA

Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2008 sottoscritto in data 6.04.2009

- Accordo sulla gestione di risultato 2008 sottoscritto in data 25.05.2009
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative
- Verbali di concertazione in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali sottoscritti in data 30.03 2009, 6.04.2009, 25.05.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza sottoscritto in data 12.10.2009
- Avvio della trattativa concernente la quantificazione e finalizzazione delle risorse 2009

AREA COMPARTO

- Accordo sulla quantificazione e finalizzazione delle risorse 2009 sottoscritto in data 18.03.2009
- Accordo concernente la progressione verticale del personale precario stabilizzato in categoria A in possesso del requisito di esperienza professionale di cui alle declaratorie del CCNL 1998/2001
- Accordo in ordine agli interventi di progressione economica orizzontale 2009/2010 sottoscritto in data 22.07.2009
- Verbale di concertazione riguardante il sistema di valutazione aziendale per il personale dell'area Comparto sottoscritto in data 22.07.2009
- Accordo concernente la ripartizione delle risorse economiche finalizzate agli interventi di contrattazione integrativa per l'anno 2009 sottoscritto in data 18.11.2009
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale riguardante i servizi di pronta disponibilità sottoscritto in data 9.12.2009
- Consultazioni in materia di organizzazione del lavoro, di innovazioni tecnologiche, di trasferimenti , ristrutturazione di Unità Operative
- Verbale di consultazione in ordine al Regolamento organizzativo aziendale della Direzione del Servizio Assistenziale sottoscritto in data 4.02.2009

Libera professione

L'Azienda dopo aver determinato nel proprio Piano Aziendale le modalità attraverso cui predisporre, anche con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero - professionale intramuraria, ha avviato procedure di verifica e di congruità sui volumi delle prestazioni erogate in regime libero – professionale.
È infatti intenzione della Azienda approfondire le dinamiche sottese all'esercizio della Libera Professione Intramoenia, individuando, nel rispetto delle normative nazionali e regionali oltre che delle previsioni del CCNL, possibili margini di miglioramento nell'erogazione all'utenza di prestazioni di libera professione, previo assolvimento del soddisfacimento delle prevalenti esigenze istituzionali.
A tal fine è stato confrontato, per i casi vagliati, il numero delle ore effettuate in libera – professione, estrapolate dal sistema di prenotazione, e l'orario di lavoro.
Dalle analisi realizzate non sono emersi scostamenti o particolari criticità. Non vi è stata quindi la necessità di porre in essere alcuna azione correttiva atta a ridefinire con le singole unità operative i volumi di attività libero - professionale intramuraria.
L'implementazione dell'attuale sistema di monitoraggio proseguirà, automatizzandolo in misura maggiore e rendendolo ancora più funzionale all'esigenze del Piano Aziendale.
Gli altri ambiti di monitoraggio, relativi alla verifica sia dei volumi di produzione di attività di specialistica ambulatoriale sia dei volumi di produzione di ricovero in regime libero - professionale rispetto all'attività istituzionale per pazienti ricoverati, non hanno fatto rilevare significative criticità.
Per l'anno 2009, l'andamento dei ricavi derivanti dalla Libera Professione ha visto una sostanziale riconferma dei valori dell'anno precedente, con una modesta flessione, pari al 3,71% ,dovuta verosimilmente all'andamento congiunturale complessivo.

Tabella 27 Andamento ricavi libera professione

Tipologia di Libera professione	2008	2009
Degenza ospedaliera	1.694.935	1.665.443
Specialistica ambulatoriale	6.213.216	5.949.042
	7.908.151	7.614.485

Gestione del contenzioso

La gestione degli aspetti patologici del rapporto di lavoro rappresenta un momento di fondamentale importanza per l'intera struttura delle relazioni con il personale.
Sia nella fase iniziale della controversia, sia nella fase giudiziale, la gestione partecipata della vertenza con i vari attori (il lavoratore e i suoi rappresentanti, il Dirigente di riferimento del dipendente, i vari servizi aziendali competenti, tra i quali in primo luogo il Servizio Attività Giuridico – Amministrativa, il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale e la Direzione del Servizio Assistenziale), il responsabile del procedimento, i difensori delle parti) costituisce infatti non solo una strategia deflattiva del contenzioso nel tentativo di trovare una composizione bonaria della lite, ma anche un prezioso momento di confronto

che offre numerosi spunti in tema di relazioni con il personale. L'intento è quindi quello di affrontare la vertenza non solo dal punto di vista tecnico, analizzandola quale evento isolato dalla restante gestione aziendale, ma utilizzarla quale potenziale case study e/o evento sentinella per un reale sviluppo organizzativo dell'Azienda. A tal proposito, la gestione diretta delle vertenze, che nel 2009 è stata ulteriormente promossa, rappresenta una risorsa oltre che una strategia. Le ripercussioni positive sono evidenti non solo dal punto di vista dei minori costi di gestione, ma soprattutto per il circolo virtuoso che si crea dalla analisi congiunta delle controversie, dalla formulazione delle memorie difensive e dalla discussione degli esiti della lite, con risultati importanti quali: la prevenzione di future controversie, il miglioramento continuo delle procedure interne, l'aggiornamento alle più recenti evoluzioni della normativa e della giurisprudenza, il confronto con le altre Aziende Sanitarie, in particolare quelle di Area Vasta con i quali sono frequenti le riunioni di tavoli tecnici, la crescita professionale dei collaboratori coinvolti, il potenziamento dello spirito di gruppo. Anche nei confronti dell'esterno, la volontà di gestire direttamente il contenzioso viene percepita dalle controparti e dalla collettività come un segnale positivo della presenza aziendale e della volontà di collaborare attivamente e in prima persona alla soluzione delle controversie.

Il contenzioso nel periodo di riferimento ha riguardato principalmente sanzioni disciplinari e trattenute stipendiali; i tentativi di conciliazione esperiti presso la Direzione Provinciale del Lavoro sono stati circa 30 dei quali oltre un terzo conclusi con una definizione bonaria. Le nuove vertenze instaurate presso il Tribunale Civile Sezione Lavoro sono state 5, le sentenze di primo grado 6 e le cause pendenti a fine anno 9 di cui 3 in grado di appello.

Nel corso del 2009, il numero delle vertenze è rimasto pertanto su valori contenuti in rapporto al numero dei dipendenti, al turn-over, alla complessità organizzativa dell'azienda (in particolare riferimento all'attività assistenziale del personale universitario) e alle novità sul piano normativo per la Pubblica Amministrazione.

4.11 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori

Il nido aziendale

L'asilo aziendale dedicato ai figli dei dipendenti, realizzato in sinergia con l'Azienda Sanitaria territoriale, il Comune di Parma, il contributo della Provincia di Parma e di finanziatori privati, concretizza l'attuazione di un progetto innovativo rivolto ai professionisti aziendali e d'interesse per l'intero tessuto sociale della città.
L' Asilo Nido dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è dedicato ai figli dei dipendenti tra i 12 mesi e i 36 mesi, dispone di 32 posti ed è aperto cinque giorni la settimana dal lunedì al venerdì.
Per facilitare ulteriormente i professionisti, è prevista la possibilità di apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste.
Di assoluto rilievo è la circostanza che la pausa estiva è stata limitata al solo mese di agosto. L'apertura giornaliera dalle 6,30 alle 19,00 tende a garantire la più ampia copertura dell'orario di lavoro dei genitori, venendo incontro anche alle esigenze del personale turnista.
Inoltre la possibilità di concordare con il gestore un orario più flessibile ed adattabile a quello lavorativo, soprattutto se comparato agli orari delle altre strutture similari, facilita le politiche di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e delle pari opportunità rivolte alle lavoratrici donne, offrendo ad entrambi i genitori dipendenti, sia padri che madri, la possibilità di coniugare al meglio il ruolo di genitore e quello di lavoratore.

I servizi alla persona

L'Azienda, nel corso del 2009, ha posto in essere numerose 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 si è proseguito nel quotidiano presidio del servizio di vigilanza, in modo da modulare le prestazioni sulla base dei fabbisogni aziendali in alcune aree e fasce orarie critiche e per determinati periodi (in particolare l'accesso al Pronto Soccorso, oggetto di importanti lavori edili), sulla base delle segnalazioni da parte di personale e utenti della reportistica a disposizione su apposito sistema informativo.

I servizi di carattere commerciale interni all'Ospedale, già descritti nel paragrafo dedicato all'*Impatto sul contesto territoriale* del capitolo 2, hanno sicuramente rappresentato una importante novità, oltre che per i pazienti, anche per il personale. I due servizi in concessione daranno la possibilità prima e dopo l'orario di servizio di avere a portata di mano giornali, libri, articoli regalo, generi non alimentari di prima necessità, articoli sanitari e merceria.

Per ciò che concerne la ristorazione, sono state analizzate le principali criticità emerse in entrambi i punti dedicati alla ristorazione, 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.

Anche per l'anno 2009, l'Azienda ha adottato le opportune azioni per favorire l'attuazione degli interventi in aderenza alle iniziative avviate dal Comune di Parma a favore della mobilità sostenibile.
La mobilità sostenibile è quella forma di mobilità rispettosa delel persone e dell'ambiente in cui si vive. Essa promuove quelle forme di trasporto che non danneggiano l'ambiente e che non inquinano, vale a dire il trasporto pubblico ed altre modalità di trasporto condiviso, al fine di migliorare la qualità della vita, riducendo congestione e stress da traffico, inquinamento atmosferico e acustico, incidenti stradali eccetera (si veda a riguardo anche il paragrafo dedicato all'*Impatto sul contesto territoriale* del capitolo 2).
In particolare per agevolare i dipendenti nel tragitto casa-lavoro e nel parcheggio della propria autovettura negli orari di permanenza al lavoro, è stata rinnovata la 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, che ne fanno apposita richiesta e in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro. Nell'anno 2009 tali abbonamenti a tariffa

agevolata sono stati richiesti ed ottenuti da 80 dipendenti, portando ad esaurire la quota di abbonamenti assegnata all'Azienda.
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 47 operatori.

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 servizi sono costantemente monitorati in modo da modularne l'offerta in relazione alle esigenze di chi accede in ospedale.

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

Bilancio di Missione 2008
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma
Bilancio di Missione
2008
INDICE
Presentazione
Contesto di riferimento
Quadro normativo e istituzionale
Il sistema delle relazioni con l'Università
La rete integrata dell'offerta regionale
Accordo di fornitura
Osservazioni epidemiologiche
Profilo aziendale
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
Impatto sul contesto territoriale
Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza
Ricerca e didattica
Assetto organizzativo
Obiettivi istituzionali e strategie aziendali
Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria
Universalità ed equità di accesso
Centralità del cittadino
Qualità dell'assistenza
Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa
Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca
Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione
La "carta di identità" del personale
Partecipazione del personale
Operativa
Gestione del rischio e sicurezza
La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
Ridefinizione degli operatori sanitari nell'ambito delle strategie aziendali
Sistema di valutazione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo
Formazione
Sistema informativo del personale in relazione alle competenze e sistemi premianti
Struttura delle relazioni con il personale
Le azioni in tema di servizi alla persona dipendente e con le sue rappresentanze
Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione
La comunicazione per l'accesso ai servizi
La comunicazione per le scelte di interessi per la comunità
Governo della ricerca e innovazione
Attività di ricerca e innovazione
Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale
Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale
Il nuovo Pronto Soccorso
Il nuovo Polo Sovracomunale
La riorganizzazione ospedaliera in ostetricia e ginecologia
Conclusione riorganizzazione della rete ospedaliera
Conclusioni del Direttore Generale
Parere del Comitato di Indirizzo

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

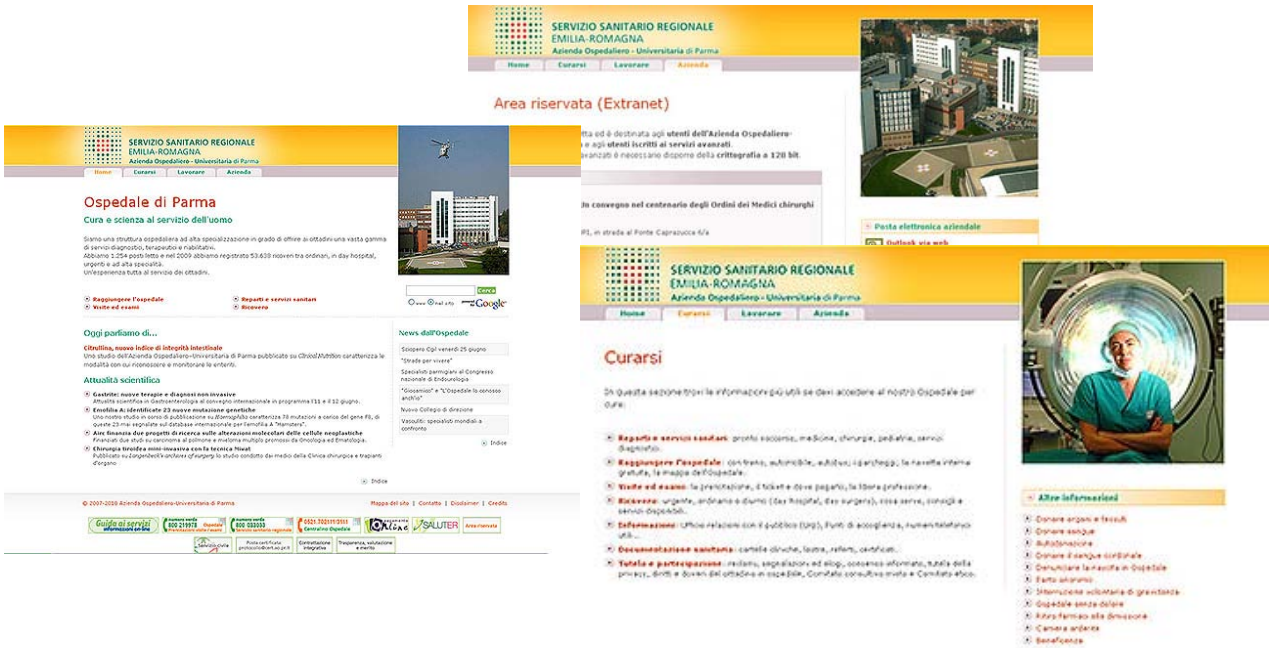
La comunicazione è testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda. Oltre a trasmettere informazioni, ad attestare di fatto un risultato, una criticità risolta o in fase di risoluzione, l'azione comunicativa è elemento di comprensione della struttura stessa. I sistemi di relazione interni ed esterni 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 seconda 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 sito web aziendale per l'importanza sempre crescente che questo tipo di comunicazione tende ad assumere.

Sito internet

Il sito dell'Azienda (www.ao.pr.it) ha caratteristiche di semplicità e chiarezza. Contiene le schede di accoglienza di ciascuna unità operativa, la descrizione delle principali caratteristiche organizzative dei reparti e informazioni utili alla cittadinanza, atte a facilitare l'accesso ai servizi, oltre alla descrizione dei servizi amministrativi e tecnici dell'azienda.



Sono tre i principali percorsi da seguire: Curarsi, Lavorare e Azienda. Hanno l'obiettivo di rendere più immediata per i visitatori la percezione e l'individuazione della via da 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.
Nel corso dell'anno, il sito è stato arricchito di nuovi contenuti, in conformità a quanto previsto dalle disposizioni in materia di trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni, valutazione e merito: elenco alfabetico e curricula dei dirigenti, compensi percepiti, tassi di assenza, contrattazione integrativa.
Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2009 sono state registrate in media 1.092,3 visite al giorno: 179.059 visitatori (indirizzi IP) hanno visitato 398.691 volte il nostro sito, "sfogliando" in totale 1.574.513 pagine.

Tabella 1 Statistiche generali 1° gennaio 2009 - 31 dicembre 2009

Statistiche generali 1° aprile 2008 - 31 dicembre 2008	
Pagine visualizzate	1.574.513
Visite complessive	398.691
Visitatori	179.059
Media pagine visualizzate	3,95
Tempo medio sul sito	00:02:06
Visite nuove	42,84 %

Tabella 2 Panoramica delle sorgenti di traffico

Panoramica delle sorgenti di traffico	
Traffico diretto	29,22%
Siti di provenienza	7,75%
Motori di ricerca	63,03%

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 (Curarsi, Lavorare e Azienda), 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.
Suscitano grande interesse anche le informazioni relative all'organizzazione aziendale, alle collaborazioni attivate dall'Azienda, 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	343.523
Reparti e servizi sanitari	150.803
Area riservata	119.518
Lavorare: indice della sezione	101.328
Selezioni e concorsi	73.016
Azienda	67.363
Curarsi	35.495
Visite ed esami	26.925
Raggiungere l'ospedale	22.155
Ostetricia e ginecologia	19.198

Mappa del sito	11.409
Reparti e servizi sanitari (A-Z)	9.931
Organizzazione	9.860
Appalti e forniture economali	9.323
Numeri utili	9.300
Maxillo-facciale	8.964
Collaborazioni e incarichi professionali	8.768
Neurochirurgia	8.429
Oculistica	8.117
Otorinolaringoiatria e otoneurochirurgia	7.752
Contatto	7.474
Cardiologia	6.813
Appalti e forniture tecniche	6.639
Chirurgia plastica e Centro ustioni	6.386
Clinica pediatrica	6.355
Cardiochirurgia	6.316

Schede informative di reparto

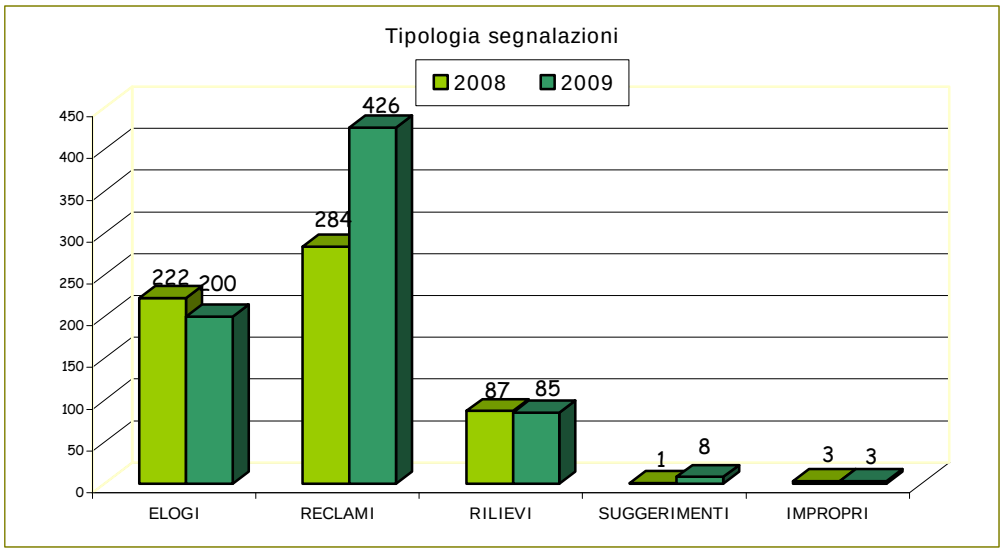
Nel corso del 2009 è proseguito sul sito web aziendale l'aggiornamento delle schede di accoglienza di ciascuna unità operativa.
Tutte le unità operative che erogano attività di ricovero (reparti e day hospital) sono infatti dotate di schede informative di reparto in cui è presentata l'attività svolta. Le schede sono articolate in modo da consentire la lettura complessiva ma anche quella mirata all'interesse specifico. I singoli capitoli guidano la lettura in modo veloce: chi siamo, cosa facciamo, dove telefonare, dove andare, ricovero, orari di visita ai degenti, orari di ricovero.
Il documento presenta le informazioni pratiche che agevolano la permanenza in ospedale e facilitano l'orientamento con l'obiettivo di anticipare le esigenze informative dell'ammalato e dei suoi familiari fin dal momento dell'accesso in ospedale.
La scheda propone al suo interno anche i nomi dei professionisti che operano all'interno della struttura: valorizzando il contributo apportato dall'équipe nel suo complesso e consentendo all'ammalato di individuare il professionista che lo ha seguito nel percorso di cura. In questa cornice, l'opera di manutenzione e aggiornamento dei contenuti del documento diventa importante ed è per questo che, anche nel corso del 2009, è stata svolta in modo continuativo, anche attingendo dalle banche dati aziendali.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) nel 2009 ha continuato il suo ruolo istituzionale di organizzare e coordinare attività al fine di garantire ai cittadini e alle loro associazioni di rappresentanza ascolto, partecipazione, orientamento, informazioni chiare e tempestive sulle modalità di accesso, sulle prestazioni e sugli strumenti di tutela.
È proseguita anche la gestione del processo aziendale delle segnalazioni, garantendo un'adeguata risposta ai cittadini e alle loro associazioni.
In particolare il sistema informatizzato per la rilevazione e gestione delle segnalazioni dei cittadini (reclami, rilievi, impropri e suggerimenti), operativo ormai da anni in tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, ha consentito anche nell'anno 2009 all'U.R.P. dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma di acquisire dati e informazioni per migliorare i percorsi assistenziali, riconoscere i punti di forza e aumentare la fiducia del cittadino nei confronti del Sistema Sanitario. L'U.R.P. ritiene fondamentale che vengano rilevati interessi, gradimento e criticità emerse, attraverso l'analisi dei dati provenienti proprio dal Sistema Informatizzato. I risultati della statistica annuale, come di consueto, sono stati utilizzati per orientare le azioni di miglioramento dei servizi.
Di seguito si riportano i principali risultati delle segnalazioni dei cittadini riferite all'anno 2009, posti a confronto, nel grafico sottostante, con i dati dell'anno precedente:

Totale segnalazioni	Totale ricoveri	Totale attività ambulatoriale
200 elogi (27,70%)	53.638	4.207.354
426 reclami (59%)		
85 rilievi (11,77%)		
8 suggerimenti (1,1%)		
3 impropri (0,43%)		

Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2008-2009



Per quanto concerne il Servizio di Mediazione dei conflitti l'U.R.P., in collaborazione con il Medico Legale, ha gestito 40 incontri mirati a ristabilire il dialogo tra utenti e professionisti, con il raggiungimento dell'obiettivo primario, ovvero la realizzazione di un processo di riattivazione delle relazioni. I benefici ottenuti dall'attivazione della funzione di mediazione hanno consentito di favorire la creazione di un clima di ascolto e attenzione tra professionisti del sistema sanitario, pazienti e loro familiari, nonché di stimolare l'adozione, da parte dei professionisti, di comportamenti relazionali che riducano il rischio di conflittualità con i pazienti e i loro familiari, giungendo così ad una diminuzione di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento.
L'U.R.P. ha continuato a costituire un importante punto di riferimento per l'ascolto, l'informazione e la partecipazione degli operatori interni.
Ha inoltre contribuito alla capillare divulgazione dei materiali informativi delle campagne di informazione regionali; in particolare ha contribuito alla gestione della fase acuta relativa alla campagna di prevenzione e vaccinazione della nuova influenza A H1N1, distribuendo in modo capillare i pieghevoli e le locandine in tutte le sale di attesa dell'ospedale e in tutti i luoghi di ampia affluenza.

URP, NUMERO VERDE regionale e influenza A H1N1

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha garantito anche nel corso del 2009 il collegamento in rete per la gestione delle informazioni complesse che richiedono specifici approfondimenti, provenienti dal Numero Verde regionale 800.033.033. Sono stati inoltre garantiti 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. Nel corso dell'anno sono stati raggiunti risultati importanti grazie anche all'utilizzo di un apposito programma informatico che consente di aggiornare quotidianamente la banca dati, in particolare per quanto concerne le prestazioni di specialistica ambulatoriale maggiormente richieste dagli utenti.
Con l'influenza A H1N1 il numero verde ha rispettato il suo ruolo informativo chiave, fornendo informazioni e riferimenti aggiornati sull'influenza A H1N1 e sulla relativa campagna di vaccinazione oltre ad indirizzare le persone ai Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP), attraverso il secondo livello aziendale.

È stata pertanto attivata, a livello regionale, una stretta collaborazione tra U.R.P. e DSP per l'informazione ai cittadini su questa malattia, anche per essere pronti e rodati nel caso la situazione di allarme si fosse estesa in maniera significativa.
Il numero verde del Servizio Sanitario Regionale ha ampliato la sua attività, nei mesi critici, garantendo l'apertura del servizio 7 giorni su 7, dalle ore 8,30 alle ore 17,30 di ogni giorno (festivi compresi). Ogni Azienda ha garantito la presenza di operatori sanitari negli orari di apertura del servizio di numero verde per rispondere ai cittadini rispetto a questioni personali specifiche, anche sull'opportunità della vaccinazione.
Il contatto con gli operatori sanitari aziendali che, negli orari di apertura del servizio numero verde, hanno risposto ai cittadini rispetto a questioni personali specifiche e sull'opportunità della vaccinazione è stato garantito dal secondo livello aziendale.
È stata, in pratica, adottata la procedura collaudata già utilizzata in diverse altre occasioni: il call center regionale, una volta verificato che il cittadino richiedeva una consulenza sanitaria individuale, trasferiva la telefonata al secondo livello aziendale, che provvedeva a mettere in contatto il cittadino con l'operatore sanitario disponibile quel giorno e in quell'orario, secondo le modalità e i programmi di reperibilità concordati a livello aziendale con il Dipartimento Sanità Pubblica.

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 2009 con azioni mirate alla personalizzazione della comunicazione, anche attraverso la predisposizione di brochure e materiale informativo per favorire l'orientamento.
In particolare, ad esempio, è stato presentato alla cittadinanza l'innovativo servizio "SMS di emergenza" rivolto alle persone sorde e, sulla nuova normativa odontoiatrica, è stato redatto un pieghevole ad hoc per informare capillarmente gli utenti sulle nuove norme introdotte.
È continuata, infine, 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 delle 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 2009, l'Azienda ha aderito a numerose iniziative di sensibilizzazione alla prevenzione rivolte alla cittadinanza. Tra queste il mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno "Nastro rosa", la settimana per la prevenzione delle malattie cardiovascolari "Sette di cuore" e le Giornate nazionali del Respiro, del Sollievo, per la prevenzione e la lotta alla sordità, del diabete e del Parkinson. Particolare risonanza è stata data ad alcuni eventi e progetti, come le inaugurazioni della nuova Risonanza Magnetica 3.0 Tesla e delle nuove sale parto, alla campagna di informazione dedicata a contrastare i fenomeni di violenza sulle donne e alla comunicazione dei più significativi risultati raggiunti dalla ricerca scientifica. Di particolare interesse per la comunità cittadina, la cerimonia di commemorazione del 30° anniversario del crollo dell'ala est del padiglione Cattani. Di tali iniziative vi diamo dettagliatamente conto nelle pagine di questo paragrafo.

Nastro Rosa

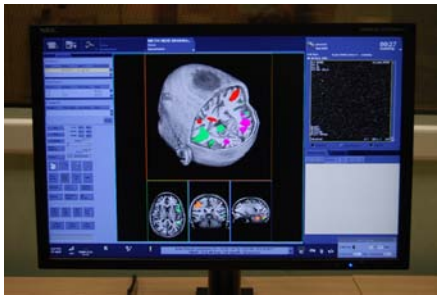
Incontri informativi, convegni scientifici, visite e mammografie gratuite e iniziative varie sul territorio provinciale per sensibilizzare le donne all'importanza della prevenzione per contrastare il tumore al seno. Nel mese di ottobre la campagna "Nastro Rosa", promossa da sezione provinciale della Lilt (Lega Italiana per la Lotta ai Tumori), Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Usl di Parma, ha raggiunto le donne per informarle sull'importanza della diagnosi precoce. Inaugurata con la simbolica "accensione in rosa" dei più importanti palazzi istituzionali della città e di numerosi comuni della provincia, la campagna si è conclusa con il concerto della cantante Milva al Teatro Regio di Parma. Lungo un itinerario territoriale attraverso i quartieri cittadini, i medici del Centro Senologico dell'Azienda hanno incontrato le donne delle comunità islamica, albanese, moldava, tunisina, rumena, filippina e indiana. Da segnalare l'importante momento di approfondimento scientifico costituito dal convegno "Carcinoma alla Mammella: verso la personalizzazione del trattamento".

Sette di Cuore

Nel mese di febbraio si è svolta la terza edizione della campagna di prevenzione delle malattie cardiovascolari "Sette di Cuore": iniziative di sensibilizzazione lungo sette giorni con al centro l'incontro tra cittadini e medici nella tenda allestita nella piazza Garibaldi, dinanzi al Municipio.
Nel corso di questi colloqui sono stati selezionati i pazienti ritenuti idonei per una visita cardiologica in ambulatorio, da svolgersi nella giornata conclusiva della settimana di prevenzione.
L'iniziativa ha compreso un corso di educazione terapeutica e rianimazione cardiopolmonare di base per pazienti cardiopatici e familiari e un convegno scientifico rivolto a medici di medicina generale, cardiologi ed infermieri, oltre a due momenti formativi di approfondimento rivolti al personale del Dipartimento Cardio-polmonare aziendale.

Inaugurazione Risonanza Magnetica 3.0 Tesla

Nel corso del 2009 è entrata in funzione nei locali della Neuroradiologia dell'Ospedale la nuova Risonanza Magnetica 3.0 Tesla.



L'inaugurazione sì è svolta lunedì 20 aprile alla presenza del sottosegretario alla Salute, dell'assessore regionale alle Politiche per la salute e delle autorità cittadine e provinciali. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata uno dei primi ospedali in Europa, in contemporanea con Londra e Parigi, a dotarsi di una Risonanza Magnetica 3.0 tesla ad alta intensità di campo.
Il taglio del nastro, come momento ufficiale della giornata, è stato preceduto da una visita guidata per la stampa e da un convegno, altamente partecipato. Ai giornalisti sono state illustrate funzioni e potenzialità della strumentazione diagnostica in un incontro organizzato negli ambienti dove è installato il macchinario. Durante la visita sono state messe in luce le principali caratteristiche della 3 tesla, fondamentali per esplorare nuovi ambiti di studio e realizzare un ponte tra assistenza avanzata e ricerca innovativa.

Anno del Neonato

Una serie di eventi dedicati alla nascita e al bambino capaci di coinvolgere tutta la città: è questa l'idea che ha ispirato l'iniziativa "Anno del neonato", progetto organizzato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Usl in collaborazione con Comune e Provincia di Parma, con le adesioni dei Comuni di Fidenza, Salsomaggiore e Borgo Val di Taro. Un progetto di ampio respiro che ha voluto focalizzare l'attenzione della cittadinanza su una fase fondamentale della vita: la nascita.
Tra le iniziative sviluppate nel 2009 ricordiamo il convegno "prima e dopo la nascita:interdipendenza e continuità relazionale", con Michel Odent, il concerto di musica lirica "La vita nascente" tenuto al teatro Regio di Parma e il volume fotografico sul Percorso Nascita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (cfr, capitolo 2; paragrafo 2.2:Impatto sul contesto territoriale)
Gli scatti sono stati realizzati in studio e all'interno dell'ospedale e ritraggono le mamme in attesa, durante alcune fasi del parto e insieme al neonato. L'Anno del neonato proseguirà nel 2010 con una serie di iniziative che vogliono contribuire a evidenziare l'importanza della nascita ed inserirla in un contesto collettivo e comunitario.
Le azioni di comunicazioni sviluppate con l'Anno del neonato sono l'espressione di un cambiamento che ha portato alla personalizzazione del servizio e un'attenzione alla persona che comprende il "prendersi cura" e non solo la "presa in carico" della gestante.
Ultimo tassello in ordine di tempo è stato la realizzazione delle **nuove sale parto:** stanze singole pensate e dedicate alla donna e al nucleo familiare. I cinque ambienti sono stati dotati di tutte le attrezzature per supportare il parto naturale e per effettuare le prime cure neonatali. L'inaugurazione e la presentazione alla cittadinanza delle nuovo sale parte si è svolta a fine settembre, il taglio del nastro è stato preceduto da una visita per la stampa.

Azioni comunicative per contrastare i fenomeni di violenza sulle donne

Nel corso del 2009 l'Azienda ha redatto, insieme all'Azienda Usl di Parma, il codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali sul lavoro. Il codice anti-molestie è stato presentato nel corso di un incontro pubblico organizzato in collaborazione con Comune e Provincia di Parma.
La comunicazione dei contenuti del codice di condotta è stata realizzata in considerazione della diffusione del fenomeno. le molestie sessuali sono infatti una costante di genere molto frequente nei rapporti tra uomini e donne e rappresentano una forma di discriminazione sessuale endemica in tutte le organizzazioni di lavoro.
I media locali sono stati inoltre sensibilizzati a seguire l'evoluzione del progetto condotto dall'associazione di volontariato Centro Antiviolenza di Parma e supportato dall'Azienda Ospedaliera: nel corso del seminario "Insieme contro la violenza", compreso nel progetto omonimo e finanziato dal Ministero della Solidarietà sociale, sono state enunciate le azioni avviate dai soggetti coinvolti nel supporto alle donne che subiscono violenza e le prassi operative concordate ed è stato presentato l'opuscolo multilingue (italiano, inglese, francese, arabo e cinese) rivolto alle donne maltrattate e a chi sta loro vicino.

30° anniversario del crollo dell'ala est del padiglione Cattani

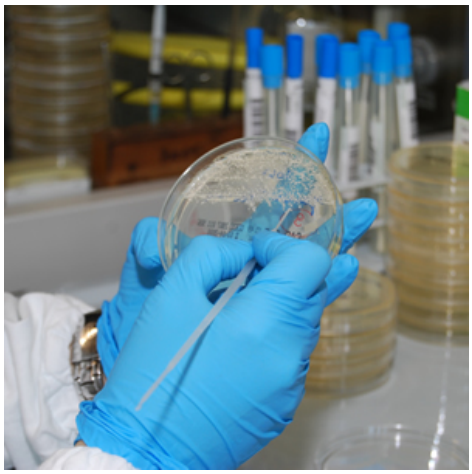
Il 13 novembre, in occasione della trentesimo anniversario del crollo dell'ala est del padiglione Cattani, l'Azienda, in accordo con Comune e Provincia di Parma, Università e Azienda Usl, ha organizzato una

cerimonia commemorativa per i 21 caduti che persero la vita nel tragico evento. In questa occasione gli Uffici Stampa dell'Azienda Ospedaliera e del Comune hanno provveduto in maniera congiunta a dare massima divulgazione all'appuntamento, molto sentito dalla città. Il risultato è stato un'ampia partecipazione di pubblico, richiamato dagli articoli e servizi televisivi di presentazione della cerimonia.

La comunicazione per la ricerca

Sono numerose le azioni comunicative svolte nel 2009 per valorizzare i convegni scientifici promossi dall'Azienda e le pubblicazioni su prestigiose riviste internazionali di articoli riguardanti studi di ricerca svolti dagli specialisti dell'Ospedale. Si tratta di forme di comunicazione semplici e dirette, finalizzate a valorizzare la connessione tra ricerca scientifica e pratica clinica.

L'attività di comunicazione volta a supportare la ricerca risponde alle disposizioni della Regione Emilia-Romagna, che ha fornito indicazioni per migliorare nelle Aziende la capacità di gestire la funzione di ricerca e innovazione come attività istituzionale al pari di quella assistenziale, sottolineando la necessità di valorizzare l'impegno professionale anche attraverso la diffusione dei progetti di ricerca condotti in Azienda.



L' Ufficio stampa, tramite la redazione di comunicati, interviste con i professionisti, supporto ai giornalisti di riviste divulgative, ha sostenuto l'attività di ricerca svolta dai professionisti dell'Ospedale.

Particolare rilievo comunicativo è stato dato all'approvazione di tutti gli studi di ricerca presentati per il biennio 2008-2009, nell'ambito del programma di ricerca Regione-Università. Quattro i progetti finanziati per complessivi 1milione e 350mila euro, riguardanti l'utilizzo della Pet in campo cardiovascolare e neurologico, l'ottimizzazione della gestione clinica dei pazienti con epatite B, la gestione dei farmaci ad alto costo nel diabete e l'assistenza nel trauma grave.

A fianco dell'azione volta a valorizzare la ricerca, l'attività di comunicazione ha cercato di dare adeguato risalto ai congressi scientifici promossi dall'Azienda. Tra questi segnaliamo la giornata di studio con esperti internazionali "Cancro del colon-retto"; i convegni "Aggiornamenti sul carcinoma alla mammella" e "Carcinoma alla mammella: verso la personalizzazione dell'intervento", promosso dagli specialisti che compongono il gruppo multidisciplinare del "Percorso diagnostico terapeutico del tumore alla mammella" aziendale; il convegno sulle nuove linee di ricerca per la cura e la capacità di movimento delle persone che hanno subito lesioni al midollo spinale "L'impiego delle cellule staminali nel paziente mieoleso" e il simposio "Cardiopatia e depressione. Un'interazione mente-corpo". Il Dipartimento Emergenza-Urgenza ha inoltre organizzato l'incontro con Thomas Pennarelli del Wisconsin Medical College, massimo esperto mondiale nell'ambito della gestione dei traumi cranici.

Influenza pandemica AH1N1

L'annunciata pandemia da Influenza AH1N1 ha generato nell'opinione pubblica aspettative, preoccupazioni e incertezze. Per questi motivi particolare attenzione è stata riservata alla comunicazione rivolta ai cittadini, diffuse per lo più a mezzo stampa. La campagna di informazione è iniziata nel maggio 2009. Nell'ottobre l'ospedale Maggiore è stato nominato polo regionale, insieme all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, per il trattamento dei casi di insufficienza respiratoria grave, con il contestuale arrivo di due apparecchiature ECMO, per la circolazione extracorporea. Nel frattempo si è intensificato il percorso di formazione del personale medico e paramedico sul trattamento delle complicazioni dell'infezione da virus AH1N1. Un importante momento di aggiornamento e confronto è stato il convegno "Pandemia da H1N1: dal caso conclamato all'ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)", dedicato all'approfondimento degli aspetti tecnici, professionali, organizzativi e gestionali dei pazienti in età pediatrica e adulti che per insufficienza respiratoria grave potrebbero necessitare di cure intensive.

"La prevenzione è nelle tue mani" è lo slogan scelto per la campagna di sensibilizzazione organizzata dalla Regione, alla quale l'Azienda ha aderito distribuendo nelle sale d'attesa l'opuscolo multilingue con i consigli utili a prevenire la diffusione del contagio. Sullo stesso argomento l'Azienda ha siglato un accordo con la Croce Rossa Italiana per la diffusione di un filmato sulle buone pratiche da adottare, per l'individuo e la collettività. Particolare cura è stata riservata alla campagna informativa sui vantaggi della

vaccinazione, con l'esposizione del materiale fornito dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e veicolando il messaggio nelle comunicazioni agli organi di stampa. Infine nel mese di dicembre è stato comunicato alla cittadinanza il calo di diffusione del contagio.

Bilancio di Missione 2009

Nel corso del 2009 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha pubblicato il secondo numero del Bilancio di Missione relativo all'anno 2008.
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.
La costruzione di un documento così complesso e articolato ha rappresentato uno sforzo importante ma anche un'opportunità di lettura dell'organizzazione aziendale.
Nel 2008 il documento è stato arricchito da importanti aspetti di innovazione, come le parti elaborate in comune con l'Azienda Usl per i percorsi condivisi, gli indicatori inseriti nell'ottica del bilancio di genere, e alcune iniziative aziendali, tra le quali quella del Codice di condotta per la prevenzione delle molestie sessuali, mirate a far accrescere la consapevolezza e una nuova cultura delle relazioni.
Il Bilancio di missione ha cercato di riprodurre elementi di cultura, propri di professionisti che operano in una grande organizzazione, che condividono lo spazio del lavorare e del vivere insieme.

Novità importante del secondo numero è stata la sua distribuzione in formato CD. Una veste nuova che ha affiancato il formato cataceo, rendendo il BdM il più possibile dinamico e di facile consultazione. La nuova confezione ha risposto all'impegno che si è data l'Azienda al fine di ridurre l'utilizzo di carta e soddisfa la volontà di compiere scelte improntate, oltre che al contenimento dei costi, anche alla tutela dell'ambiente.
Tra i progetti aziendali ampio spazio è stato dato alla realizzazione del nuovo pronto soccorso; la copertina del volume ha cercato di dare corpo proprio a questa importante struttura, entrata in funzione il 18 febbraio del 2010.

Comunicazione tramite emittenti televisive

L'Azienda, durante l'anno 2009, 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 2009 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, significative 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, agevolando la realizzazione di articoli su quotidiani e periodici, servizi televisivi e approfondimenti.
Nel 2009 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 (144) e di 24 conferenze stampa, che hanno generato articoli e approfondimenti sui principali organi di stampa locali e, in alcuni casi, nazionali.

5.3 La comunicazione interna aziendale

La comunicazione interna ha 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.

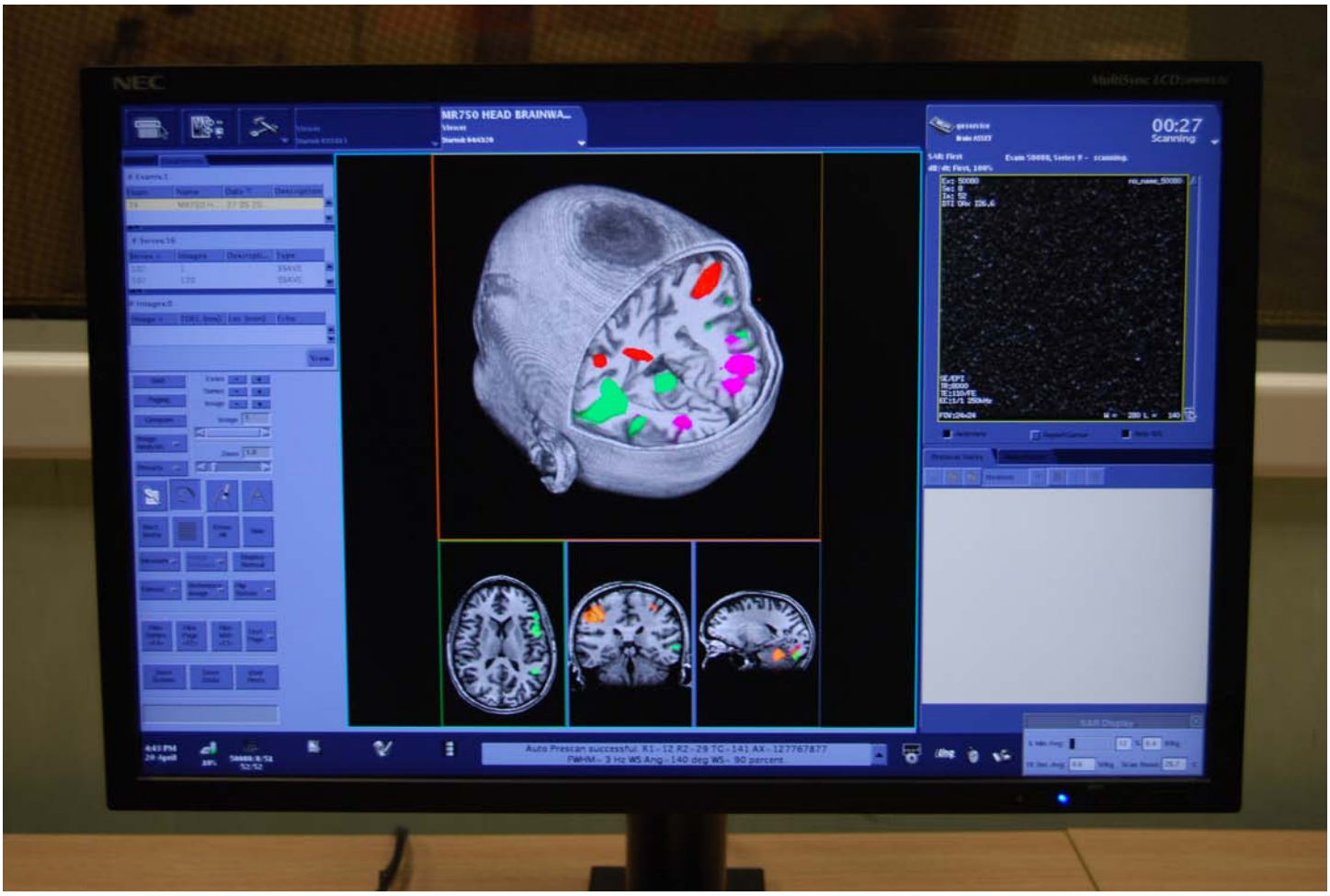
Il sito intranet aziendale

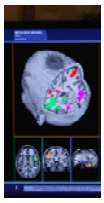
Nel corso del 2009 è stata pubblicata la nuova Intranet, rivolta a tutti i dipendenti dell'azienda. Il portale consente ai singoli a ogni struttura l'autonomia nella condivisione e pubblicazione dei propri contenuti.
La rete intranet assume nella nostra Azienda un ruolo di primo piano e consente il superamento delle difficoltà legate alla dislocazione dei servizi e dei reparti su un'area molto vasta, 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.
La sezione News ha subito un costante aggiornamento, comprendendo anche informazioni relative ad attività non strettamente connesse con la mission aziendale, ma che costituiscono opportunità di facilitazione per i dipendenti.
Quotidianamente sulla intranet è inoltre disponibile per gli operatori la rassegna stampa degli articoli di interesse sanitario che compaiono sui principali quotidiani locali e nazionali.

6 Governo della ricerca e innovazione

La promozione della ricerca è uno dei principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale. In questo capitolo vengono illustrate le azioni promosse per favorire la partecipazione attiva ad attività di ricerca e innovazione, come inizio di un percorso che conduca ad una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca.
Di seguito sono individuati gli ambiti di riferimento.

- Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione
- Sviluppo di un ambiente culturale favorevole
- Garanzie di trasparenza

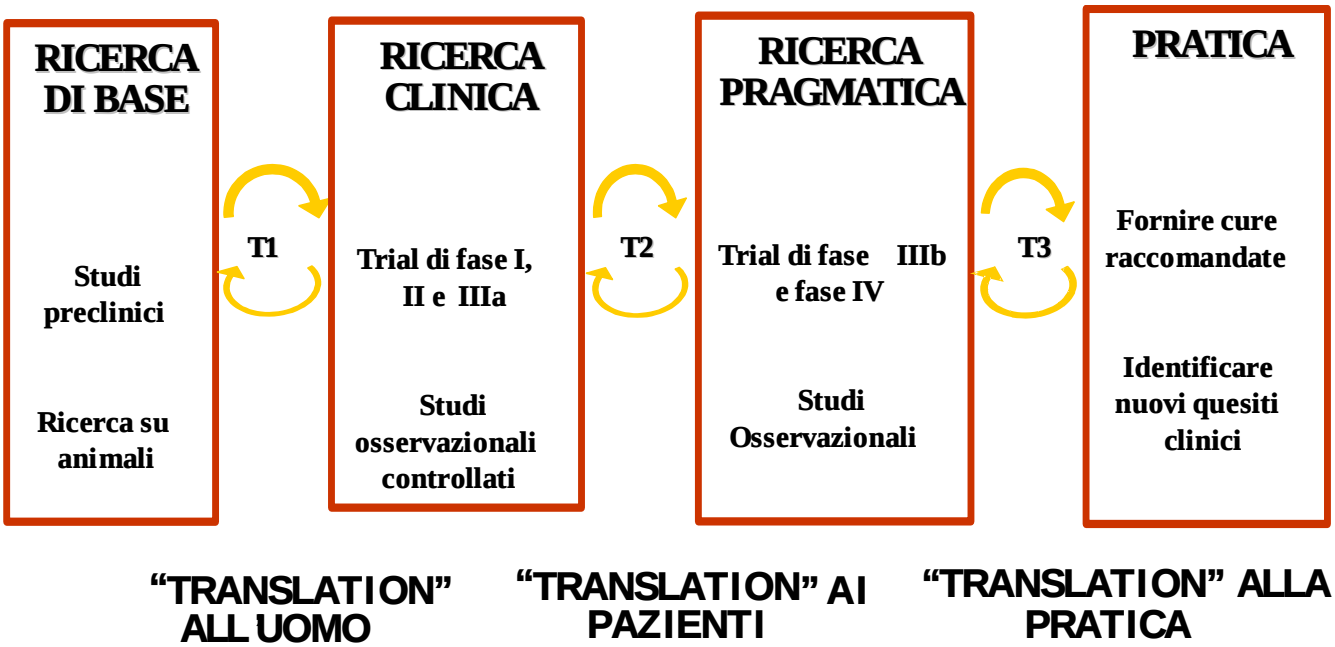

NEC
MR750 HEAD BRAINWA...
00:27
Scanning



Governo della ricerca e innovazione

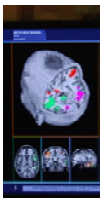
È ormai noto che il miglioramento della salute si garantisce sia introducendo i risultati della ricerca nella pratica (research-based practice), sia utilizzando la pratica quale punto di partenza per l'ideazione ed esecuzione degli studi (practice-based research) [Mold & Peterson, Annals of Family Medicine 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].
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**
Woolf SH – The meaning of translational research and why it matters - JAMA 2008

Il passaggio da una fase all'altra, indicate nel grafico sopra con T_1, T_2 e T_3, è caratterizzato da diversi tipi di ostacoli [Woolf SH, JAMA 2008], tra i più frequenti la letteratura indica: la scarsa collaborazione tra ricercatori e clinici, il mancato coinvolgimento dei pazienti nelle attività di ricerca, le differenze tra i soggetti arruolati in studi clinici e i pazienti comunemente trattati nella pratica, tra il contesto sperimentale (centro di ricerca) e quello reale (ad es ambulatorio del MMG).
Per favorire l'attuazione della ricerca basata sulla pratica, cioè ispirata dalle reali necessità rilevate sul campo e intesa a migliorare la pratica stessa, la letteratura indica quale possibile soluzione la costituzione di network di ricerca practice-base, che possono permettere di: 1) fornire il "laboratorio" per testare ipotesi iniziali di studio (favorire T_1); 2) dimostrare se trattamenti di provata efficacia siano realmente efficaci e sostenibili in un setting reale (favorire T_2); 3) identificare gli ostacoli che insorgono nella pratica quotidiana, causa del gap tra le indicazioni della ricerca e l'assistenza fornita (favorire T_3).
Ruolo fondamentale in questa rete di collaborazione per l'attuazione di una ricerca ispirata dalla pratica è svolto dal metodologo (biostatistico, epidemiologo) storicamente interessato a studiare le evidenze di efficacia ed effectiveness di interventi nella pratica, considerando il trasferimento dei risultati della ricerca



non solo al letto del paziente, ma all'intera popolazione. Il metodologo, figura necessaria nella pianificazione, conduzione e interpretazione degli studi in qualsiasi fase, può quindi svolgere il ruolo di raccordo tra le diverse discipline coinvolte nella ricerca traslazionale, contribuendo a superare le barriere che caratterizzano il passaggio da una fase all'altra [American College of Epidemiology Policy Committee, Ann Epidemiol 2006; DeMets et al, Stat Med 2006].

La Regione Emilia-Romagna pone da tempo l'accento sul legame indissolubile tra ricerca e innovazione, spesso erroneamente percepite come entità distinte. 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.
Sulla base di queste premesse, in luglio 2009, la Giunta Regionale ha prodotto il documento "La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna", delibera n.1066 del luglio 2009, che fornisce alle Aziende indicazioni operative per proseguire il percorso già avviato di formalizzazione delle attività di ricerca e innovazione come parte delle funzioni del Collegio di Direzione e la dotazione di una infrastruttura a supporto all'attività medesima. In particolare, il suddetto documento presenta le seguenti 5 azioni che le Aziende sanitarie della RER devono intraprendere per l'esercizio della governance della ricerca:

1. Predisposizione degli strumenti aziendali per la governance della ricerca e innovazione
2. Tracciabilità delle attività di ricerca ed accesso alla documentazione
3. Costituzione del Board Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione
4. Valorizzazione dei professionisti e sostegno ad attività di ricerca
5. Le relazioni con i finanziatori esterni

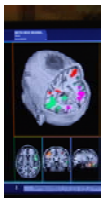
Di seguito sono brevemente riportate le attività realizzate nel 2009, al fine di perseguire gli obiettivi regionali assegnati che richiedono ovviamente almeno un triennio per la piena realizzazione.

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

L'infrastruttura Ricerca e Innovazione della AOU di Parma è stata creata nel 2006 in conformità con gli indirizzi regionali.
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 a livello locale, e avvalendosi dell'esperienza via via acquisita. Gli ambiti principali di attività, anche in coerenza con le azioni menzionate nella Delibera regionale n.1066, nel corso del primo triennio sono stati:

1. **Favorire l'attività di governo e di indirizzo della ricerca**
   - coordinamento delle attività di ricerca al fine di raccogliere sistematicamente informazioni sui progetti in corso e sui prodotti
   - supporto alle attività dei Dipartimenti e del Collegio di Direzione al fine di definire i piani aziendali delle attività di ricerca e innovazione
2. **Valorizzare i professionisti e sostenere le attività di ricerca**
   - offerta di formazione mirata ad accrescere la consapevolezza dell'importanza della ricerca nello svolgimento del proprio lavoro, a creare le competenze necessarie sulla metodologia della ricerca e a favorire la creazione/l'inserimento in research network
   - diffusione tramite internet-intranet dei report periodici dell'attività di ricerca in atto e dei relativi prodotti (pubblicazioni, brevetti, relazione a convegni, ecc)
   - diffusione delle opportunità di finanziamento nazionali e internazionali
3. **Vigilare sulla integrità della ricerca e la trasparenza delle regole**
   - collaborazione per prevenire i conflitti di interesse
   - contributo alla gestione dei rapporti con gli sponsor privati

In particolare nel 2009, per favorire la realizzazione di progetti di ricerca e indirizzare le risorse ai reali bisogni avvertiti dai ricercatori a livello locale, la U.O. Ricerca e Innovazione ha eseguito un'indagine conoscitiva volta a identificare quei fattori che favoriscono, o ostacolano, lo svolgimento delle attività di

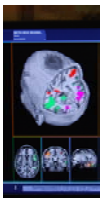


ricerca in Azienda. L'idea di analizzare le opinioni in materia di ricerca è stata suggerita anche dalle osservazioni espresse durante la prima Edizione del Master "Imparare la Metodologia della Ricerca lavorando con gruppi che la praticano", conclusa in marzo 2009, nel quale molti discenti hanno evidenziato la necessità di ricevere supporti professionali e/o formazione specifici. L'indagine cross-sectional si è avvalsa di un questionario anonimo, adattato da un'esperienza analoga riportata in letteratura, composto da 24 item, alcune 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. Il questionario è stato inviato per email in marzo 2009 a tutti i professionisti dell'Azienda. I risultati, analizzati e diffusi a livello aziendale, hanno permesso di promuovere una discussione nell'ambito del Collegio di Direzione e individuare soluzioni condivise per favorire il coinvolgimento di professionisti nella ricerca scientifica.
Complessivamente sono pervenuti 392 questionari su 609 inviati, pari ad un tasso di risposta del 64%. La tabella 1 riassume le caratteristiche dei rispondenti.

Tabella 1 Caratteristiche dei professionisti rispondenti

	n	%
Totale popolazione oggetto di indagine (numero di questionari inviati)	**609**	**100%**
Tasso di risposta (numero di questionari restituiti)	**392**	**64%**
Sesso		
Maschile	245	63%
Femminile	147	38%
Classi di età		
<= 30 anni	6	2%
31-40 anni	96	25%
41-50 anni	99	26%
> 50 anni	182	48%
Professione		
Medico	356	91%
Biologo	32	8%
Altro	3	1%
Incarico		
Direttore Dipartimento	8	2%
Direttore Struttura Complessa	35	9%
Responsabile Struttura Semplice	29	8%
Incarico alta specialità	30	8%
Dirigente	105	28%
Altro	165	44%
Rapporto Giuridico		
Dirigente ospedaliero	245	64%
Docente universitario che svolge attività assistenziale	67	17%
Ricercatore che svolge attività assistenziale	29	8%
Contrattista	30	8%
Borsista	4	1%
Altro	9	2%
Compiti prevalenti		
Clinici	358	93%
Amministrativi/gestionali	15	4%
Ricerca	14	4%
Contratto		
Tempo pieno	378	97%
Part-time	12	3%

Di seguito vengono presentati i risultati più salienti dell'indagine, suddivisi in tre ambiti:



1. Partecipazione in passato ad attività di ricerca – oltre l'80% dei professionisti ha indicato di aver partecipato a progetti di ricerca di altri, e il 57% di aver condotto direttamente studi; le motivazioni più frequenti per la non partecipazione/conduzione sono riportate nel grafico seguente.

Grafico 1 Partecipazione ad attività di ricerca di altri e motivi per la non partecipazione

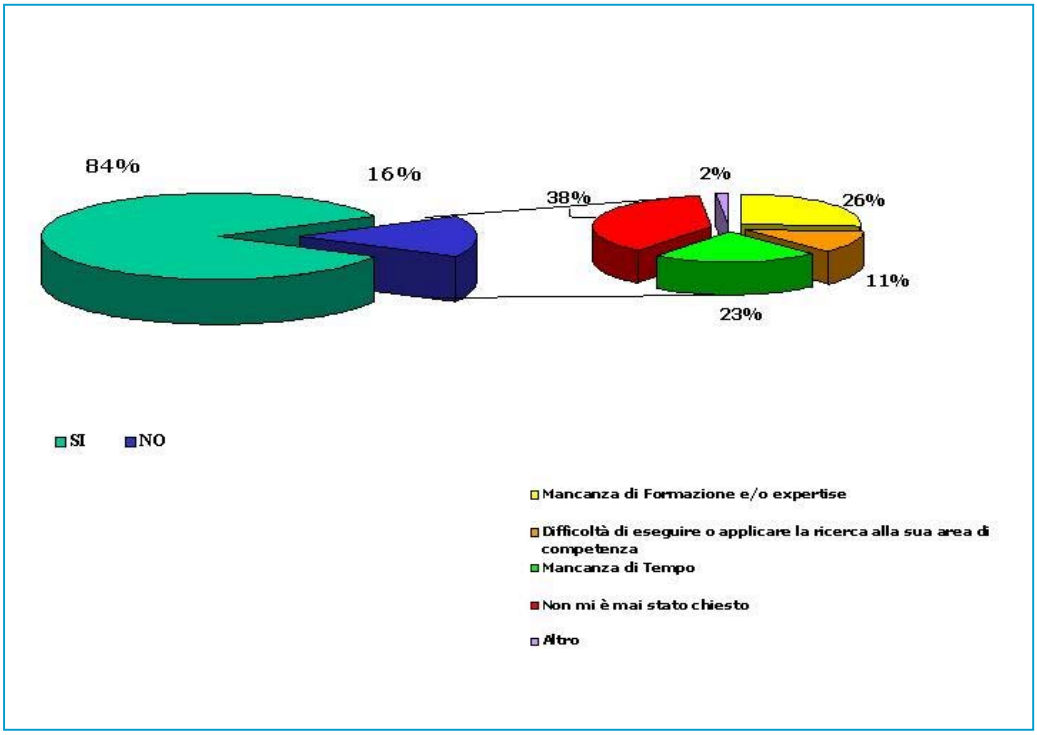
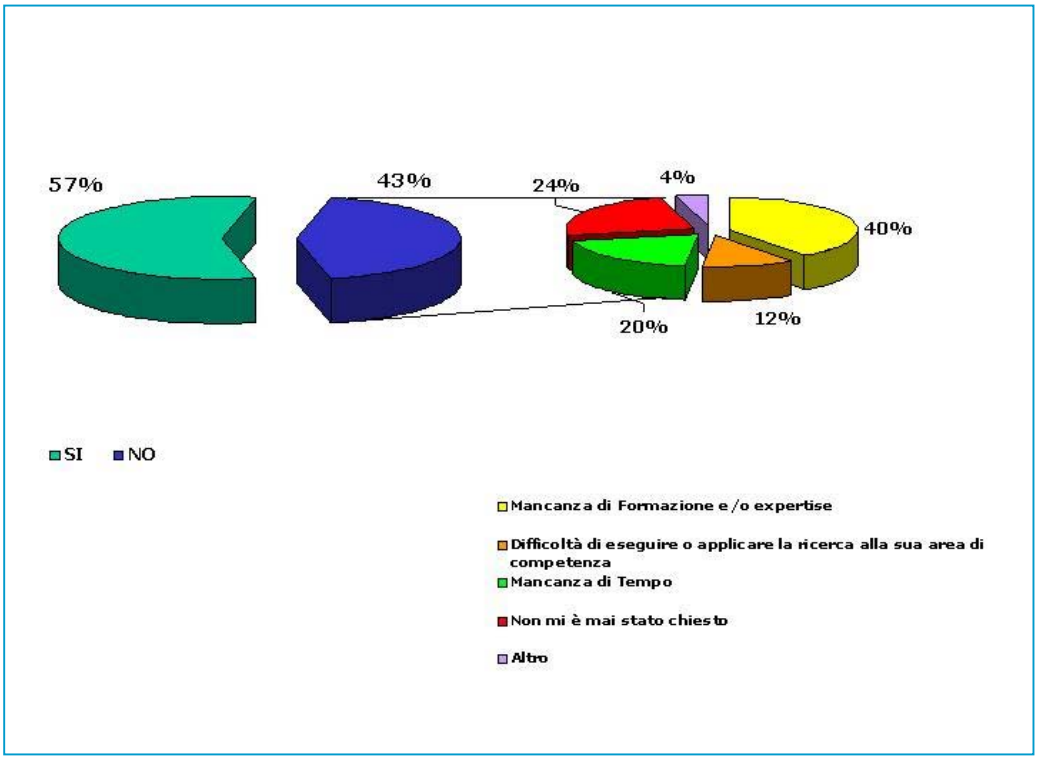
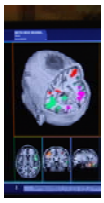


Grafico 2 Conduzione di studi e motivi per la non conduzione

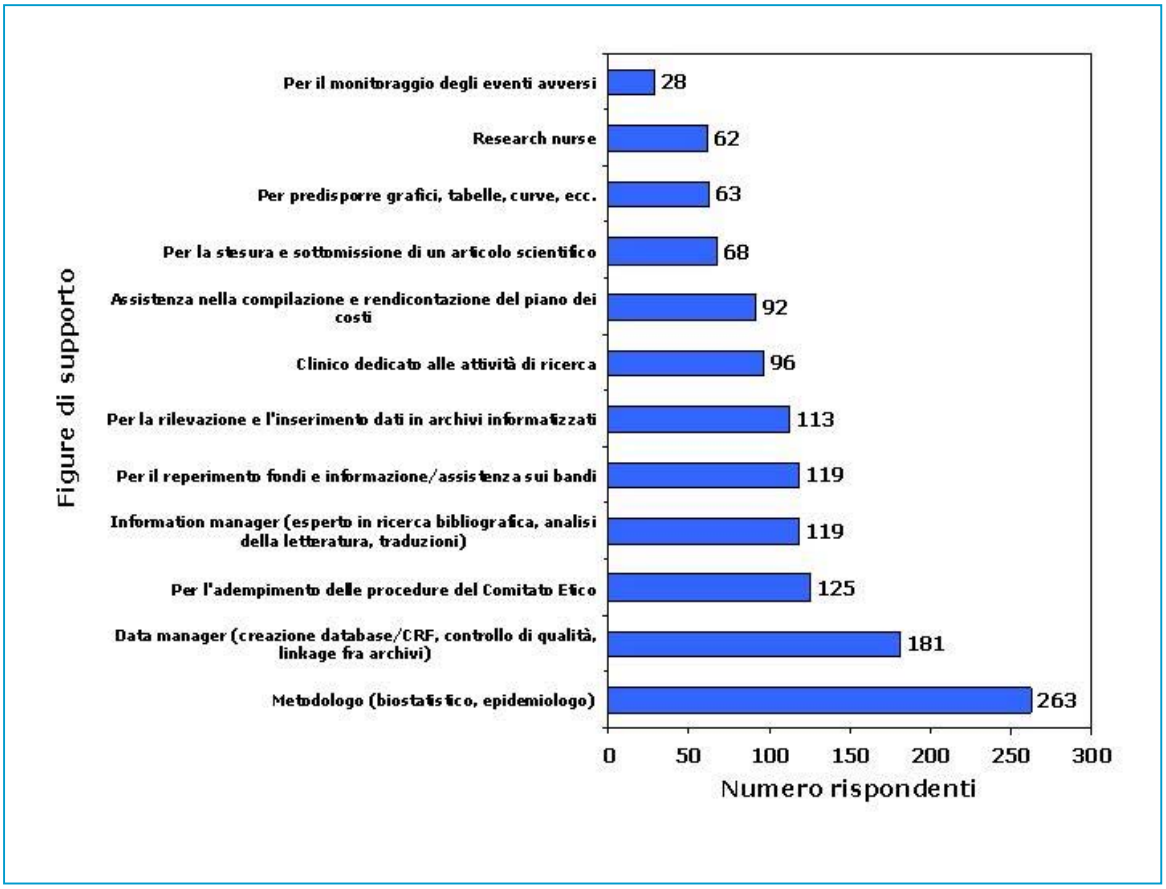




2. Interesse nella ricerca e relative conoscenze – il 94% dei professionisti ha dichiarato di essere molto interessato (52%) o abbastanza interessato (42%) alla ricerca. Relativamente alle conoscenze sulle metodologie e i processi della ricerca, il 38% ritiene di avere una conoscenza sufficiente, mentre il 61% ha espresso il bisogno di saperne di più.

3. Fattori che influenzano la partecipazione alla ricerca – tra le attività di formazione, volte ad approfondire le conoscenze sulla metodologia e sui processi della ricerca, sono giudicate più favorenti la partecipazione alla ricerca i corsi di breve durata (33%), workshop interattivi (29%), Master annuali (12%). Tra le figure di supporto ritenute più favorenti la partecipazione alla ricerca, come riportato nel grafico seguente, potendo indicare più di una scelta, il 67% (263/392) ha individuato il metodologo (biostatistico, epidemiologo), il 46% (181/693) il data manager, il 32% il supporto per l'adempimento delle procedure del Comitato Etico, e il 30% sia l'information manager, sia il supporto per il reperimento fondi.

Grafico 3 figure di supporto che favorirebbero la partecipazione alla ricerca

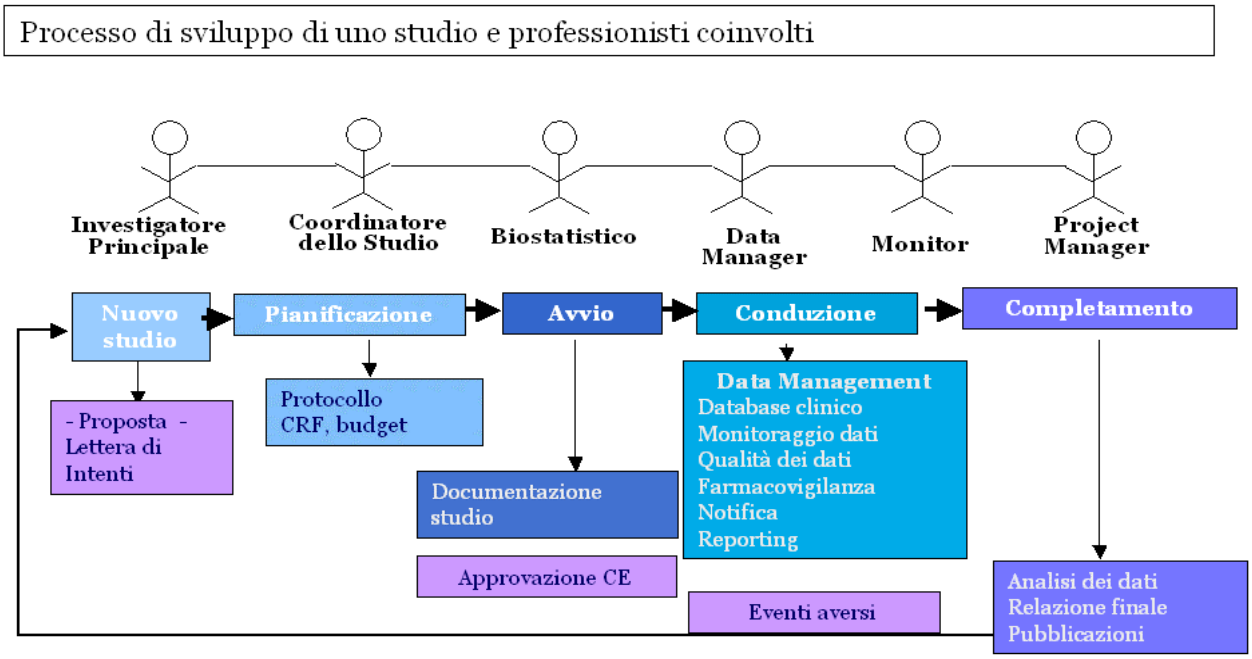


Sulla base delle opinioni espresse, l'Azienda nel 2009 ha posto particolare attenzione ad iniziative di formazione sulla metodologia della ricerca, offrendo anche opportunità di corsi di breve durata (vedi paragrafo 6.2). L'indagine ha anche permesso di determinare il reale bisogno della infrastruttura Ricerca e Innovazione, in termini di professionalità e competenze.

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.

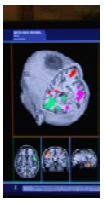


Ravvisando in queste difficoltà uno degli ostacoli principali alla realizzazione di studi, la struttura Ricerca e Innovazione ha redatto e diffuso nel 2008 un Vademecum per la gestione dei progetti di ricerca realizzati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con l'obiettivo di fornire una guida ai professionisti nelle fasi di ideazione, presentazione e realizzazione di un progetto di ricerca e nel corretto utilizzo delle fonti di finanziamento disponibili.

Nel corso del 2009, è iniziato il lavoro di definizione di due procedure interne, una relativa all'acquisizione di tecnologie nell'ambito di progetti di ricerca (vedi paragrafo successivo "Utilizzo appropriato delle innovazioni"), frutto della collaborazione tra la U.O. Ricerca e Innovazione, l'Ingegneria Clinica, il Servizio Bilancio e Finanze, la Direzione Sanitaria e il Controllo di Gestione; l'altra concernente l'iter di autorizzazione di un progetto di ricerca, realizzata dalla U.O. Ricerca e Innovazione, in collaborazione con il Servizio Affari Generali (responsabile della stipula delle convenzioni economiche) e la Direzione Sanitaria.
Una volta ultimate e sottoposte a parere del Collegio di Direzione, tali procedure verranno formalizzate e inserite nella nuova versione del vademecum, in programma per il 2010.

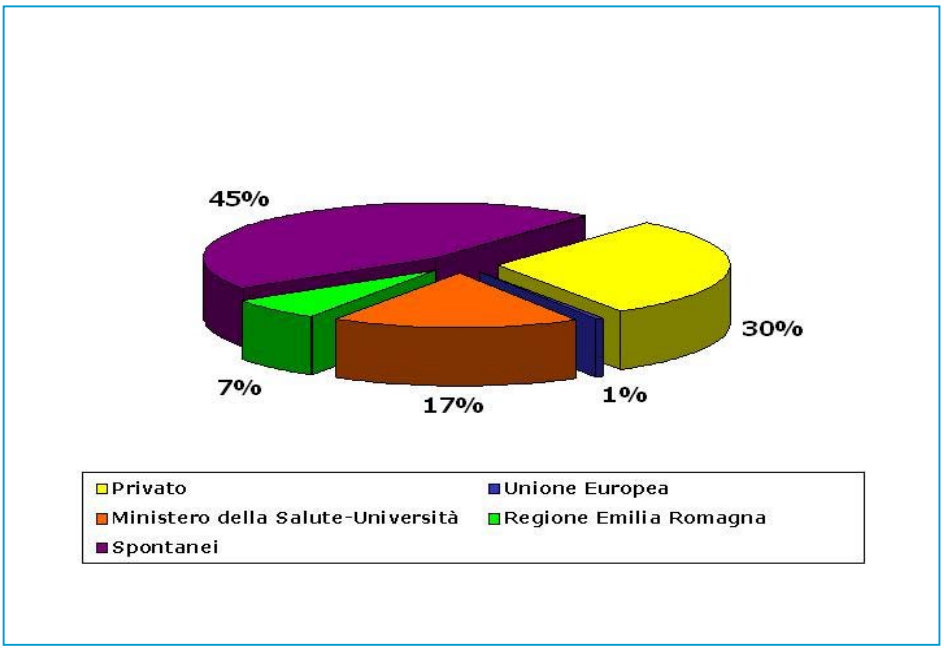
Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie

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 70% degli studi è internazionale, ed il 60% dei progetti di ricerca è promosso e sostenuto dall'industria farmaceutica (8° 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, l'Azienda ha avviato un processo di cambiamento, con la finalità di tutelare e sostenere la realizzazione di studi no-profit di



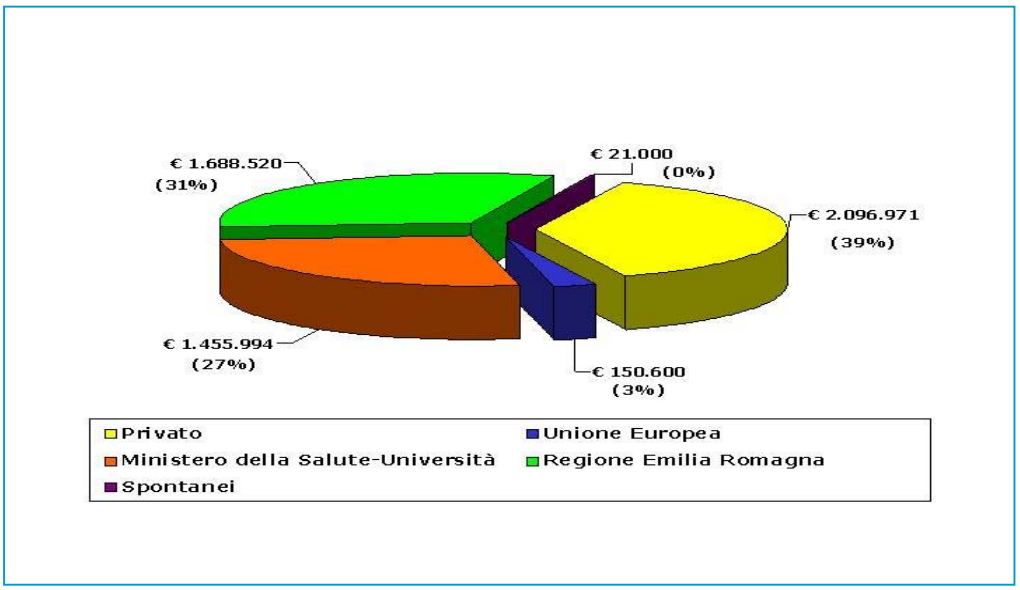
rilevante interesse per l'Ospedale e di grande utilità per i pazienti interessati. A tale scopo, anche nel 2009 sono state ampiamente diffuse diverse opportunità di finanziamento, avvalendosi di tutti i mezzi di cui attualmente si dispone (pubblicazione su intranet e internet aziendali, invio comunicazioni via email, presentazione dei bandi al Collegio di Direzione, ecc.), e favorite la partecipazione dei professionisti ai bandi in corso offrendo loro supporto nella realizzazione e sottomissione di proposte.
Di seguito viene riportata graficamente la suddivisione del numero di progetti avviati nel 2009 e dei relativi importi, 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 complessivamente nel 2009 sono stati avviati 197 progetti di ricerca, nel 60% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento, sia nel numero di progetti attivati (+13, pari a +7%) sia nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore (vedi Capitolo 2.4 "Ricerca e didattica"). Dei 197 studi ne sono stati finanziati 110 (56%), di cui 64 (58%) coordinati dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. La quota di progetti finanziati con fondi privati ha rappresentato il 30% del totale, mentre la restante quota dei progetti avviati nel 2009 è stata remunerata con fondi pubblici.

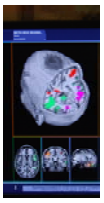
Grafico 4 Progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2009



In merito agli importi, si rileva che su un finanziamento complessivo pari a €5.413.085, la quota maggiore proviene dal privato (39%, €2 ml), seguita dalla RER (31%, €1,7 ml) e dal Ministero della Salute e dell'Università (27%, €1,5 ml).

Grafico 5 Importi per fonte di finanziamento, anno 2009





Al fine di accrescere le capacità e la competizione, nonché le potenzialità dei professionisti nel reperimento di risorse finanziarie, anche nel 2009 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.
Le tabelle 2 e 3 riportano la capacità di attrazione di fondi per Unità Operativa, rispettivamente per studi in cui l'AOU di Parma è centro di coordinamento e unità partecipante, in termini di numero di progetti avviati nel 2009, tipologia di finanziamento e importo.

Tabella 2 Capacità di attrazione di fondi per Unità Operativa in veste di coordinatore

Sede di svolgimento come unità di coordinamento	Numero Progetti	di cui			Tot. Finanziamento	
		Fondi Pubblici	Fondi Privati	Spontanei	Euro	%
Medicina Nucleare	1	1	0	0	€ 520.000	14
Ricerca e Innovazione	2	2	0	0	€ 455.000	13
Oncologia Medica	4	0	2	2	€ 398.400	11
Ematologia e CTMO	8	2	6	0	€ 366.719	10
1° Anestesia e Rianimazione	2	1	0	1	€ 320.000	9
Malattie Inettive ed Epatologia	2	1	1	0	€ 315.000	9
Nefrologia	1	1	0	0	€ 222.700	6
Clinica e Terapia Medica	1	1	0	0	€ 220.000	6
Cardiologia	3	0	1	2	€ 150.000	4
Settore Formazione e Aggiornamento	1	1	0	0	€ 61.000	2
Genetica Medica	1	1	0	0	€ 60.000	2
Odontostomatologia	3	2	1	0	€ 51.399	1
Neurologia	3	1	1	1	€ 51.040	1
Chirurgia Toracica	4	0	4	0	€ 50.000	1
Lungodegenza Critica	1	0	1	0	€ 50.000	1
Oculistica	3	1	2	0	€ 40.300	1
Endocrinologia	1	1	0	0	€ 40.000	1
Centro Cefalee	1	0	1	0	€ 35.000	1
Medicina Riabilitativa	1	1	0	0	€ 35.000	1
Anatomia e Istologia Patologica	5	5	0	0	€ 32.850	1
Virologia	5	5	0	0	€ 29.637	1
Dermatologia	2	0	2	0	€ 19.000	1
Diagnostica ematochimica	1	1	0	0	€ 13.500	0
Microbiologia	6	6	0	0	€ 12.357	0
Clinica Pediatrica	8	2	0	6	€ 12.000	0
Clinica Pneumologica	2	1	0	1	€ 12.000	0
Gestione e Organizzazione funzione Hub emofilia	1	0	1	0	€ 12.000	0
Neonatologia	1	1	0	0	€ 9.500	0
Otorinolaringoiatria	2	1	0	1	€ 8.500	0
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	3	1	0	2	€ 5.000	0
Semeiotica Medica	1	1	0	0	€ 3.500	0
Radiologia	18	0	0	18	€ -	-
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	6	0	0	6	€ -	-
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	4	0	0	4	€ -	-
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	4	0	0	4	€ -	-
Scienze Radiologiche	3	0	0	3	€ -	-
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	1	0	0	1	€ -	-
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche	1	0	0	1	€ -	-
Totale	117	41	23	53	€ 3.611.402	100

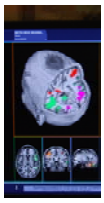


Tabella 3 Capacità di attrazione di fondi per Unità Operativa in veste di Unità Partecipante

Sede di svolgimento come unità partecipante	Numero Progetti	di cui			Tot. Finanziamento	
		Fondi Pubblici	Fondi Privati	Spontanei	Euro	%
Clinica e Terapia Medica	3	1	2	0	€ 573.200	32
Cardiologia	10	0	4	6	€ 240.000	13
Nefrologia	3	1	2	0	€ 238.600	13
Oncologia Medica	13	0	9	4	€ 230.750	13
Chirurgia Vascolare	1	1	0	0	€ 150.600	8
Clinica Pneumologica	7	2	4	1	€ 94.000	5
Ricerca e Innovazione	1	1	0	0	€ 56.000	3
Malattie Infettive ed Epatologia	5	0	3	2	€ 48.250	3
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	3	1	2	0	€ 30.000	2
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	1	0	1	0	€ 29.100	2
Ematologia e CTMO	5	0	1	4	€ 25.000	1
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	4	1	0	3	€ 25.000	1
Neurologia	4	1	0	3	€ 20.000	1
Gestione e Organizzazione funzione Hub emofilia	2	0	2	0	€ 13.000	1
Clinica Pediatrica	3	0	3	0	€ 10.583	1
Malattie del Ricambio e Diabetologia	1	1	0	0	€ 10.000	1
Clinica Geriatrica	1	0	1	0	€ 5.000	0
Oculistica	1	0	1	0	€ 2.500	0
Medicina ad indirizzo Angiologico Coagulativo	3	0	1	2	€ 100	0
Anatomia e Istologia Patologica	2	0	0	2	€ -	0
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	2	0	0	2	€ -	0
Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo	1	0	0	1	€ -	0
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	1	0	0	1	€ -	0
Geriatria	1	0	0	1	€ -	0
Pediatria e Oncoematologia	1	0	0	1	€ -	0
Scienze Radiologiche	1	0	0	1	€ -	0
Totale	80	10	36	34	€ 1.801.683	100

Al fine di identificare le aree di ricerca su cui si è maggiormente investito nel 2009, di seguito vengono presentate, per area tematica, le quote di finanziamento pervenute all'Azienda (grafico 6) e il numero di progetti attivati (tabella 4). Per ciascun progetto vengono fornite informazioni relativamente alla Unità Operativa che realizza lo studio, il Responsabile Scientifico, il disegno dello studio, la durata, se monocentrico o multicentrico, il centro di coordinamento, se locale, nazionale o internazionale, il finanziamento assegnato e relativa fonte di finanziamento. I dati sono desunti dalla Anagrafe Regionale della ricerca.

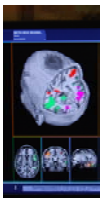


Grafico 6 finanziamento per area tematica, anno 2009

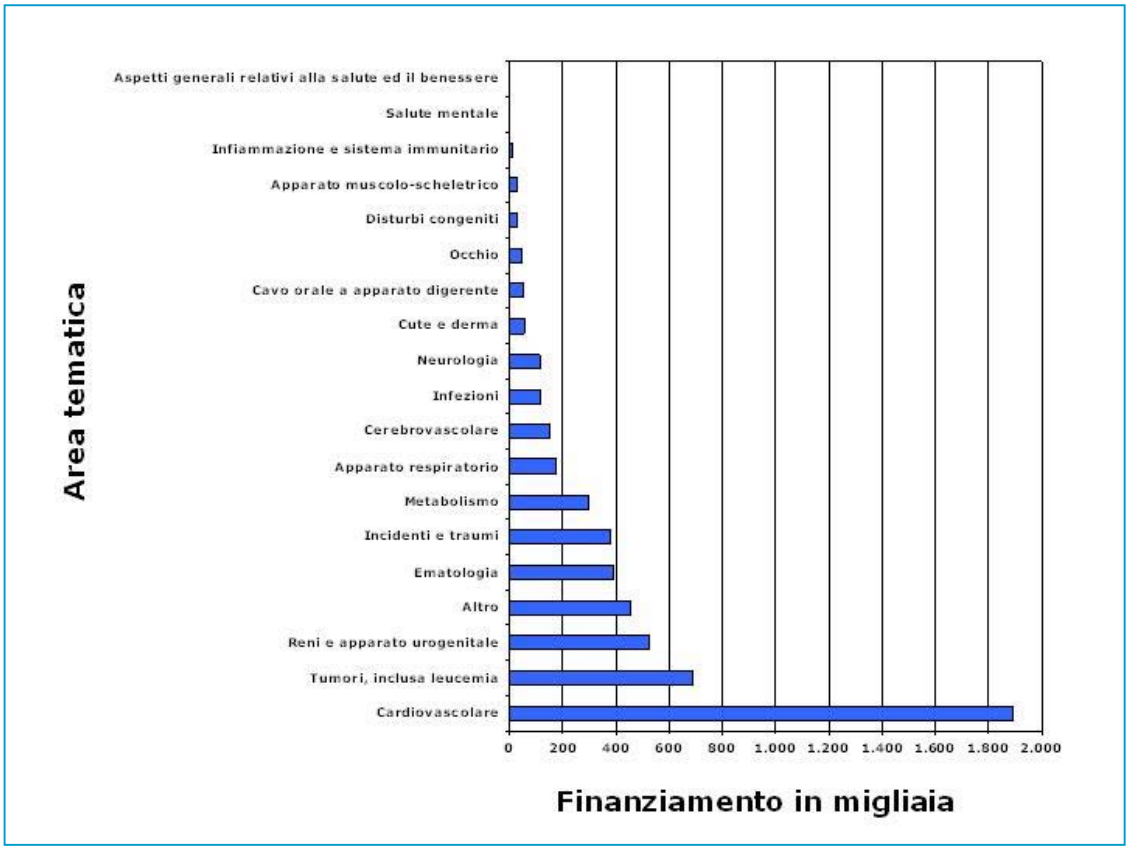


Tabella 4 Progetti avviati nel 2009 suddivisi per area tematica

Area tematica: Apparato muscolo-scheletrico									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	Studio in aperto singolo braccio per la valutazione del rapido miglioramengto dell'anemia e dell'affaticamento in corso di terapia con Tocilizumab (TCZ) in combinazione con DMARDs non biologici, in pazienti adulti con artrite reumatoide attiva da moderata a severa	Delsante	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	AOU Catania	Nazionale	€ 17.500	Azienda Farmaceutica
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	Early Arthrithis Clinic: analisi dei modelli organizzativi e prospettive di miglioramento del percorso assistenziale nel territorio regionale	Delsante	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Università Ferrara	Nazionale	€ 7.500	RER
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	Esperienza a lungo termine con abatacept nella pratica clinica	Delsante	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Università Siena	Nazionale	€ 5.000	Azienda Farmaceutica
Geriatria	Diagnosis of Clinically Important Weakness in Older Adults: The InCHIANTI study	Lauretani	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	12	Multicentrico	ASF Toscana	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 30.000,00	

Area tematica: Apparato respiratorio									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Clinica Pneumologica	Studio Randomizzato in doppio cieco, doppio fittizio, controllato vs placebo, a gruppi paralleli, volto a valutare l'efficacia e la sicurezza di 48 settimane di trattamento una volta al giorno con BI 1744 CL inalato per via orale somministrato mediante l'Inalatore Respimat® e di 48 settimane di trattamento due volte al giorno con Foradil® (12 µg) somministrato mediante l'Inalatore Aerolizer®, in pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO	Chetta	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	11	Multicentrico	Università Pisa	Internazionale	€ 30.000	Azienda Farmaceutica

Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	Studio multicentrico di fase IIIB, randomizzato, in doppio cieco, doppio placebo, a gruppi paralleli, della durata di 52 settimane, per valutare l'efficacia di indacaterolo (150µg o.d.) rispetto a tiotropio (18 µg o.d.) sulla funzione polmonare, sulla percentuale di riacutizzazioni e sui relativi outcomes in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	Corradi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	AOU Senese	Internazionale	€ 29.100	Azienda Farmaceutica
Clinica Pneumologica	Miglioramneto della valutazione diagnosica e prognostica della BPCO mediante nuovi indici funzionali e biologici.	Olivieri	Osservazionale - Caso controllo	12	Multicentrico	Università Pavia	Nazionale	€ 25.000	Pubblico
Chirurgia Toracica	Pneumotorace spontaneo primitivo e secondario: studio epidemiologico nella provincia di Parma	Rusca	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 20.000	Privato
Clinica Pneumologica	PRN Budesonide/Formoterol Combination vs regular budesonide/formoterol combination plus prn terbutaline in mild-moderate persistent asthma	Olivieri	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	Università Ferrara	Nazionale	€ 15.000	Ministeriale
Clinica Pneumologica	Ruolo dell'espettorato indotto nella flogosi polmonare dei pazienti BPCO	Aiello	Osservazionale - Caso controllo	12	Monocentrico	Parma		€ 12.000	Università
Clinica Pneumologica	Studio clinico di 48 settimane, multicentrico, multinazionale, randomizzato, in doppio cieco, a 2 gruppi paralleli, per confrontare l'efficacia di Foster utilizzato come terapia di mantenimento e terapia al bisogno vs Foster utilizzato come terapia di mantenimento + salbutamolo utilizzato come terapia al bisogno in pazienti asmatici di età maggiore o uguale a 18 anni	Olivieri	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	11	Multicentrico	Università Pisa	Internazionale	€ 12.000	Azienda Farmaceutica
Otorinolaringoiatria	Fattori di rischio genetico nella poliposi rinosinusale	Ferri	Sperimentale - Altro	24	Monocentrico	Parma		€ 8.500	Università
Clinica Pneumologica	Relazione tra ostruzione delle vie aeree e rischio di cancro mediante analisi morfologico-funzionale del danno polmonare e profilo proteomico	Olivieri	Osservazionale - Caso controllo	12	Multicentrico	Istituto Nazionale per la cura dei Tumori Milano	Nazionale	€ 8.000	Privato
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, seguito da un`estensione a braccio singolo, in aperto.	Grzincich	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	18	Multicentrico	Policlinico Umberto I Roma	Internazionale	€ 5.750	Azienda Farmaceutica

Chirurgia Toracica	Valutazione dell'esecuzione intraoperatoria di tamponi endobronchiali sul decorso clinico delle infezioni polmonari dopo interventi di lobectomia/pneumonectomia	Carbognani	Osservazionale - Descrittivo	12	Monocentrico	Parma		€ 5.000	Privato
Clinica Pneumologica	Studio osservazionale PRISMA	Capra	Osservazionale - Caso controllo	12	Multicentrico	Università La Sapienza Roma	Nazionale	€ 4.000	Azienda Farmaceutica
Scienze Radiologiche	Edema polmonare: variabilità del pattern HRCT in base alla cronicità della malattia	Sverzellati	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	FASTHORAX Chirurgia toracica fast track	Berti	Osservazionale - Caso controllo	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pneumologica	Progetto per la derivazione di equazioni di riferimento italiane per il test di funzione repiratoria (ITApred)	Chetta	Osservazionale - Caso controllo	12	Multicentrico	Università Pisa	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Scienze Radiologiche	Reperti collaterali cardiaci nelle TC del torace standard	De FIlippo	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Scienze Radiologiche	Sarcoidosi polmonare: utilità della HRCT nel follow-up della malattia	Sverzellati	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	Studio Multicentrico VERDI (Verifying Emergency Room Dispnea)	Cervellin	Osservazionale - Di coorte	12	Multicentrico	Università La Sapienza Roma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pneumologica	Validazione dello strumento Nobreath-analizzatore portatile di ossido nitrico esalato	Chetta	Osservazionale - Descrittivo	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
								€ 174.350	
Area tematica: Aspetti generali relativi alla salute ed il benessere									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	Sovraffolamento in pronto Soccorso: analisi del fenomeno e proposta di gestione	Cervellin	Osservazionale - Di coorte	8	Multicentrico	AOU S.Orsola Malpighi Bologna	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pediatrica	Stato di salute, infezioni ed infestazioni, copertura vaccinale e ricupero accrescitivo (catch-up growth) dei bambini adottati da paesi in via di sviluppo	Virdis	Osservazionale - Descrittivo	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
								€ -	

Area tematica: Cardiovascolare									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Clinica e Terapia Medica	BIOactive highly porous and injectable Scaffolds controlling stme cell recruitment, proliferation and differentiation and enabling angiogenesis for Cardiovascular ENgineered Tissues	Quaini	Osservazionale - Descrittivo	60	Multicentrico	Università Pisa	Internazionale	€ 555.800	Pubblico
Medicina Nucleare	Clinical Effectiveness della Tomografia ad emissione di positroni (PET) in campo cardiovascolare e neurologico in pazienti con patologia ad alto rischio evolutivo	Ruffini	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 520.000	RER
Ricerca e Innovazione	Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere" PS 3	Caminiti	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 350.000	Ministeriale
Cardiologia	Studio clinico di outcome volto a confrontare gli effetti di Darapladib verso placebo sull'incidenza degli eventi avversi cardiovascolari maggiori (Major Adverse Cardiovascular Events-MACE) in pazienti affetti da coronaropatia cardiaca cronica	Ardissino	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 150.000	Azienda Farmaceutica
Cardiologia	A multicenter, randomized, doble-blind, parallel group, active-controlled study to evaluate the efficacy and safety of both aliskiren monotherapy and aliskiren/enalapril combination therapy compared to enalapril monotherapy, on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure (NYHA Class II-IV)	Masini	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Centro Studi ANMCO	Internazionale	€ 80.000	Azienda Farmaceutica
Cardiologia	Cangrelor rispetto alla terapia standard per conseguire una gestione ottimale dell'inibizione piastrinica	Menozzi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	AO Legnano	Internazionale	€ 60.000	Azienda Farmaceutica
Ricerca e Innovazione	Analisi dell'Epidemiologia dell'infarto nella donna attraverso l'osservatorio della Regione Lombardia e della Regione Emilia Romagna	Caminiti	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Istituto Clinico Humanitas	Nazionale	€ 56.000	Ministeriale
Cardiologia	A multicenter, randomized, double-blind, parallel group, placebo-controlled study to evaluate the 6 months efficacy and safety of aliskiren therapy on top of standard therapy, on morbidity and mortality when initiated early after hospitalization for acute decompensated heart failure	Masini	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Centro Studi ANMCO	Internazionale	€ 50.000	Azienda Farmaceutica

Cardiologia	Studio multicentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, a gruppi paralleli, della durata di 104 settimane, per valutare l'efficacia di Aliskiren in associazione alla terapia di base ottimale sulla progressione dell'aterosclerosi in pazienti con malattia coronaria	Vignali	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	Sa Raffaele Milano	Internazionale	€ 50.000	Azienda Farmaceutica
Anatomia e Istologia Patologica	Valutazione delle modificazioni morfologico-funzionali in corso di fibrillazione atriale.	Corradi	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 12.000	Università e Pubblico
Anatomia e Istologia Patologica	La cardiotossicità da terapia con farmaci antineoplastici coinvolge le cellule staminali e i progenitori miocardici residenti.	Lagrasta	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 3.850	Università
Semeiotica Medica	Infarto del miocardio e funzione endoteliale. valutazione con metodica non invasiva ultrasonografica computerizzata in corso di supplementazione orale di vitamina C	Biggi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Monocentrico	Parma		€ 3.500	Università
Cardiologia	Primary ventricular fibrillation and sudden death during a first myocardial infarction: genetic basis	Ardissino	Osservazionale - Caso controllo	24	Multicentrico	Università Pavia	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Nefropatia indotta da contrasto in pazienti sottoposti ad angioplastica primaria per IMA. Studio randomizzato sugli effetti della idratazione con fisiologica o sodio bicarbonato	Vignali	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	AO Reggio Emilia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Registro prospettico osservazionale sul trattamento antitrombotico nei pazienti in trattamento con WARfarin sottoposti ad impianto di STENT coronarico (registro WAR-STENT)	Vignali	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	AUSL Bologna	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Progetto multicentrico italiano sonno e scompenso	Parrino, Serra	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Istituto Auxologico Italiano Milano Bicocca	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Accuratezza diagnostica dell'Angiografia Coronarica con Tomografia Computerizzata a 64 strati in una ampia popolazione di pazienti non rivascolarizzati	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Assessment of Acute Myocardial Inflammatory Diseases using Contrast Enhanced Balanced Steady-State Free Precession (b-SSFP) sequence	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Prevalenza del Calcio Coronarico, delle placche aterosclerotiche e delle stenosi mediante TC delle Coronarie in pazienti senza e con Diabete Mellito	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN

Radiologia	TC delle coronarie vs. ecg da sforzo in un'ampia popolazione con dolore atipico e bassa probabilità pre-test di malattia coronarica	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Valenza e significato degli studi RM Cardiologici su apparecchio RM 3.0 Tesla	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Valore Prognostico della TC delle Coronarie: impatto del Diabete Mellito, del Carico di Malattia e dei Sintomi in una popolazione con sospetta Malattia Coronarica	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Valutazione simultanea del Ventricolo SInistro e Destro mediante Cardio TC: studio di validazione vs. Cardio RM	Cademartiri	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Accuratezza diagnostica dell'Angiografia Coronarica con Tomografia Computerizzata in una ampia popolazione di pazienti non rivascolarizzati: confronto tra popolazione maschile e femminile	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Accuratezza Diagnostica della CTCA nei pazienti asintomatici	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Angiografia TC dell'addome a bassa dose: paragone quantitativo tra protocollo standard a 120kV vs. protocollo a 80kV utilizzando diverse valori di corrente del tubo	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	CT Coronary Angiography in the real world: adequate training grants optimal image quality and diagnostic accuracy in large academic hospital settings vs. small peripheral hospital settings	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Eventi Cardiaci Avversi Maggiori e la severità dell'Aterosclerosi Coronarica: valutazione mediante TC delle Coronarie in una popolazione con malattia coronarica sospetta o nota	Maffei	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	La Frazione di Eiezione del Ventricolo Sinistro: confronto nel mondo reale tra Cardio-TC e EcoCardiografia in una ampia popolazione	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Non-calcific plaque attenuation is affected by intra-vascular attenuation on CT Coronary Angiography in a large population of patients	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Parametri funzionali del Ventricolo Sinistro: confronto tra Cardio-RM e Cardio-TC in un'ampia popolazione	Maffei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN

Radiologia	Valore Prognostico della TC delle Coronarie nei pazienti con Diabete Mellito: confronto con la popolazione non diabetica	Maffei	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Scienze Radiologiche	Calcium scoring delle coronarie nei pazienti reclutati attraverso un progetto di screening del tumore polmonare	Sverzellati	Osservazionale - Di coorte	24	Multicentrico	No	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Angiografia TC ed Aorta Ascendente: impatto dei Fattori di rischio Cardiovascolari su diametro ed area in una ampia coorte	Cademartiri	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Radiologia	Risonanza Magnetica Cardiaca: Enhancement Tardivo concomitante del Ventricolo Destro in pazienti con interessamento primitive del Ventricolo sinistro	Cademartiri	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Medicina ad indirizzo Angiologico Coagulativo	Ottimizzazione della durata della terapia anticoagulante dopo tromboembolia venosa	Ferrini	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	36	Multicentrico	S. Orsola Malpighi Bologna	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Study on the clinical curse of pulmonary embolism	Serra	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Multicentrico	Università Padova	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche	Valore diagnostico e prognostico comparativo della misurazione della riserva coronarica al Doppler transtoracico vs. analisi della cinetica con opacificazione ventricolare mediante contrasto durante ecocardiografia da stress con dipiridamolo	Reverberi	Sperimentale - Altro	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	Trattamento dell'ipotensione materna durante taglio cesareo in anestesia spinale: Trattamento farmacologico o non farmacologico	Cornini	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Ivabradina nella TAC cuore a 64 strati : confronto con metoprololo nelle riduzione degli artefatti da movimento e contributo all'accuratezza diagnostica	Bolognesi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Studio ivabradina nella TAC cuore a 64 strati: confronto con metoprololo nella riduzione degli artefatti da movimento e contributo all'accuratezza diagnostica	Bolognesi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	18	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Cardiologia	Confronto tra 6 mesi e 12 mesi di doppia terapia antiaggregante dopo impianto di stent medicato di seconda generazione.	Menozzi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Sa Raffaele Milano	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 1.891.150,00	

Area tematica: Cavo orale a apparato digerente									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Odontostomatologia	La scelta dell'impianto e il successo della riabilitazione implantoprotesica: studio randomizzato controllato.	Macaluso	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	120	Monocentrico	Parma		€ 30.399	Università
Odontostomatologia	Valutazione della riduzione del discomfort post-operatorio dopo asportazione di lesioni fibrepiteliali benigne della mucosa orale con laser Nd:YAG:applicazione di Aminogam gel vs Ac. ialuronico vs placebo. Studio randomizzato controllato in doppio cieco	Manfredi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Monocentrico	Parma		€ 12.000	Azienda Farmaceutica
Odontostomatologia	Osteonecrosi dei mascellari associata ai bisfosfonati: studio genetico caso-controllo.	Manfredi	Osservazionale - Caso controllo	24	Monocentrico	Parma		€ 9.000	Costi a carico del SSN, Altro Pubblico
Oncologia Medica	An open-label, multicenter, randomized phase III study of second-line chemotherapy with or without bevacizumab in metastatic colorectal cancer patients who have received first-line chemotherapy plus bevacizumab	Leonardi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Università Pisa	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	Studio retrospettivo sulle resezoni multisettoriali del colon per patologia benigna o maligna: presupposti di anatomia chirurgica, tecniche operatorie, risultati chirurgici e risultati funzionali.	Regina	Osservazionale - Descrittivo	9	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	La colectomia subtotale con anastomosi cieco-rettale antiperistaltica nel trattamento chirurgico della stipsi da rallentato transito: aspetti tecnici e risultati funzionali	Roncoroni	Osservazionale - Descrittivo	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	PET and stenosing Crohn's disease	Papadia	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	RM enteroclysis in Crohn's disease fistulae	Papadia	Osservazionale - Di coorte	36	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo	Studio Supporti Biologici in Chirurgia Resettiva Pancreatica	Soliani	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	Istituto Clinico Humanitas	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	Studio clinico multicentrico, randomizzato e controllato per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza della terapia con mesalazina in pazienti affetti da Sindrome del colon irritabile(IBS)	Di Mario	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	Università Bologna	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 51.399,00	

Area tematica: Cerebrovascolare									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Chirurgia Vascolare	Valutazione dell'applicabilità clinica di un modello morfologico-funzionale di progressione dell'aterosclerosi carotidea.	Salcuni	Osservazionale - Di coorte	36	Multicentrico	SWORD Technologies S.A	Internazionale	€ 150.600	Europeo
								€ 150.600	

Area tematica: Cute e derma									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Lungodegenza Critica	Studio di Fase III randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, multinazionale, sull`efficacia e sulla sicurezza dell`immunoterapia sublinguale (SLIT) 300 IR, iniziando 2 mesi prima della stagione dei pollini delle erbe, somministrata sotto forma di compresse a base di allergeni una volta al giorno in pazienti affetti da rinocongiuntivite da pollini delle erbe (con o senza asma)	Ridolo	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 50.000	Azienda farmaceutica
Dermatologia	Valutazione in situ della distribuzione e dell'immunofenotipo dei linfociti T nella cute umana fetale e nell'età dello sviluppo (0-16 anni)	Di Nuzzo	Sperimentale - Altro	18	Monocentrico	Parma		€ 5.000	Azienda Farmaceutica
								€ 55.000	

Area tematica: Disturbi congeniti									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Gestione e Organizzazione funzione Hub emofilia	Studio SHAPE - modalità di conduzione, compliance ed effetti sull'attività fisica della profilassi condotta con Helixate Nexgen in pazienti emofilici A gravi - Studio Prospettico Osservazionale	Tagliaferri	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 12.000	Azienda Farmaceutica
Gestione e Organizzazione funzione Hub emofilia	Studio diagnostico interventistico, controllato, cross-sectional, per valutare lo stato delle articolazioni tramite Risonanza Magnetica (RM) in soggetti con Emofilia A grave in terapia di profilassi primaria, secondaria o a domanda	Tagliaferri	Sperimentale - Altro	0	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 10.000	Azienda Farmaceutica
Clinica Pediatrica	Studio della Sensibilità all'insulina ed all' IGF-I nella Fibrosi Cistica: meccanismi che portano al diabete ed effetti dell'IGF-I	Street	Sperimentale - Altro	24	Monocentrico	Parma		€ 6.000	Costi a carico del SSN, Altro Pubblico

Gestione e Organizzazione funzione Hub emofilia	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	Tagliaferri	Osservazionale - Descrittivo	18	Multicentrico	Policlinico Milano	Nazionale	€ 3.000	Azienda Farmaceutica
Clinica Pediatrica	EPIGROW: Studio epidemiologico descrittivo, trasversale e prospettico, sull'identificazione dello stato del fattore di crescita insulino-simile 1 in bambini con bassa statura idiopatica.	Bernasconi	Osservazionale - Di coorte	6	Multicentrico	IRCCS Giannina Gaslini Genova	Internazionale	€ 350	Azienda Farmaceutica
								€ 31.350	
Area tematica: Ematologia									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale / Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Ematologia e CTMO	Bone cell alterations in multiple myeloma patients and effects of new drugs	Giuliani	Sperimentale - Altro	36	Monocentrico	Parma		€ 145.400	Privato
Ematologia e CTMO	Study of alterations of bone microenvironment cells in multiple myeloma patients in relationship with osteolytic bone lesions: identification of potential new therapeutic targets	Giuliani	Sperimentale - Altro	24	Monocentrico	Parma		€ 57.648	Privato
Ematologia e CTMO	Analisi proteomica della farmaco-resistenza in leucemia	Bonati	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 50.000	Privato
Ematologia e CTMO	Targeting MEK-ERK kinases and p53 family proteins in myelogenous leukemias	Bonati	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 50.000	Privato
Ematologia e CTMO	Targeting MEK-ERK kinases and p53 family proteins p63,p73 in Imatinib-resistant Ph+ leukemic cells	Bonati	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 30.000	Università
Ematologia e CTMO	Myeloma cells, local microenvironment, immune cells as targets of zoledronic acid as a single agent or in combination with novel drugs	Giuliani	Sperimentale - Altro	12	Multicentrico	AO Torino	Nazionale	€ 25.000	Azienda Farmaceutica
Ematologia e CTMO	Potential in vitro effect of Pomalidomide on myeloma-induced osteoclast activation	Giuliani	Sperimentale - Altro	24	Monocentrico	Parma		€ 20.000	Azienda Farmaceutica
Ematologia e CTMO	Purificazione plasmacellulare da sangue midollare da soggetti non affetti da malattie ematologiche sottoposti ad interventi di artroprotesi e inchiodamento endomidollare	Giuliani	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 10.000	Privato
Ematologia e CTMO	Ruolo della via pro-apoptotica p73-p53AIP1 nella chemio-sensibilità e –resistenza di malattie ematologiche maligne	Bonati	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 3.671	Università

Medicina ad indirizzo Angiologico Coagulativo	Studio multicentrico randomizzato, a gruppi paralleli, per verificare la superiorità dell'efficacia di rivaroxaban rispetto all'enoxaparina in pazienti ricoverati affetti da patologie internistiche.	Quintavalla	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	0	Multicentrico	AO Perugia	Nazionale	€ 100	Azienda Farmaceutica
Ematologia e CTMO	An open label phase II trial of Clofarabine and Temsirolimus in older patients with relapsed or refractory Acute Myeloid Leukemia (AML)	Rizzoli	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	AOU Policlinico Tor Vergata Roma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	Monitoraggio della coagulazione mediante tromboelastografia negli interventi di epatectomia maggiore	Iotti	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Pediatria e Oncoematologia	Protocollo collaborativo internazionale di terapia per i bambini di età inferiore ad 1 anno affetti da Leucemia Acuta Linfoide 0 Bifenotipica	Izzi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	60	Multicentrico	Bambin Gesù Roma	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Medicina ad indirizzo Angiologico Coagulativo	Sicurezza ed efficacia dell'utilizzo di Fondaparinux 1,5 mg nella profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente internistico con insufficienza renale	Quintavalla	Sperimentale - Altro	12	Multicentrico	Università Insubria Varese	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Ematologia e CTMO	Studio multicentrico, controllato, randomizzato di fase III a tre bracci paralleli per determinare la sicurezza e l'efficacia di lenalidomide in combinazione con desametasone (RD) versus lenalidomide melphalan e prednisone (MPR) versus lenalidomide, ciclofosfamide e prednisone (CPR) in pazienti anziani con nuova diagnosi di mieloma multiplo	Giuliani	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	1	Multicentrico	AOU S. Giovanni Battista Molinette Torino	Internazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Ematologia e CTMO	Studio randomizzato per il confronto tra 4 e 6 cicli di CHOP 21 in associazione a 6 cicli di Rituximab in pazienti con Linfoma Aggressivo a Cellule B CD20+ di età compresa tra 18 e 60 anni e con IPI Age-adjusted =0 senza malattia Bulky (< 7.5 cm)	Rizzoli	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	Ospedale S.Maria Nuova Reggio Emilia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Ematologia e CTMO	The H10 EORTC/GELA randomized Intergroup trial on early FDG-PET scan guided treatment adaptation versus standard combined modality treatment in patients with supradiaphragmatic stage I/II Hodgkin's lymphoma	Re	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	Università degli Studi Modena	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	Valutazione dell'attivazione della coagulazione dopo utilizzo di sistemi passivi di recupero sangue.	Baciarello	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 391.819	

Area tematica: Incidenti e traumi									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale / Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
1 Anestesia e Rianimazione	L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il governo clinico-organizzativo	Volpi	Osservazionale - Di coorte	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 320.000	RER
Medicina Riabilitativa	Gestione dei quadri clinici cranico-encefalico e vertebro-midollare secondo il modello Hub e Spoke nell'area vasta Emilia Nord	Saccavini	Osservazionale - Di coorte	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 35.000	RER
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Studio craniectomie Decompressive e valutazione degli esiti dal Registro Regionale GRACER	Servadei	Osservazionale - Di coorte	24	Multicentrico	AO Ferrara	Nazionale	€ 25.000	RER
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Monitoraggio della pressione intracranica in relazione alla evoluzione dei focolai lacero-contusivi	Servadei	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Identificazioni di predittori clinici e strumentali di efficacia della derivazione ventricolo-peritoneale nel paziente con dilatazione ventricolare post-traumatica	Servadei	Osservazionale - Di coorte	36	Multicentrico	AO Modena	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Studio osservazionale trasversale retrospettico per le fratture di C2: trattamento con Halo-Vest vs artrodesi chirurgica	Baldi	Osservazionale - Di coorte	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Proposta di protocollo per lo studio della perfusione cerebrale nei pazienti con trauma cranico o con emorragia intracerebale spontanea	Servadei	Osservazionale - Di coorte	36	Multicentrico	No	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 380.000	

Area tematica: Infezioni									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale / Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Malattie Inettive ed Epatologia	A randomized, adaptative-design dose finding study to assess the antiviral efficacy and safety of NIM811 administered in combination with Standard of Care (SOC) for 12 weeks in relapsed HCV-1 infected patients	Ferrari	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	30	Multicentrico	AO Padova	Internazionale	€ 26.750	Azienda Farmaceutica
Malattie Inettive ed Epatologia	Ruolo delle molecole costimolatorie nella patogenesi della disfunzione T linfocitaria delle infezioni croniche da virus B e C: implicazioni diagnostiche e terapeutiche (COS-HBV-HCV)	Ferrari	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 25.000	Azienda Farmaceutica

Virologia	Contaminanti microbilogici: virus e batteri	Chezzi	Sperimentale - Altro	18	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 22.020	RER
Dermatologia	Studio osservazionale sugli eventi infettivi nella psoriasi complicata da artrite psoriasica attiva	Di Nuzzo	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 14.000	Azienda Farmaceutica
Clinica Pediatrica	Studio di fase II, in aperto, volto a valutare farmacocinetica, sicurezza, tollerabilità e attività antivirale del regime DRV/rtv somministrato una volta al giorno in adolescenti infettati dal virus HIV 1 non pretrattati, di età compresa tra 12 e < 18 anni	Dodi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Università Padova	Internazionale	€ 4.483	Azienda Farmaceutica
Malattie Inettive ed Epatologia	Switch da una terapia antiretrovirale di combinazione con inibitore delle proteasi busterato con bassa dose di ritonavir ad un regime HAART contenente atazanavir/ritonavir. Effetti sulla tossicità epatica e metabolica in pazienti con coinfezione HIV/HCV.	Pasetti	Osservazionale - Di coorte	24	Multicentrico	Università Brescia	Nazionale	€ 4.000	Azienda Farmaceutica
Microbiologia	Attività antimicrobica e antivirale e immunomodulatoria di peptidi anticorpali- Immunoprotezione nei confronti di aflatossine	Polonelli	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 3.174	Università
Microbiologia	Valutazione dell'attività antimicrobica di peptidi naturali e di derivazione anticorpale	Conti	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 2.539	Università
Virologia	Studio dei meccanismi di risposta cellulare all'infezione da citomegalovirus umano e da stipiti umani e aviari di virus influenza A	Chezzi	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 2.539	Università
Virologia	Diversità genetica e antigenica di calcivirus, bocavirus e astrovirus umani-studio dei meccanismi evolutivi e emplicazioni ai fini della diagnosi e del controllo dell'infezione	Medici	Sperimentale - Altro	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 2.539	Università
Microbiologia	Peptidi sintetici ad attività antimicrobica e antivirale- Immunoprotezione nei confronti di micotossine	Magliani	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 1.940	Università
Microbiologia	Sviluppo di metodiche molecolari avanzate per la diagnosi di laboratorio e lo studio epidemiologico delle infezioni causate da spirochete patogene e da protozoi parassiti intestinali	Calderaro	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 1.904	Università
Microbiologia	Studio sull'organizzazione dell'espressione del DNA genomico di spirochete patogene e di protozoi parassiti	Dettori	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 1.904	Università
Virologia	Studio dei meccanismi di risposta cellulare all'infezione da citomegalovirus umano in modelli di infezione litica e latente	Arcangeletti	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 1.270	Università

Virologia	Studio dei processi coinvolti nelle fasi precoci del ciclo replicativo di stipiti umani e aviari di virus influenza A	De Conto	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 1.270	Università
Microbiologia	Studio di un approccio terapeutico innovativo nei confronti dell'infezione sostenuta da virus influenzali umani ed aviari di specie A	Conti	Sperimentale - Altro	0	Monocentrico	Parma		€ 895	Università
Malattie Inettive ed Epatologia	Studio di coorte, prospettico, multicentrico, osservazionale, condotto per valutare il profilo clinico e molecolare di risposta e resistenza alla terapia con analoghi nucleos(t)idici nell'epatite B cronica (CHB) trattati in Italia	Ferrari	Osservazionale - Di coorte	60	Multicentrico	Molinette Torino	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Malattie Inettive ed Epatologia	Studio multicentrico, in aperto, di fase IIB, con Entecavir 0,5 mg/die (Baraclude) in soggetti HbsAg positivi con neoplasie solide o ematologiche sottoposti a chemioterapia. (ChemET)	Ferrari	Osservazionale - Di coorte	30	Multicentrico	AOU Palermo	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 116.227	
Area tematica:Infiammazione e sistema immunitario									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Diagnostica ematochimica	Diagnostica di Laboratorio delle Connettiviti:stesura e applicazione in un contesto clinico-laboratoristico di protocolli operativi volti a promuovere appropriatezza prescrittiva ed efficacia clinica nell'Area Vasta Nord-Occidentale	Monica	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 13.500	RER
								€ 13.500	
Area tematica: Metabolismo									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Clinica e Terapia Medica	Trial di intervento multicentrico, randomizzato, in aperto a 2 bracci paralleli per confrontare l'inibitore della DPP-IV Vildagliptin con Glibenclamide nel raggiungere e mantenere un buon controllo	Delsignore	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 220.000	RER
Endocrinologia	Effetto del PPAR-gamma agonista Pioglitazone sul numero funzione ed apoptosi delle Cellule Progenitrici Endoteliali (EPCs)	Dei Cas	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 40.000	Università

Clinica e Terapia Medica	Studio ossevazionale multicentrico, in aperto, della durata di 24 settimane per valutare la sicurezza della terapia insulinica con levemir (insulin detemir) somministrato una volta al giorno in pazienti con diabete di tipo 2 in tratamento con antidiabetici orali	Zavaroni	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	0	Multicentrico	Policlinico Gemelli Roma	Internazionale	€ 15.000	Azienda Farmaceutica
Malattie del Ricambio e Diabetologia	Effetti sull'incidenza di eventi cardiovascolari dell'aggiunta di pioglitazone o di una sulfonilurea alla metformina in pazienti con diabete mellito tipo 2 in monoterapia non adeguatamente compensati	Arsenio	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	48	Multicentrico	Università Napoli	Nazionale	€ 10.000	Ministeriale
Clinica Pediatrica	Associazione tra concentrazione di metaboliti urinari degli ftalati e body mass index (BMI), circonferenza vita, insulino-resistenza in soggetti obesi in età pediatrica: studio pilota	Bernasconi	Osservazionale - Caso controllo	23	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 6.000	Costi a carico del SSN, Altro Pubblico
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva	Plasma Citrulline Concentration in Tropical Enteropathy	Papadia	Osservazionale - Caso controllo	12	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 5.000	Università
Clinica e Terapia Medica	Dyslipidemia International Survey-(Indagine Internazionale sulla dislipidemia)_italia	Zavaroni	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	0	Multicentrico	AUSL Roma	Internazionale	€ 2.400	Azienda Farmaceutica
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	Valutazione morfologica delle modificazioni del tessuto adiposo viscerale nei pazienti sottoposti a procedure di chirurgia bariatrica	Marchesi	Sperimentale - Altro	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
								€ 298.400	
Area tematica: Neurologia									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Neurologia	Effetto del LY450139, un inibitore della gamasecretasi, sulla progressione della M. di Alzheimer, rispetto al placebo	Caffarra	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 50.040	Azienda Farmaceutica
Centro Cefalee	Epidemiologia delle più frequenti forme di cefalea primaria - studio condotto nella popolazione generale di Parma	Manzoni	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	48	Monocentrico	Parma		€ 35.000	Azienda Farmaceutica
Neurologia	Malattia di Alzheimer ed antipsicotici: una sperimentazione clinica, multicentrica, randomizzata a lungo termine.	Caffarra	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Istituto Superiore Sanità	Nazionale	€ 20.000	Pubblico
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Studio prospettico osservazione sull'idrocefalo comunicante: criteri diagnostici e validità terapeutica della terzoventricolostomia	Iaccarino	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN

Neonatologia	Ottimizzazione del percorso assistenziale in casi di A.L.T.E. <12 mesi di vita: elaborazione di un protocollo diagnostico-assistenziale	Magnani	Sperimentale - Altro	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 9.500	RER
Neurologia	Effetti della stimolazione cognitiva sul funzionamento cerebrale in pazienti affetti da deterioramento cognitivo di grado lieve e moderato: studio PET(Tomografia ad emissione di Positroni)e ruolo dei polimorfismi genici dell'Apoliproteina E e del Kibra.	Caffarra	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 1.000	Università
Neurologia	Creazione del registro della regione Emilia Romagna per la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLARER)	Pietrini	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	36	Multicentrico	AUSL Modena	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Neurologia	Prospettiva dei partecipanti sull'aiuto informativo per pazienti con sclerosi multipla di recente diagnosi: uno studio qualitativo nell'ambito dello studio SIMS (SIMS-Qual)	Granella	Sperimentale - Altro	6	Multicentrico	Istituto Besta Milano	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Neurologia	Studio randomizzato di follow-up prospettico a lungo termine a gruppi paralleli dell'associazione precoce del DA agonista ropinirolo a rilascio prolungato e del MAO-B inibitore rasagilina in pazienti con Malattia di Parkinson in fase iniziale, includente strategia ad inzio ritardato	Calzetti	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	48	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Neurologia	Multicenter, open-label, 12 weeks Phase IV study to assess adherence to treatment in relapsing multiple sclerosis (RMS) subjects switching from other injectable DMDs using ReBiSmart to self-inject Rebif® New Formulation (RNF) In a multi-dose cartriDGE (BRIDGE)	Granella	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	7	Multicentrico	Università Chieti	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 115.540	
Area tematica: Occhio									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Oculistica	Studio multicentrico in doppio cieco sulla sicurezza e sull'efficacia di Travoprost APS rispetto a TRAVATAN® in pazienti con glaucoma ad angolo aperto od ipertensione oculare	Gandolfi	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	8	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 17.040	Azienda Farmaceutica
Oculistica	Profilassi peri-operatoria per intervento di cataratta in pazienti con uveite: studio multicentrico, prospettico, randomizzato	Mora	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 14.000	Università

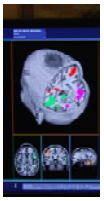
Oculistica	Case-Crossover Study of PDE5 Inhibitor Exposure as a Potential "Trigger Factor" for Acute NAION	Carta	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 9.260	Azienda Farmaceutica
Oculistica	Valutazione retrospettiva di sicurezza del trapianto di cellule staminali autologhe per il ripristino dell'epitelio corneale in pazienti con deficit di cellule staminali.	Macaluso	Osservazionale - Descrittivo	6	Multicentrico	AO Venezia	Nazionale	€ 2.500	Azienda Farmaceutica
								€ 42.800	
Area tematica: Reni e apparato urogenitale									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Nefrologia	Methotrexate come risparmiatore di steroidi nella fibrosi retroperitoneale idiopatica: un trial multicentrico randomizzato	Buzio	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 222.700	Ministeriale
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 nefropatia cronica dializzati e non sottoposti a terapia renale sostitutiva, trattati con MIRCERA o ESA di riferimento	Buzio	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	48	Multicentrico	Ospedale Lecco	Internazionale	€ 168.000	Azienda Farmaceutica
Nefrologia	Onece-a-day regimen or dsteroid withdrawal in de novo kidney transplant recipients treated with everolimus, cyclosporine and steroids: a 12-month, prospective, randomized, multicenter, open-label study. The EVIDENCE study	Maggiore	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	S. Orsola Malpighi Bologna	Nazionale	€ 70.000	Azienda Farmaceutica
Genetica Medica	Strategie per la caratterizzazione degli anticorpi anti hla nel siero dei pazienti in lista di attesa per trapianto renale e studio della reattivita' post-trapianto quale indicatore precoce di rigetto anticorpo-mediato	Savi	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 60.000	RER
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	Influenza delle variazioni microclimatiche sull'incidenza delle coliche renali	Cervellin	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	8	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Geriatrica	Studio RHYME (Registry of Hypogonadism in Men)	Maggio	Osservazionale - Di coorte	36	Multicentrico	New England Research Institutes, Inc	Internazionale	€ 5.000	Privato
1 Anestesia e Rianimazione	Studio emodinamico non invasivo della perfusione tissutale renale, mediante monitoraggio eco-color-doppler dell'indice di resistenza nei pazienti con trauma maggiore	Vezzani	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN

Nefrologia	A prospective, randomized, open label blinded end point (probe) trial to evaluate whether, at comparable blood pressure control, combined therapy with the ACE inhibitor Benazepril and the angiotensin II receptor blocker (ARB) Valsartan reduces progression to ESRD more effectively than Benazepril or VALSARTAN alone in high risk patients with type 2 diabetes and overt nephropathy (VALID Study)	David	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Ospedali Riuniti Brgamo	Nazionale	€ 600	Ministeriale
								€ 526.300	
Area tematica: Salute mentale									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Clinica Pediatrica	Caratteristiche cognitive e psicosociali di bambini con Neurofibromatosi di Tipo 1	Gugliotta	Osservazionale - Di coorte	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pediatrica	Cognizione Sociale in adolescenza	Gugliotta	Osservazionale - Di coorte	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pediatrica	Correlati psicosociali e condotte alimentari in bambini obesi	Gugliotta	Osservazionale - Di coorte	18	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pediatrica	Stili attributivi nei pazienti diabetici in età evolutiva	Gugliotta	Osservazionale - Di coorte	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Clinica Pediatrica	Stili di attaccamento nei bambini adottati provenienti dall'estero	Gugliotta	Osservazionale - Di coorte	12	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
								€ -	
Area tematica: Tumori, inclusa leucemia									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Oncologia Medica	Optimising EGFR inhibitor treatment in Non Small Cell Lung Cancer	Ardizzoni	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 360.000	Privato
Oncologia Medica	Studio randomizzato, multicentrico, di fase II dell'efficacia e della sicurezza di trastuzumab-mcc-dm1 vs. trastuzumab (Herceptinâ) e docetaxel (Taxotereâ) in pazienti con carcinoma mammario Her2 positivo non precedentemente trattate con chemioterapia per metastasi	Musolino	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Multicentrico	Istituto Nazionale Tumori Milano	Internazionale	€ 85.320	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	A Multicenter, Randomized, Double-Blind Study Comparing the Efficacy and Safety of Aflibercept Versus Placebo Administered Every 3 Weeks in Patients Treated with Docetaxel /Prednisone for Metastatic Androgen-Independent Prostate Cancer.	Gasparro	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	48	Multicentrico	S. Camillo Forlanini Roma	Internazionale	€ 48.650	Azienda Farmaceutica

Oncologia Medica	A multi-center, open label Phase II trial of TKI258 in FGFR1 amplified and non-amplified metastatic HER2 negative breast cancer	Musolino	Sperimentale - Altro	24	Multicentrico	Parma	Internazionale	€ 38.400	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	Studio di fase III, multicentrico, controllato verso placebo, per valutare l'impiego di Sorafenib (BAY 43-9006) in pazienti affetti da tumore polmonare avanzato non a piccole cellule (NSCLC), prevalentemente non squamoso, recidivato o refrattario, precedentemente sottoposti a 2 o 3 regimi terapeutici	Tiseo	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	12	Multicentrico	Istituto Clinico Humanitas	Internazionale	€ 32.300	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	Phase II study of pemetrexed and cisplatin as induction, followed by pemetrxed and cisplatin with concurrent thoracic radiotherapy, in patients with unresectable locally-advanced stage III, nonsquamous, non-small cell lung cancer	Ardizzoni	Sperimentale - Altro	36	Multicentrico	Ospedale San Gerardo Monza	Internazionale	€ 24.000	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	Studio di Fase II con PHA-848125AC come trattamento di seconda linea in pazienti affetti da mesotelioma pleurico maligno precedentemente trattati con pemetrexed	Tiseo	Sperimentale - Altro	12	Multicentrico	Istituto Clinico Humanitas	Nazionale	€ 23.030	Azienda Farmaceutica
Malattie Inettive ed Epatologia	Quantitative evaluation of sonovue® enhanced ultrasonografy for early identification of subjects with hepatocellular carcinoma refractory to sorafenib therapy: a phase ii explorative, intra-patient comparative study versus contrast enhanced mdct/mri imaging	Missale	Sperimentale - Altro	33	Multicentrico	AOU Bologna	Nazionale	€ 17.500	Azienda Farmaceutica
Chirurgia Toracica	Film polimerici contenenti farmaci chemioterapici per il trattamento locoregionale adiuvante del mesotelioma pleurico maligno in un modello murino	Ampollini	Sperimentale - Altro	12	Monocentrico	Parma		€ 15.000	Privato
Chirurgia Toracica	HSP (Heat Shock Protein) come fattore predittivo/prognostico nei pazienti con metastasi polmonari a primitività intestinale	Ampollini	Osservazionale - Caso controllo	18	Monocentrico	Parma		€ 10.000	Privato
Anatomia e Istologia Patologica	Serpine, apoptosi e neoangiogenesi nel colangiocarcinoma. Ruolo prognostico in relazione a parametri morfologici e immunoistochimici predittivi di aggressività neoplastica.	Crafa	Osservazionale - Descrittivo	12	Monocentrico	Parma		€ 10.000	Università
Oncologia Medica	Studio in aperto, di accesso allargato di RAD001 in pazienti con carcinoma renale metastatico che sono in progressione di malattia, nonostante terapia con inibitore del recettore tirosin-chinasico del fattore di crescita endoteliale vascolare o a questa intolleranti	Gasparro	Sperimentale - Altro	6	Multicentrico	Ospedale Perugia	Internazionale	€ 8.700	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	Studio Osservazionale Retrospettivo di Modalità di Trattamento Adiuvante del Carcinoma della Mammella	Ardizzoni	Osservazionale - Descrittivo	2	Multicentrico	Sacro Cuore Roma	Nazionale	€ 6.000	Azienda Farmaceutica

Anatomia e Istologia Patologica	Analisi dello stato di metilazione di promotori genici in neoplasie neuroendocrine polmonari	D'Adda	Osservazionale - Descrittivo	18	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 4.000	Università
Anatomia e Istologia Patologica	Implicazioni clinico-patologiche dell'espressione di COX-2, EGFR ed HPV nel carcinoma squamoso della cervice uterina nelle donne anziane	Giordano	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 3.000	Università
Oncologia Medica	Epidemiological study to describe NSCLC clinical management patterns in Europe. Lung-EPICLIN	Ardizzoni	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	AUSL Ravenna	Internazionale	€ 2.000	Azienda Farmaceutica
Oncologia Medica	Studio multicentrico, in aperto, non randomizzato, di Fase II in pazienti con tumori neuroendocrini in prima linea, trattati con Sandostatina LAR® e RAD001	Pucci	Sperimentale - Altro	48	Multicentrico	Istituto Nazionale Tumori Milano	Nazionale	€ 750	Privato
Oncologia Medica	A phase III randomized trial of folfoxiri + bevacizumab versus folfiri + bevacizumab as first-line treatment for metastatic colorectal cancer	Pucci	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	24	Multicentrico	Università Pisa	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Analisi genetica dei tumori maligni cerebrali. Caraterizzazione genetica su campione fresco intraoperatorio da agobiopsia in neuronavigazione e screening genetico anche di pazienti inelegibili per macroasportazione	Iaccarino	Osservazionale - Trasversale/di prevalenza	24	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	Monitoraggi neurofisiologici intraoperatori per la chirurgia dei tumori spinali midollari intradurali	Servadei	Osservazionale - Di coorte	24	Multicentrico	AO Reggio Emilia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Anatomia e Istologia Patologica	Ruolo delle infezioni multiple di HPV nelle donne affette da neoplasia intraepiteliale cervicale (CIN)	Silini	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Policlinico San Matteo Pavia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Oncologia Medica	Ruolo predittivo dei polimorfismi genetici del recettore per il frammento costante delle Immunoglobuline sulla efficacia clinica di Trastuzumab in pazienti affette da neoplasia mammaria HER-2/neu+	Musolino	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Oncologia Medica	Studio di fase II di cetuximab in combinazione con cisplatin-docetaxel nel trattamento chemioterapico di prima linea di pazienti selezionati per caratteristiche biologiche con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato	Ardizzoni	Sperimentale - Altro	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Oncologia Medica	Studio di fase II multicentrico: trattamento sequenziale con sunitinib e interleukina-2 in pazienti con carcinoma renale metastatico – (sun+il-2)	Gasparro	Sperimentale - Altro	48	Multicentrico	Ospedale Cardinal	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN

Oncologia Medica	Studio di fase I-II con Lapatinib in combinazione con capecitabina e vinorelbina come seconda linea di trattamento in pazienti con carcinoma mammario con iperespressione di ErbB2 localmente avanzato o metastatico in progressione ad una prima linea di chemioterapia associata a trastuzumab	Musolino	Sperimentale - Altro	24	Multicentrico	AO Reggio Emilia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
Otorinolaringoiatria	Trattamento e fattori prognostici nel microcarcinoma papillare tiroideo. Studio retrospettivo.	Giordano	Osservazionale - Descrittivo	10	Monocentrico	Parma		€ -	Aziendale
Anatomia e Istologia Patologica	Valutazione di una nuova classificazione del carcinoma epatocellulare e ricerca di uno score prognostico	Silini	Osservazionale - Descrittivo	36	Multicentrico	Policlinico San Matteo Pavia	Nazionale	€ -	Costi a carico del SSN
								€ 688.650,00	
Area tematica: Altro									
UO	**Titolo**	**Responsabile Scientifico**	**Disegno dello Studio**	**Durata in mesi**	**Altre Unità**	**Centro coordinatore**	**Nazionale/ Internazionale**	**Finanziamento**	**Fonte Finanziamento**
Malattie Inettive ed Epatologia	Progetto integrato di razionalizzazione delle risorse cliniche e laboratoristiche nel governo clinico dell'infezione da virus dell'epatite B in Emilia Romagna	Ferrari	Osservazionale - Descrittivo	24	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 290.000	RER
Ricerca e Innovazione	Master di II livello "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano"	Caminiti	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 105.000	RER
Settore Formazione e Aggiornamento	L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presenta un progetto di formazione alla ricerca psicosociale finalizzato alla creazione e al consolidamento di research network tra i professionisti sanitari a livello regionale	Mancini	Osservazionale - Descrittivo	12	Multicentrico	Parma	Nazionale	€ 61.000	RER
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	Studio retrospettivo inerente il confronto tra laparoplastica tradizionale sec. Chevrel e laparoplastica laparoscopica: differenze in termini di tecnica chirurgica, risultati chirurgici e risultati funzionali	Marchesi	Osservazionale - Descrittivo	6	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	Monitoraggio della temperatura nelle resezioni epatiche maggiori	Berti	Osservazionale - Di coorte	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
2 Anestesia e Rianimazione	Confronto prospettico randomizzato tra blocco del plesso ascellare per via eco guidata o con elettroneurostimolatore in pazienti con BMI superiore a 30.	Baciarello	Sperimentale - Studio clinico randomizzato e controllato	36	Monocentrico	Parma		€ -	Costi a carico del SSN
								€ 456.000,00	

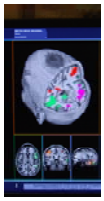


Utilizzo appropriato delle innovazioni

I contesti assistenziali sono sistemi dinamici, che devono adeguarsi alla continua evoluzione tecnologica e ai costi aggiuntivi che comportano 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.
L'azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato al progetto di realizzazione dell'ORI fin dalle fasi di definizione. In particolare, nel 2009 sono state perfezionate le procedure a livello locale per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, che prevedono iter diversi a seconda della tipologia di tecnologia che si intende acquisire. Una novità importante è la definizione dell'iter per la richiesta di tecnologie nell'ambito di progetti di ricerca, allo scopo di ridurre i tempi di acquisizione e favorire la realizzazione degli studi nei tempi previsti dal protocollo.
La tabella seguente riporta la definizione delle diverse tipologie considerate e gli step principali da seguire per l'acquisizione.

Tabella 5 Step principali da seguire per l'acquisizione di 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 attrezzature per budget	Ingegneria Clinica	Valutazione Dipartimento delle Tecnologie, con eventuale attivazione della Commissione Aziendale Tecnologie (CAT), presieduta dall'Ingegneria Clinica	Definizione budget annuale, o in urgenza se necessario
Tecnologia nuova (sanitaria, beni informatici, strumentale chirurgico, ausili per disabili e per la sicurezza)	introdotta in Azienda per potenziamento o aggiornamento tecnologico	Direttori di UO, previo parere favorevole del Direttore di Dipartimento	Modulo di richiesta reperibile sulla intranet aziendale	Ingegneria Clinica	Attivazione della CAT ed eventuale sottomissione al Board degli Investimenti per tecnologie ad elevato impatto organizzativo ed economico	3 mesi
Tecnologia acquisita tramite donazione o in prova	Non prevista nel piano annuale delle tecnologie, ma acquisita tramite donazione, o concessa in prova (per un periodo massimo di tre	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 della CAT	3 mesi

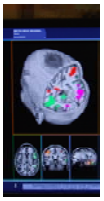


	mesi)					
Tecnologia acquisita tramite progetto di ricerca	il cui utilizzo è previsto nel protocollo scientifico e la cui acquisizione è contemplata nel piano di finanziamento di un progetto di ricerca	Responsabile Scientifico dello studio	invio di richiesta accompagnata dal protocollo dello studio, dal piano dei costi e dal piano di finanziamento	Ricerca e Innovazione	Ricerca e Innovazione, ed eventuale attivazione della CAT	1 mese
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	Attivazione di un team multi professionale con le competenze necessarie, ed 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

Nella tabella seguente viene riportata l'attività del 2009 relativa alle richieste di **acquisizione di tecnologie sanitarie** per tipologia. Complessivamente sono state esaminate 134 richieste, di cui 62 sono state autorizzate (46%), 46 non autorizzate (34%) e 26 sono rimaste in sospeso (19%), in attesa di approfondimenti o di ulteriore documentazione.

Tabella 6 richieste per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, anno 2009

		Totale richieste esaminate	Autorizzate	Non autorizzate	In sospeso
Prove	n.	32	16	10	6
	%	100	50	31	19
Donazioni	n.	47	37	8	2
	%	100	79	17	4
Prese in carico	n.	37	8	28	1
	%	100	22	76	3
Acquisizioni extra-budget	n.	18	1	0	17
	%	100	6	0	94
Totali	n.	134	62	46	26
	%	100	46	34	19



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 2009 presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

EFFICACIA CLINICA DELLA TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) IN CAMPO CARDIOVASCOLARE E NEUROLOGICO IN PAZIENTI CON PATOLOGIA AD ALTO RISCHIO EVOLUTIVO
(progetto finanziato nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009)

BACKGROUND
L'utilizzo clinico della PET è in rapida espansione dati il maggior numero di tomografi, il progressivo upgrade tecnologico, la sintesi di nuovi radiofarmaci a target molecolare specifico, l'introduzione in Farmacopea di un panel di molecole radiomarcate via via più ampio.
Il settore di applicazione della PET a maggior impatto numerico e clinico è quello oncologico, pur crescendo in tempi recenti l'interesse per ambiti diversi come i disordini neurodegenerativi e la valutazione del rischio cardiovascolare nei quali è cruciale la caratterizzazione quantitativa di parametri biologici (rate di consumo glucidico, riserva di flusso coronarico) la cui misura mediante PET consente di modulare la terapia e monitorarne gli effetti nel tempo.
Numerosi studi di accuratezza suggeriscono l'utilità della PET in diversi contesti clinici, ma evidenze dirette dell'effetto sulla pratica clinica corrente in termini di outcome sono scarse.

OBIETTIVI
Lo studio si propone di valutare l'impatto clinico (outcome di processo e di esito) e gestionale (decision making) dell'introduzione della PET in specifici percorsi diagnostico-terapeutici gravati da ampia variabilità di comportamento nel settore cardiovascolare (pazienti diabetici con aterosclerosi sub-clinica) e neurodegenerativo (Mild Cognitive Impairment).

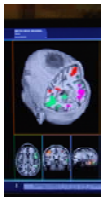
METODI
Trial clinico pragmatico, randomizzato a gruppi paralleli, di confronto tra strategia clinica basata sugli esiti della PET e gestione convenzionale (usual care).

RISULTATI ATTESI
Ambito Cardiovascolare: sulla base dei dati di letteratura si stima che l'utilizzo mirato della PET per la scelta dei pazienti da trattare in modo intensivo possa ridurre di oltre il 50% gli eventi correlati a progressione della malattia trattando in modo intensivo solo i soggetti a rischio più elevato.
Ambito Neurologico: sulla base dei dati di letteratura ci si attende che la PET consenta una più precoce identificazione del viraggio in AD in soggetti con MCI ad elevato rischio evolutivo (PET+) mediante follow-up ravvicinato e tempestivo avvio del trattamento specifico. Si stima inoltre che il trattamento possa indurre una stabilizzazione di malattia, misurabile a sei mesi di distanza, in circa 20-25% dei pazienti dopo il viraggio in AD.

RICADUTA ASSISTENZIALE
Lo studio riguarda pazienti ad alto rischio evolutivo con modalità e timing terapeutici ottimali non definiti. La loro identificazione mediante PET consentirebbe di ridurre rischio relativo intensificando il trattamento, anticipare la diagnosi, evitare procedure non necessarie. Il contesto applicativo ristretto evita un incongruo uso della PET sfruttandone al massimo le potenzialità in particolare in ambito cardiovascolare e neurologico ove non esistono competenze specifiche in sede regionale.

VALORE PROGNOSTICO DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA MULTISTRATO NELLO STUDIO DELLA MALATTIA SUBCRITICA DEL TRONCO COMUNE
(progetto finanziato nell'ambito del Programma Regione-Università 2007-2009)

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.

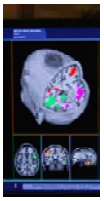
RISULTATI ATTESI
Identificazione delle caratteristiche della lesione ateromasica non critica del tronco comune predittive per eventi cardiovascolari. Identificazione dei differenti pattern di malattia ateromasica del tronco comune. Valutazione della eventuale modificazione delle caratteristiche della placca ateromasica 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 ateroma siche, 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 indure la ripefusione, 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. E' 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 SSR 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, in RER 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 2009 ha contribuito, anche attraverso la partecipazione dei professionisti a incontri periodici delle reti cliniche regionali, all'implementazione dei seguenti database clinici:
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 di aritmologia interventistica (RERAI) – avviato nel 2005, partecipano tutti i centri di elettrofisiologia e cardiostimolazione pubblici e privati della Regione Emilia-Romagna, che raccolgono un set di informazioni relative alle caratteristiche cliniche dei pazienti sottoposti a studio elettrofisiologico, terapia ablativa con elettrocatetere, impianto di pace-maker e di defibrillatore automatico.
Le finalità del database sono principalmente il monitoraggio e la valutazione della qualità dell'assistenza, la sorveglianza delle complicanze delle apparecchiature, la valutazione di impatto di innovazioni cliniche e organizzative e la realizzazione di studi clinici.

Regionale degli Interventi di cardiochirurgia (RERIC) - il registro, a cui partecipano i 6 centri regionali di cardiochirurgia, consente di ottenere informazioni cliniche non rilevabili attraverso i flussi amministrativi

correnti sulle attività cardiochirurgiche, in particolare sui fattori di rischio pre-operatorio, sulle complicanze post-chirurgiche e sulla mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico.

Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca - questo database è stato implementato nel 2006 ed è finalizzato a raccogliere sistematicamente le informazioni sulle caratteristiche cliniche dei pazienti sottoposti a tomografia computerizzata multistrato cardiaca nelle diverse Aziende sanitarie della Regione dotate di questa tecnologia. I dati sono utili a verificare, oltre i volumi di attività per centro, anche il livello di appropriatezza d'uso della diagnostica sulla base dei criteri sviluppati a livello regionale.

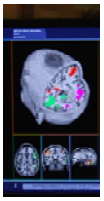
Registro Regionale dei Traumi gravi (RRTG) - dal 2007 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, centro hub di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai Traumi (il SIAT Emilia Occidentale, che comprende Piacenza, Parma e Reggio Emilia), partecipa alla realizzazione di questo registro, nel quale 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.

Registro sepsi in terapia intensiva – database avviato nel 2009, prevede la rilevazione da parte di tutte le Unità di Terapia Intensiva della regione Emilia Romagna, al fine di misurare l'incidenza delle infezioni in terapia intensiva, di effettuare la sorveglianza di quelle che progrediscono a sepsi grave e shock settico, di rilevare le modalità diagnostiche e terapeutiche attuate per il paziente settico.

Relativamente al Registro regionale REAL, l'Azienda è centro di coordinamento del progetto *"Impatto clinico della rivascolarizzazione coronarica percutanea nelle donne con Infarto Miocardico. Uno studio di genere"*, finanziato dal Ministero della Salute come parte di un Programma Strategico, composto da cinque progetti (per un importo complessivo di 2 milioni di euro) che indagano l'influenza del genere sulla patologia cardiovascolare, in termini genetici, psicologici, biologici ed epidemiologici. Il progetto che vede come capofila l'AOU di Parma si propone di analizzare se nella pratica clinica esistano differenze relativamente all'utilizzo e ai risultati clinici delle procedure di rivascolarizzazione (angioplastica con impianto di stent) tra genere maschile e femminile, avvalendosi dei dati raccolti prospetticamente da tutti i 13 centri di emodinamica della Regione Emilia-Romagna. Nell'ambito di tale studio verrà condotta, per la prima volta, la validazione del registro REAL, tramite revisione di un campione di cartelle cliniche ad opera di monitor appositamente addestrati. Per ulteriori dettagli sul progetto si rimanda al capitolo 4, paragrafo "Progetto Gender" nel presente volume.



6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

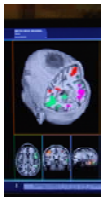
Attività di formazione del personale

Come sottolineato nella Delibera di Giunta Regionale 1066/2009, 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 migliora le competenze specifiche di carattere metodologico necessarie, a livello locale e regionale, per produrre attività di ricerca qualitativamente e quantitativamente adeguata.
L'impegno dell'Azienda in tal senso è proseguito anche nel 2009, anno in cui è stato attuato un programma formativo sulla metodologia della ricerca costituito da eventi di diversa "intensità", allo scopo di coinvolgere il maggior numero di medici ed infermieri in attività di ricerca.
In aprile 2009 è iniziata la preparazione della II Edizione del Master "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano", avviata in novembre 2009. Le richieste pervenute sono state oltre il doppio rispetto al numero consentito. Sono stati selezionati 35 candidati, di cui 26 afferenti alla AOU di Parma, 7 ad altre Province della RER e 2 provenienti da fuori Regione. La selezione è stata effettuata tramite un questionario standardizzato, tratto dalla letteratura e volto a verificare le conoscenze di base di statistica e inglese scientifico, e un colloquio sul grado di interesse e le motivazioni.
L'obiettivo principale del Master è 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 nella ricerca (medici, infermieri, statistici, biologi, eccetera), dalle fasi iniziali di ideazione fino alla realizzazione di uno studio. Il programma didattico è articolato su 8 moduli mensili della durata di 4-5 giornate; 4 di essi comprendono anche una mezza giornata dedicata a un workshop su temi scientifici di particolare interesse e attualità.
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 7 Programma del Master e principali "attori" coinvolti

TITOLO MODULO	DOCENTE ESPERTO	CLINICO REFERENTE	WORKSHOP
MODULO 1: Saper formulare quesiti di ricerca e disegnare uno studio	Ciro Gallo (Cattedra di metodologia epidemiologica clinica II Università di Napoli)	Andrea Ardizzoni (UO Oncologia Medica, AOU Parma)	
MODULO 2: Come dimostrare l'efficacia di un trattamento	Antonella Bacchieri (Dip. di Biostatistica - Ricerca e Sviluppo Sigma Tau, Roma)	Michele Rusca (Dip. Chirurgico, AOU Parma)	
MODULO 3: Conoscere le implicazioni etiche di una ricerca	Sandro Spinsanti (Istituto GIANO, Roma)	Giancarlo Izzi (UO Oncoematologia Pediatrica, AOU Parma)	La ricerca non sponsorizzata
MODULO 4: Conoscere le esigenze pratiche di un clinical trial	Aldo Pietro Maggioni (Centro Studi ANMCO, Firenze)	Diego Ardissino (UO Cardiologia, AOU Parma)	Aspetti innovativi in Cardiologia: -le tecniche -gli studi -la statistica
MODULO 5: Come effettuare studi di accuratezza diagnostica e di valutazione economica	Piergiorgio Duca (Istituto di Statistica Medica e Biometria, Università di Milano)	Roberto Delsignore (UO Clinica e Terapia Medica, AOU Parma)	
MODULO 6: Saper interpretare i risultati di uno studio	Maria Grazia Valsecchi (Dip. Medicina Clinica e Prevenzione, Università Milano-Bicocca	Marsilio Saccavini (UO Medicina Riabilitativa, AOU Parma	
MODULO 7: Come scrivere un articolo scientifico e interpretare i risultati	Lorenzo Moja (Centro Cochrane Italiano)	Guido Fanelli (2^ Anestesia, Rianimazione e terapia antalgica)	La comunicazione tra medici, ricercatori, giornalisti e informatori
MODULO 8: Come	Roberto Raschetti	Carlo Ferrari	Gli studi di fase 1

garantire la continuità tra ricerca e pratica	(Istituto Superiore di Sanità, Roma)	(UO Malattie Infettive ed Epatologia, AOU Parma)	

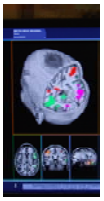


Nonostante l'ampio successo della 1° edizione del Master sia evidente dalle valutazioni in generale molto positive dei corsisti e dalle numerose richieste di iscrizione pervenute per la seconda edizione, si è ritenuto importante valutare, con metodologia scientificamente rigorosa, l'impatto del programma formativo, verificando se abbia un effetto reale sulla capacità dei discenti di fare ricerca.
A tale scopo, in Novembre 2009 è stato inviato per email a tutti i partecipanti della prima edizione del Master un questionario adattato dalla letteratura [Löwe et al, J Gen Intern Med 2008], al fine di effettuare una valutazione pre-post dell'output della ricerca nell'anno precedente e in quello successivo alla frequenza del master sulla ricerca (2007 vs 2009). Dall'analisi dei dati è emerso un generale miglioramento relativo sia al numero di pubblicazioni (articoli e contributi a libri) sia alla stesura di articoli scientifici (a prescindere dalla pubblicazione). Il tasso di risposta è stato del 71%; non hanno risposto al questionario 9 iscritti in quanto fuori sede (5), in maternità (1), per ragioni imprecisate (3).
È prevista la stessa indagine sui partecipanti alla 2° edizione, con rilevazione del research output relativo al 2009 e al 2011.
Di particolare rilevanza, relativamente alla misura di efficacia della formazione, è che uno dei protocolli elaborato durante il Master, sottoposto alla Commissione di docenti per la valutazione finale dell'apprendimento, è risultato vincitore del Bando ministeriale Giovani Ricercatori 2008. Il progetto, dal titolo "New immunotherapeutic strategies for hepatocellular carcinoma", è coordinato dal Dott. Alessandro Zerbini.
Infine, in risposta a quanto emerso nell'indagine sulle opinioni dei professionisti in materia di ricerca condotta in Azienda (vedi paragrafo 6.1 "Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione"), che ha rilevato sia la necessità di offerte formative di breve durata, sia l'esigenza di supporto statistico-metodologico, è stato organizzato, in maggio 2009, il corso "Statistica per non Statistici". Il corso, inteso quale formazione propedeutica alla II Edizione del Master o formazione a se stante, articolato su 4 giornate, ha fornito un'introduzione ai principi statistici che costituiscono le basi del disegno e dell'analisi degli studi clinici. È stata posta l'attenzione sulla teoria e la comprensione della metodologia statistica utilizzata per la conduzione di ricerche, e non semplicemente come una presentazione di formule statistiche. L'iniziativa era rivolta a professionisti non statistici (medici, data managers, biologi, farmacisti, eccetera), già operanti nel campo della ricerca e che possedevano nozioni di statistica di base. È stata effettuata anche una lezione facoltativa introduttiva alla statistica.
Poiché il numero di domande, pari a 87, ha ecceduto la quota massima di 30 partecipanti, i discenti sono stati ammessi in base ad una selezione per titoli da parte di una Commissione ad hoc. L'evento formativo sarà replicato anche nel 2010, ma su 6 giornate per consentire ai discenti di effettuare anche una parte di attività pratica, mediante l'utilizzo di STATA (programma di elaborazioni statistiche).

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 2009 comprende:
- accesso ai full text di circa 2500 riviste di valenza internazionale,
- collegamento a PubMed con link diretti ai full text disponibili,
- accesso alle banche dati Embase, Cinahl, Science Citation Index, Journal Citation Report (valutazione di periodici comprendente l'Impact Factor), Current Contents, Micromedex, Images MD (banca dati di immagini mediche), Cochrane Library, Clinical Evidence, PSYCHinfo, FSTA (scienza e tecnologia dell'alimentazione).

Importante novità del 2009 è l'accesso alla fonte informativa UpToDate.
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.
Per favorire e potenziare l'accessibilità alle fonti informative, la AOU di Parma parteciperà, nel 2010, a un progetto regionale volto alla costruzione di un network professionale regionale in grado di orientare e sostenere le scelte regionali in tema di acquisizione, utilizzazione e valorizzazione della documentazione scientifica in sanità in Emilia -Romagna.



Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna

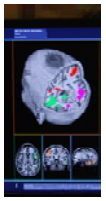
La maggior parte dei progetti ai quali l'Azienda ha partecipato nel 2009, sia in qualità di capofila, sia come unità partecipante, è frutto di collaborazione tra diverse Aziende sanitarie della Regione, come raccomandato anche dai bandi ministeriali e regionali. In particolare, molto proficua si è dimostrata 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).
Nelle tabelle 8 e 9 sono indicati i centri di ricerca della RER con i quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha instaurato relazioni professionali per la realizzazione di progetti multicentrici; sono riportati anche i progetti realizzati su richiesta da parte di enti profit, anche se 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 (centro di coordinamento o unità partecipante).

Tabella 8 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dei quali l'AOU di Parma è centro coordinatore

	Costi a carico del SSN	Finanziati da Privati	Finanziati dalla RER	Totale
AO-U di Modena	0	2	2	4
AUSL di Modena	1	1	2	4
AUSL di Piacenza	0	0	4	4
AO di Reggio Emilia	1	0	2	3
AUSL di Parma	0	0	3	3
AUSL di Reggio Emilia	0	0	3	3
AO-U di Bologna	1	2	0	3
AO-U di Ferrara	0	1	0	1
AUSL di Cesena	0	1	0	1
AUSL di Forlì	0	0	1	1
AUSL di Rimini	0	1	0	1

Tabella 9 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna dei quali l'AOU di Parma è centro partecipante

	Costi a carico del SSN	Finanziati dal Ministero	Finanziati da Privati	Finanziati dalla RER	Totale
AO-U di Bologna	9	2	7	1	19
AO-U di Ferrara	3	3	8	1	15
AO-U di Modena	5	0	9	1	15
AO di Reggio Emilia	9	0	3	1	13
AUSL di Piacenza	4	0	4	0	8
AUSL di Ravenna	4	1	3	0	8
AUSL di Modena	4	0	3	0	7
AUSL di Forlì	1	1	3	0	5
AUSL di Parma	4	0	1	0	5
AUSL di Rimini	1	1	3	0	5
AUSL di Ferrara	3	1	0	0	4
AUSL di Bologna	0	0	3	0	3
AUSL di Cesena	1	0	1	1	3
AUSL di Reggio Emilia	1	0	0	0	1



Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa anche a numerosi progetti in collaborazione con enti e istituti di ricerca nazionali e internazionali. Nelle tabelle 10 e 11 sono indicati gli ambiti provinciali in cui risiedono enti e istituzioni con cui l'AOU di Parma ha instaurato relazioni professionali (network nazionali e internazionali) per la realizzazione dei progetti finanziati nel 2009.

Tabella 10 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con altri Centri di Ricerca Nazionali dei quali l'AOU di Parma è centro coordinatore

	Costi a carico del SSN	Finanziati dal Ministero	Finanziati da Privati	Totale
Milano	0	2	6	8
Napoli	0	0	4	4
Roma	1	0	4	5
Torino	0	1	4	5
Bari	0	0	3	3
Genova	0	0	3	3
Brescia	0	0	2	2
Catania	0	0	2	2
Catanzaro	0	0	2	2
Cuneo	0	0	2	2
Firenze	0	0	2	2
Padova	0	0	2	2
Pisa	0	0	2	2
Udine	0	0	2	2
Verona	0	0	2	2
Ascoli Piceno	0	0	1	1
Cagliari	0	0	1	1
Caserta	0	0	1	1
Chieti	1	0	1	2
Cosenza	0	0	1	1
Cremona	1	0	1	2
Foggia	0	0	1	1
Frosinone	0	0	1	1
Gorizia	0	0	1	1
Messina	0	0	1	1
Novara	0	0	1	1
Palermo	0	0	1	1
Pavia	0	1	1	2
Perugia	0	0	1	1
Pescara	0	0	1	1
Sassari	0	0	1	1
Treviso	0	0	1	1
Vicenza	0	0	1	1
Viterbo	0	0	1	1
Ancona	0	1	0	1

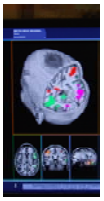
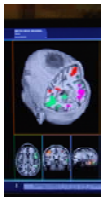


Tabella 11 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con altri Centri di Ricerca Nazionali dei quali l'AOU di Parma è centro partecipante

	Costi a carico del SSN	Finanziati dal Ministero	Finanziati da Privati	Totale
Roma	14	3	22	39
Milano	13	4	21	38
Torino	12	2	11	25
Napoli	9	4	9	22
Perugia	5	3	12	20
Foggia	7	3	9	19
Genova	8	0	11	19
Padova	8	2	8	18
Palermo	7	0	11	18
Pisa	9	2	7	18
Catania	7	1	9	17
Bari	6	2	8	16
Brescia	8	0	8	16
Pavia	6	2	8	16
Firenze	7	2	6	15
Bergamo	4	2	8	14
Verona	5	1	8	14
Ancona	6	2	5	13
Sassari	7	2	4	13
Chieti	5	1	5	11
Monza	5	1	5	11
Messina	4	1	5	10
Novara	8	0	2	10
Siena	5	1	4	10
Varese	3	0	7	10
Alessandria	7	0	2	9
Cagliari	5	1	3	9
Cosenza	4	1	4	9
Lecce	4	0	5	9
Salerno	3	2	4	9
Treviso	3	1	5	9
Vicenza	4	0	5	9
Livorno	3	0	5	8
Udine	3	1	4	8
Cremona	3	0	4	7
Lucca	2	0	5	7
Massa Carrara	3	1	3	7
Pordenone	4	0	3	7
Reggio Calabria	4	0	3	7
Brindisi	2	1	3	6
Campobasso	2	1	3	6
Catanzaro	5	1	0	6
Cuneo	6	0	0	6
Mantova	3	0	3	6
Pescara	4	1	1	6
Potenza	3	1	2	6
Trieste	1	1	4	6
Venezia	3	0	3	6
Arezzo	3	0	2	5
Bolzano	3	0	2	5
Grosseto	3	0	2	5
Latina	3	1	1	5
Pesaro Urbino	4	0	1	5
Prato	3	0	2	5
Rovigo	2	0	3	5
Sondrio	2	0	3	5
Benevento	3	0	1	4



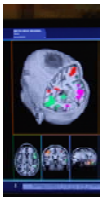
Isernia	2	0	2	4
La Spezia	3	0	1	4
Pistoia	4	0	0	4
Teramo	1	2	1	4
Verbania	3	0	1	4
Asti	2	0	1	3
Frosinone	1	0	2	3
L'Aquila	0	0	3	3
Lecco	2	0	1	3
Macerata	1	0	2	3
Terni	1	1	1	3
Viterbo	2	0	1	3
Agrigento	2	0	0	2
Aosta	2	0	0	2
Ascoli Piceno	2	0	0	2
Avellino	2	0	0	2
Belluno	2	0	0	2
Biella	2	0	0	2
Caserta	2	0	0	2
Como	1	0	1	2
Fermo	1	0	1	2
Gorizia	1	0	1	2
Lodi	1	0	1	2
Ragusa	1	0	1	2
Savona	0	0	2	2
Taranto	1	0	1	2
Trento	0	0	2	2
Vercelli	2	0	0	2
Barletta	0	0	1	1
Caltanissetta	1	0	0	1
Crotone	1	0	0	1
Enna	1	0	0	1
Nuoro	1	0	0	1
Olbia-Tempio	0	0	1	1
Rieti	1	0	0	1
Siracusa	1	0	0	1
Trapani	1	0	0	1

Tabella 12 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con Centri di Ricerca Internazionali dei quali l'AOU di Parma è centro coordinatore

	Finanziati da Privati	Totale
Francia	1	1
Regno Unito	1	1
Spagna	1	1
Stati Uniti	1	1

Tabella 13 Progetti avviati nel 2009 in collaborazione con Centri di Ricerca Internazionali dei quali l'AOU di Parma è centro partecipante

	Costi a carico del SSN	Finanziati da Privati	Unione Europea	Totale
Belgio	2	0	1	3
Francia	2	0	1	3
Germania	1	1	1	3
Portogallo	2	0	1	3
Olanda	1	1	0	2
Regno Unito	1	0	1	2
Stati Uniti	2	0	0	2
Argentina	1	0	0	1



Australia	1	0	0	1
Austria	1	0	0	1
Bulgaria	0	0	1	1
Cile	1	0	0	1
Cina	1	0	0	1
Danimarca	1	0	0	1
Finlandia	1	0	0	1
Grecia	0	0	1	1
Lussemburgo	0	0	1	1
Malta	0	0	1	1
Nuova Zelanda	1	0	0	1
Polonia	0	0	1	1
Repubblica Ceca	1	0	0	1
Romania	0	0	1	1
Russia	0	0	1	1
Spagna	1	0	0	1
Svezia	0	1	0	1

Particolarmente rilevante e importante è la collaborazione istaurata 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 quattro 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 quattro progetti finanziati dalla UE, e le collaborazioni instaurate per la realizzazione delle attività di ricerca previste:

NEOMARK

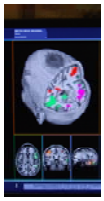
Il progetto, coordinato dalla UO Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è stato finanziato nell'ambito della tematica Information Communication Technology (ICT) relativa all'area e-health "Virtual Physiological Human", cioè di simulazione virtuale del comportamento del paziente, al fine di individuare strumenti tecnologici di supporto alla previsione del decorso delle patologie.

Il progetto è stato avviato in giugno 2008 e la concluisone è prevista entro il 2010.

Lo studio 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.

Progetto NeoMark: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant 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 - Technologias 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 autonomiche.

Le informazioni prodotte da METABO saranno integrate con i dati clinici e anamnestici dei pazienti e utilizzati al fine di:

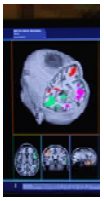
1. realizzare un modello dinamico del comportamento metabolico individuale del paziente, che permetta di prevedere l'influenza e relativo impatto di terapie specifiche e di singoli parametri sul livello di glucosio
2. costruire piani di assistenza personalizzati integrati nei processi clinici in atto, favorendo la collaborazione fra le diverse figure coinvolte nell'assistenza primaria e secondaria e promuovendo il ruolo attivo del paziente.

Progetto METABO in collaborazione con Aziende / Istituti Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Medtronic Iberica Spagna	MEDTRONIC	Spain
2	IDS Scheer CR, S.R.O	IDS	Czech Republic
3	Kuopion Yliopisto	IUKU	Finland
4	Mega Electronics LTD	MEGA	Finland
5	Microdata Advanced Technology SA	MICRODATA	Greece
6	University of Patras	UOP	Greece
7	Medmark LTD	MEDMARK	Slovakia
8	Ferrari S.p.A. Esercizio Fabbriche Automobili e Corse	FERRARI	Italy
9	Universitaet Augsburg	UAU	Germany
10	D.D. Synergy Hellas Anonymi Emporiki Etaireia Parochis Ypiresion Pliroforikis	DDS	Greece
11	ORT France	ORT	France
12	Univerzita Karlova V Praze	UK	Czech Republic
13	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma – Clinica Medica e Terapia Medica	PRM	Italy
14	Hospital Clinico San Carlos	HCSC	Spain
15	Sword Technologies SA	SWORD	Luxembourg
16	R&S info S.r.l	R&S	Italy
17	World Match Limited	WM	Malta
18	Universidad Politecnica de Madrid	UPM	Spain
19	Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	AUSLM	Italy
20	Universidad Politecnica de Valencia	UPVLC	Spain
21	Institute of Communication and Computer System - National Technical Univeristy of Athens	ICCS-NTUA	Greece
22	S.A.T.E. - systems and Advanced Technologies Engineering S.R.L.	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.



Nel primo anno di attuazione del progetto sono state identificate le metodiche di isolamento cellulare e i biomateriali più idonei al fine di testare la validità di quattro prodotti finali: 1. Patch Cardiaco; 2. Valvole Cardiache; 3. Scaffolds iniettabili; 4.Vasi sanguigni artificiali.
L'unità di ricerca di Parma ha focalizzato l'attenzione sulle fonti di cellule autologhe con capacità rigenerativa cardiaca e sui segnali che inducono la generazione di nuovo tessuto cardiaco e vascolare. In particolare, sono state messe a confronto cellule stromali di origine cardiaca con quelle di origine midollare isolate dallo stesso paziente ai fini di escludere fattori confondenti quali l'età, il sesso e il background genetico che notoriamente influenzano la biologia e la funzione delle cellule. I risultati di questi studi sono stati presentati a Congressi Internazionali e sono in via di pubblicazione. Inoltre sono state testate le proprietà biologiche e funzionali di cellule staminali coltivate su materiali iniettabili e la biocompatibilità del materiale stesso dopo iniezione nel cuore normale ed infartuato di animali sperimentali.

Progetto BIOSCENT: in collaborazione con Aziende / Istituti dell'Unione Europea

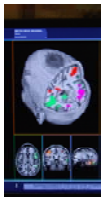
Participant No.	Participant Name	Participant short name	Country
1	UNIVERSITA DI PISA	UNIPI	Italy
2	USTAV EXPERIMENTALNI MEDICINY AKADEMIE VED CESKE REPUBLIKY VEREJNA VYZKUMNA INSTITUCE	CzAS	Czech Republic
3	IMPERIAL COLLEGE OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND MEDICINE	ImpC	UK
4	INSTITUTUL DE CHIMIE MACROMOLECULARA PETRU PONI	PPI	Czech Republic
5	PERA INNOVATION LIMITED	PERA	Germania
6	THE UNIVERSITY OF MANCHESTER	UniMA	UK
7	POLITECNICO DI TORINO	PoliTO	Italy
8	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER	MHH	Germany
9	KONINKLIJKE NEDERLANDSE AKADEMIE VAN WETENSCHAPPEN - KNAW	HubL	The Netherlands
10	UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PARMA	UniPAR	Italy
11	IMM RECHERCHE SAS	IMM	France
12	SORIN BIOMEDICA CARDIO S.R.L.	SORIN	Italy
13	CHEMPILOTS A/S	CHEM	Denmark
14	CAMBRIDGE RESEARCH BIOCHEMICALS	CRB	UK
15	GmbH IBT - IMMUNOLOGICAL AND BIOCHEMICALTESTSYSTEMS GMBH	IBT	Germany

ARTREAT

La malattia ateromasica carotidea è la principale causa di ictus, patologia associata ad alti tassi di mortalità e morbidità. ARTreat è un grande studio di coorte prospettico, rientrante in un Progetto Integrato finanziato dalla Comunità Europea nel contesto del Settimo Programma quadro a cui partecipano 21 Unità di Ricerca nel campo ICT (Information and Comunication Technology) e Sanitario, che ha come obiettivo la creazione di un modello virtuale per lo studio dell'aterogenesi e della progressione della placca, derivato dall'analisi integrata di fattori molecolari, cellulari, reologici-emodinamici e morfologici. Tale modello avrà sia un'applicabilità clinica nel trattamento endovascolare delle lesioni carotidee, sia un'applicabilità formativa quale strumento di training virtuale.
L' Unità Operativa di Parma partecipa al progetto fornendo dati clinici, biochimici e strumentali necessari alla creazione del modello virtuale; è inoltre il centro di riferimento per la valutazione dell'applicabilità clinica del modello e per verificarne l'efficacia nel predire la progressione della patologia aterosclerotica carotidea.

Progetto Artreat: in collaborazione con Aziende / Istituti dell'Unione Europea

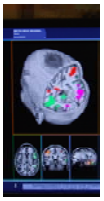
Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	SWORD Technologies S.A (Coordinator)	SWORD	Luxembourg
2	SORIN BIOMEDICA CARDIO S.R.L.	SORIN	Italy
3	d.d. SYNERGY HELLAS ANONYMI EMPORIKI ETAIREIA PAROCHIS YPIRESION PLIROFORIKIS	DDS	Greece
4	TECHNOLOGICA EOOD	TL	Bulgaria
5	UNIVERZITET U KRAGUJEVCU	UK	Serbia
6	AGFA HEALTCARE N.V.	AGFA	Belgium
7	INTERCON SP Z.O.O	Intercon	Poland



8	THE CHANCELLOR, MASTERS AND SCHOLARS OF THE UNIVERSITY OF CAMBRIDGE	UCAM	United Kingdom
9	UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PARMA	PRM	Italy
10	FOUNDATION FOR RESEARCH AND TECHNOLOGY – HELLAS	FORTH	Greece
11	CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE	CNR	Italy
12	WORLD MATCH LIMITED	WM	Malta
13	UNIVERSITE DE PARIS 5 RENE DESCARTES	UNI PARIS 5	France
14	TECMIC - TECNOLOGIAS DE MICROELECTRONICA, S.A.	TECMIC	Portugal
15	ASD ADVANCED SIMULATION AND DESIGN GMBH	ASD	Germany
16	EURO (PMS) LIMITED	EPS	United Kingdom
17	LANZA & THOMPSON INFORMATION TECHNOLOGY SRL	LANZA THOMPSON IT	Italy
18	COMPUTER SHARING BUCARESTI S.R.L.	CSB	Romania

Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione

Le linee di Programmazione regionali 2009 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.
I PDT sono documenti realizzati da team multidisciplinari, dedicati a patologie di particolare rilevanza, che stabiliscono indicazioni condivise sull'iter di gestione del paziente, dalla diagnosi fino al follow-up. Questi strumenti hanno l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza clinica, intesa in termini di adesione alle indicazioni presenti in letteratura, e giungere ad un inquadramento clinico-strumentale e terapeutico eterogeneo.
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.



6.3 Garanzie di trasparenza

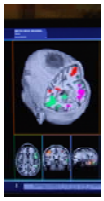
Anagrafe della Ricerca

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 aderisce alla Anagrafe della Ricerca Regionale, 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 primo semestre 2009 sono state definite le modalità di attuazione della fase operativa, approvate dal Collegio di Direzione. Nel secondo semestre, ogni Direttore di Dipartimento ha individuato uno o più referenti dipartimentali della ricerca, incaricati di fornire supporto ai responsabili scientifici di progetti nel lavoro di inserimento e garantire la completa adesione. A tal fine i referenti hanno partecipato a 3 incontri formativi organizzati in Azienda, dedicati alla presentazione del progetto e all'utilizzo del software regionale per l'inserimento dei dati. Nell'ultimo trimestre è iniziata l'attività di inserimento, con il coordinamento della UO Ricerca e Innovazione, che ha affiancato i professionisti quando necessario. Per favorire la completezza e l'efficienza della rilevazione, la UO Ricerca e Innovazione ha inviato ai referenti dipartimentali l'elenco dei progetti avviati nel 2009 di cui si avevano informazioni (Comitato Etico, finanziati con Bandi pubblici, ecc). Complessivamente il numero di progetti inseriti è stato di 197, a fronte dei 138 dell'elenco iniziale di cui la Direzione disponeva.

In attesa che l'applicativo Anagrafe inglobi anche le pubblicazioni dei professionisti aziendali, progetto attualmente in fase di elaborazione a livello regionale, per il terzo anno la Struttura Ricerca e Innovazione ha realizzato un report annuale sulla ricerca (modificato rispetto all'anno precedente), includendo, oltre ai progetti avviati nel 2009, anche le pubblicazioni scientifiche realizzate nel 2007, 2008 e 2009, 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.
Come l'anno precedente, la ricerca è stata eseguita 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 MedLine. Lavori presenti in PubMed, se segnalati, sono stati inclusi nella versione finale della reportistica.
Una prima versione del report è stata trasmessa a tutti i Direttori di Dipartimento/Unità Operativa e ai referenti della ricerca, 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.

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 Ufficializzazione 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 2010.
Grazie alle informazioni raccolte dall'Anagrafe regionale, nel corso del 2009 è stato possibile ottenere un quadro, se pur non ancora esaustivo e accurato, dei costi e dei finanziamenti dei progetti di ricerca avviati nell'anno.

Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. E' inoltre chiamato ad esprimere pareri relativamente a tematiche di carattere bioetico in materia di sanità. Nell'intento di vigilare affinché sia rispettata la buona pratica clinica nella progettazione, conduzione e registrazione degli esiti della ricerca, il Comitato è chiamato a :

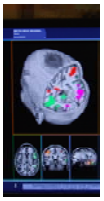
- valutare i protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica, esprimendo il proprio parere favorevole o non favorevole;
- valutare e rilasciare parere relativamente a studi osservazionali (prospettici, retrospettivi e trasversali); studi con dispositivi medici e studi di farmacogenetica-farmacogenomica;
- valutare gli emendamenti sostanziali e rilasciare parere;
- procedere a rivalutazioni periodiche degli studi approvati;
- emettere il proprio parere in merito al "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" ex D.M. 8 maggio 2003.

Il Comitato Etico si ispira al rispetto della vita umana così come indicato nelle Carte dei Diritti dell'Uomo, nei codici della deontologia medica nazionale e internazionale e in particolare nella revisione corrente delle Dichiarazione di Helsinki e nella Convenzione di Oviedo.

Così come per gli anni 2007-2008, la Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2009 il monitoraggio degli studi valutati dal Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma.
Nella tabelle sottostanti, per le tipologie di studi considerate, sono stati specificati i seguenti dati di rilievo:

- sottogruppi;
- numero totale per ogni tipologia;
- distinzione in profit e no-profit;
- fase di studio per gli studi sperimentali con farmaco.

Sperimentazioni cliniche Interventistiche	Anno 2009		
	Totale N°	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	71	43	28
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	11	3	8
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	38	2	36
Studi osservazionali	39	16	23
Studi di genetica	6	0	6
Prese d'atto	18	/	/
TOTALE	183	64	119



Sperimentazioni con farmaco(D.Lgs 211/2003) suddivise per fase di sviluppo	Anno 2009	
	N°	%
I	0	0%
II	20	28%
III	36	51%
IV	15	21%
Bioequivalenza/Biodisponibilità	0	0%
TOTALE	71	100%

Tra le funzioni istituzionali del Comitato Etico è compresa anche quella relativa alla formulazione di parere autorizzatorio al trattamento per "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8/05/2003).
Alla luce delle numerose richieste con procedura d'urgenza pervenute al Comitato Etico Unico della Provincia di Parma (C.E.), all'unanimità è stato manifestato l'interesse ad acquisire maggiori informazioni in merito all'andamento degli usi terapeutici approvati sia sotto il profilo dell'efficacia che della sicurezza e tollerabilità .
Viste le interessanti informazioni acquisite nei follow up richiesto ai clinici relativi all'andamento degli usi terapeutici approvati negli anni 2007-2008, la Segreteria Tecnico-Scientifica in collaborazione con il Direttore del Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco e il Presidente del Comitato Etico prosegue con continuità l'attività di monitoraggio delle richieste con procedura d'urgenza pervenute al Comitato Etico Unico della Provincia di Parma.
Nell'anno 2009 relativamente ad ognuno degli usi terapeutici approvati, è stato richiesto al medico responsabile il follow up di sicurezza ed efficacia del farmaco oggetto del trattamento terapeutico. I risultati complessivi sono stati presentati in seduta ai componenti del Comitato Etico.
Nel periodo di tempo considerato sono stati approvati farmaci per uso terapeutico per 20 pazienti. Le molecole richieste sono state: TMC-125 (Etravirine), Vectibix® (Panitumumab), Tyverb® (Lapatinib), Alimta® (Pemetrexed), Glivec® (Imatinib); RAD001(Everolimus), Sutent® (Sunitinb), Ranexa® (Ranolazina), Inspra® (Eplerenone). Dal follow up riferito dai clinici relativamente ai trattamenti è emerso che 38% dei pazienti hanno iniziato il trattamento e proseguono con buona tollerabilità; 33% hanno sospeso il trattamento per progressione della patologia; 11% hanno sospeso la terapia per tossicità; 11% non hanno mai iniziato il trattamento per progressione di malattia e 6% al momento del follow up dovevano iniziare il trattamento. Gli eventi avversi maggiormente segnalati in corso di trattamento sono stati: nausea/vomito, diarrea grado 1-3, rash cutaneo, tossicità epatica.
Il follow up, definitivamente procedurato, ha permesso di raccogliere tempestivamente informazioni relative ai farmaci che in breve tempo hanno ottenuto l'immissione in commercio, e di cui pertanto è stato richiesto l'inserimento in Prontuario Regionale Emilia Romagna con relativa valutazione da parte della Commissione Regionale del Farmaco (CRF).
I dati clinicamente rilevanti elaborati dal monitoraggio sono in linea con le valutazioni elaborate dalla CRF, il che conferma la validità del follow up stesso come strumento di verifica e collaborazione costante con i clinici, sempre nella tutela del benessere e della sicurezza dei pazienti.

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 2008, ultimo anno disponibile, e la cui analisi consente di effettuare alcune considerazioni generali, ma pur sempre indicative del fenomeno.
Su 106 province italiane, Parma occupa il 22° posto in termini di numero di sperimentazioni cliniche su farmaci approvate dai Comitati Etici nel periodo 2004-2008; complessivamente le sperimentazioni sono state 272 (pari al 7,4% degli studi nazionali), di cui nel 14% dei casi Parma risulta essere centro di coordinamento.

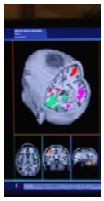


Tabella 14 Sperimentazioni cliniche su farmaci per Provincia - periodo 2004-2008

	Provincia	2004 - 2008					
		SC	% su tot. SC - 3691	Strutture Coinvolte	N. Medio SC per Struttura	SC Coord.	% SC coord. / totali
1	Milano	1740	47	58	48	788	45
2	Roma	1544	42	62	41	492	32
3	Torino	861	23	34	31	215	25
4	Genova	800	22	15	60	197	25
5	Bologna	773	21	13	63	297	38
6	Napoli	678	18	34	26	83	12
7	Pavia	593	16	12	55	158	27
8	Firenze	524	14	15	39	65	12
9	Padova	522	14	16	34	85	16
10	Pisa	459	12	8	59	148	32
11	Modena	444	12	10	48	82	19
12	Palermo	435	12	18	30	24	6
13	Bari	428	12	21	22	45	11
14	Catania	387	11	17	26	45	12
15	Brescia	386	11	18	23	57	15
16	Perugia	377	10	17	25	77	20
17	Ancona	349	10	14	27	56	16
18	Bergamo	337	9	11	34	71	21
19	Udine	332	9	10	36	53	16
20	Siena	326	9	6	55	94	29
21	Verona	284	8	18	18	52	18
22	**Parma**	**272**	**7**	**5**	**57**	**38**	**14**
23	Varese	241	7	10	29	11	5
24	Ferrara	232	6	6	40	22	10
25	Cagliari	231	6	10	25	11	5
26	Sassari	228	6	8	31	15	7
27	Chieti	227	6	8	31	66	29
28	Reggio Emilia	219	6	7	34	25	11
29	Foggia	218	6	9	26	11	5
30	Messina	213	6	11	22	3	1

**Nota: sono riportate le prime 30 Province sede di sperimentazione*

Considerando singolarmente le strutture sanitarie che effettuano ricerca clinica in provincia di Parma (tabella 15), si rileva che l'Azienda ha attuato nel medesimo periodo il 74% delle sperimentazioni. Infine, l'analisi per reparto di afferenza dello sperimentatore (tabella 16) 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 (42% di tutte le sperimentazione dell'AOU di Parma), seguita dalla Cardiologia (10%) e dalle malattie infettive (8%).

Tabella 15 Sperimentazioni cliniche per struttura - provincia di Parma - periodo 2004-2008

Struttura	2004 - 2008		
	SC	% su Regione	% su Provincia
Provincia di Parma	272	19	100
di cui:			
AOU di Parma	200	14	74
Università di Parma	49	3	18
AUSL di Parma	23	2	13

**Nota: lo stesso progetto può essere stato realizzato in più strutture della provincia*

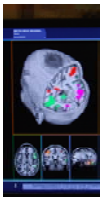


Tabella 16 Sperimentazioni cliniche per reparto dell'AOU di Parma - periodo 2004-2008

Struttura e Reparto	2004 - 2008	
	SC	% su Struttura
AOU di Parma	200	100
Oncologia medica	83	42
Cardiologia	19	10
Malattie infettive	15	8
Medicina interna	12	6
Anestesia e rianimazione	10	5
Ematologia	8	4
Nefrologia	7	4
Pneumologia	6	3
Neurologia	5	3
Pediatria	4	2
Diabetologia	3	2
Gastroenterologia	3	2
Oftalmologia	3	2
Oncoematologia	3	2
Geriatria	2	1
Urologia	2	1
Allergologia	1	1
Anestesiologia	1	1
Cardiochirurgia	1	1
Farmacologia clinica	1	1
Ginecologia e ostetricia	1	1
Malattie metabolismo e nutrizione	1	1
Neonatologia	1	1
Neurochirurgia	1	1
Ortopedia e traumatologia	1	1
Psichiatria	1	1
Radiologia	1	1
Reumatologia	1	1
Terapia del dolore	1	1
Terapia intensiva	1	1
Unità coronarica	1	1

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 2009, sono tre gli obiettivi di maggior rilievo e di cui diamo conto in questo capitolo.

- Il piano di risposta alla pandemia influenzale: modalità organizzative per affrontare la pandemia da virus dell'influenza A(H1N1)v
- Innovazione tecnologica
- Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale

RapidArc
CLINAC
MVD
kVD
kVS
VRT LNG LAT
OUT
RETR
AUTO GO
LAST
MVD / P1
OBI / P2
kVD / P3
kVS / P4
MOVE / P5
MODE
CLR
RPM™ Respiratory Gating
VARIAN

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

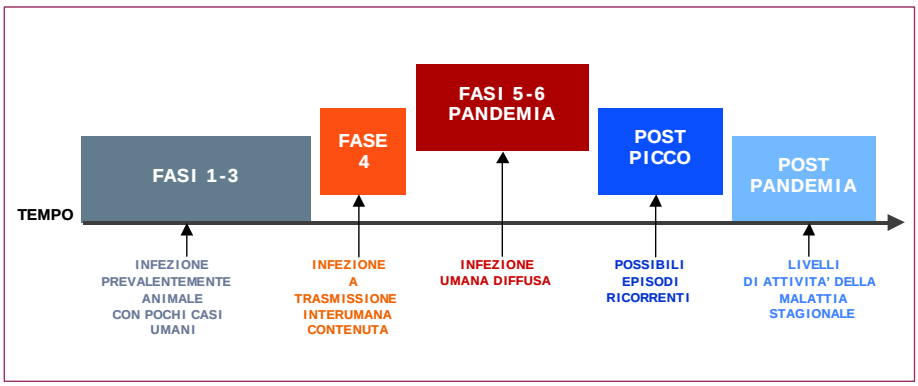
Gli obiettivi specifici di rilevanza istituzionale portano in primo piano anche per il 2009 la crescita del Nuovo Ospedale di Parma, non solo nei suoi aspetti strutturali, in buona parte concretizzati, ma anche e soprattutto per quanto concerne l'aspetto tecnologico, elemento fondamentale di eccellenza, anche nella prospettiva di integrazione tra ricerca e assistenza.
Allo stesso tempo, nell'insieme della realizzazione, il Nuovo Ospedale di Parma, proprio per l'elevato impatto tecnologico richiama l'esigenza di uno spazio di umanizzazione, e una dimensione di comunicazione tese, da una parte, a recuperare la percezione della fiducia e a trasmettere un senso di sicurezza e, dall'altra, a sviluppare sul piano culturale lo sviluppo della competenza del patrimonio professionale.
Alla comunicazione in condizioni di difficoltà e al piano di risposta alla pandemia influenzale è dedicata la parte centrale del presente capitolo. In questo caso, infatti, si tratta di comunicazione e innovazione, come cambiamento organizzativo, come innovazione a tutto campo: sul piano tecnico e tecnologico. Ma soprattutto una innovazione di tipo culturale che sa motivare fortemente i professionisti, aggregare le competenze necessarie ai sempre più elevati livelli di cure, coniugando la ricerca con l'assistenza, e coinvolgendo unitariamente tutte le componenti del sistema sanitario.

7.1 Il piano di risposta alla pandemia influenzale: modalità organizzative per affrontare la pandemia da virus dell'influenza A(H1N1)v

La pandemia influenzale del 2009 è stata causata da una variante sconosciuta del virus influenzale A(H1N1)v, che per la prima volta è comparso in Messico nell'aprile del 2009 e da allora si è diffuso in moltissimi Paesi nel mondo, con contagio interumano. Il virus influenzale A(H1N1)v è caratterizzato da un'elevata trasmissibilità, ma bassa virulenza, anche se i virologi e gli epidemiologi di tutto il mondo durante la pandemia non hanno escluso mutazioni nel genoma virale, che determinassero una maggiore aggressività del virus stesso.

In considerazione dell'andamento epidemiologico della nuova influenza, l'11 giugno del 2009 l'OMS ha dichiarato lo stato di Pandemia influenzale e ha decretato la fase pandemica 6, caratterizzata da aumentata e prolungata trasmissione nella popolazione generale in tutti i continenti (figura 1).

Figura 1 Fasi della pandemia influenzale



La pandemia del 2009 è stata la prima pandemia influenzale dopo 40 anni (l'ultima si era avuta nel 1968 e aveva causato circa un milione di morti); tenuto conto che le passate pandemie influenzali conosciute avevano colpito un gran numero di persone al mondo, causando milioni di morti, ogni governo nazionale ha messo in atto una serie di misure igienico-sanitarie ed organizzative atte a contenere il contagio nella popolazione e a salvaguardare la salute dei cittadini. In Italia l'intera organizzazione di risposta alla Pandemia influenzale è stata descritta nel Piano Pandemico Nazionale, presentato nel febbraio 2006 e recepito dalla Regione Emilia-Romagna nel luglio 2007.

Ciascuna Azienda Sanitaria dell'Emilia-Romagna ha quindi preparato un piano aziendale di risposta alla pandemia influenzale. Come per il Piano Nazionale e per quello Regionale, il significato del Piano Aziendale è quello di definire un piano di risposta prima che la pandemia si manifesti, e di aggiornarlo nel tempo, sulla base delle informazioni che afferiscono dall'OMS e dagli altri organismi preposti al monitoraggio della situazione, nonché alle modifiche dell'organizzazione interna dell'Azienda, che possono avere impatto sulle modalità di risposta ad una emergenza pandemica

Il Piano Pandemico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato redatto con la collaborazione del Nucleo di Crisi per la Pandemia Influenzale, costituito da diversi professionisti dell'AOU di Parma, esperti di organizzazione, clinici e tecnici, figure strategiche all'interno dell'azienda (Direzione Sanitaria e Igiene Ospedaliera, Rianimazione, Infettivologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Pneumologia, Farmacia, Ingegneria Clinica, Sistemi Informativi, Servizio Assistenziale).

Successivamente il piano aziendale è stato integrato con il Piano Pandemico dell'Azienda USL di Parma, diventando Piano Provinciale di risposta ad una Pandemia influenzale, nel quale le due Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno concordato misure organizzativo-sanitarie da mettere in atto a seconda delle indicazioni provenienti dalla Regione Emilia-Romagna (a loro volta pervenute dal Ministero della Salute) e sulla base della situazione epidemiologica provinciale, monitorata attraverso più canali:

- da parte dell'Azienda USL, attraverso le segnalazioni dei medici sentinella e delle assenza scolastiche;
- da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso gli accessi in Pronto Soccorso e in Accettazione Pediatrica.

L'AOU di Parma, nel periodo della pandemia, ha predisposto un ulteriore sistema di monitoraggio dei casi di influenza, attraverso l'Osservatorio dell'influenza, a valenza aziendale, ma visibile anche dalla Direzione dell'Azienda USL. L'Osservatorio, che ha rilevato gli accessi in Pronto Soccorso e Accettazione Pediatrica e i ricoveri di casi di influenza, sospetti o confermati, è stato aggiornato quotidianamente dai professionisti dei diversi reparti ospitanti casi di influenza per tutto il periodo pandemico. Il Nucleo di crisi aziendale ha, infatti, individuato nei seguenti reparti spazi dedicati all'accoglienza di pazienti affetti da tale patologia o con sospetta infezione: l'unità operativa Malattie Infettive ed Epatologia, le UU.OO. Clinica Pneumologica e Pneumologia ed Endoscopia Toracica, la Clinica Pediatrica e l'Infettivologia Pediatrica, le UU.OO. 1^ Anestesia e Rianimazione e 2^ Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica.

Il Nucleo di crisi aziendale, coordinato dal Direttore del 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione e presieduto dal Direttore Generale, durante l'intero periodo pandemico si è riunito settimanalmente per definire le misure da attuare in base alle disposizioni ministeriali e regionali, tenendo conto anche della situazione epidemiologica locale.
Tra le altre cose, è stato predisposto un ambulatorio dedicato ai soggetti con sindrome influenzale presso il Padiglione Rasori, che è rimasto aperto per l'intero periodo del picco pandemico (metà ottobre - metà dicembre 2009), gestito dagli specialisti Pneumologi e con a disposizione un'apparecchiatura per eseguire istantaneamente la radiografia del torace nei soggetti a rischio di complicanze polmonari. Inoltre è stato realizzato un percorso preferenziale urgente per l'esecuzione di radiografie del torace, a disposizione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.
Il Nucleo di Crisi Aziendale ha predisposto, in caso di accesso massivo di soggetti con influenza presso l'AOU di Parma, l'apertura di aree supplementari dedicate ai ricoveri, assistite dal personale presente in azienda e riorganizzato per l'occorrenza. Per di più è stata effettuata una ricognizione delle apparecchiature presenti e disponibili per l'assistenza ventilatoria, preparando un contratto di noleggio delle stesse, in caso di necessità.

Infine è stato costituito il Nucleo di Crisi Interaziendale AOU - AUSL di Parma, che periodicamente si è incontrato per definire le linee comuni da adottare nei confronti della pandemia influenzale.

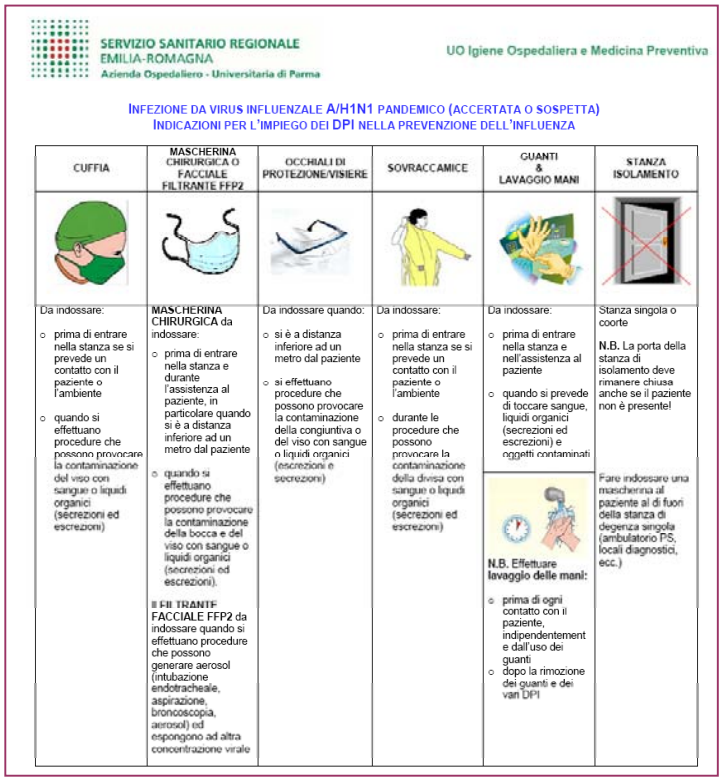
Un ruolo fondamentale durante l'intero periodo della pandemia influenzale lo hanno svolto gli aspetti comunicativi, rivolti:

⇨ **Agli operatori dell'azienda**, per i quali sono stati effettuati diversi eventi formativi, relativi all'organizzazione e alle modalità di prevenzione messe in atto dall'AOU; inoltre è stata realizzata all'interno della Intranet aziendale un'intera sezione dedicata alla pandemia influenzale, contenente:

Figura 2 Igiene delle mani

- il Piano Pandemico;
- le procedure aziendali per la gestione del caso clinico (compresa la procedura per la gestione delle pazienti gravide con influenza e la procedura per la gestione della fase extraospedaliera del soccorso a pazienti con sindrome influenzale);
- le misure comportamentali verso i pazienti (figura 2);
- le misure di protezione per gli operatori (figura 3);
- la normativa di riferimento nazionale e regionale;
- le informazioni relative alla campagna vaccinale;
- in ultimo, ma non meno importante, i due schemi riepilogativi riguardanti il percorso del caso sospetto adulto e pediatrico, con le indicazioni in merito ai comportamenti da adottare in presenza di un "caso sospetto", con la definizione di caso sospetto e di caso "grave", le indicazioni relative all'esecuzione del tampone naso-faringeo (in quali casi eseguirlo) e dove accogliere un possibile caso di influenza e dove poterlo ricoverare. Tali schemi sono stati diffusi in formato cartaceo a tutte le strutture aziendali. La figura 4 mostra la flow-chart del "Percorso del caso sospetto da influenza AH1N1 nell'adulto".

Figura 3 Utilizzo dei DPI



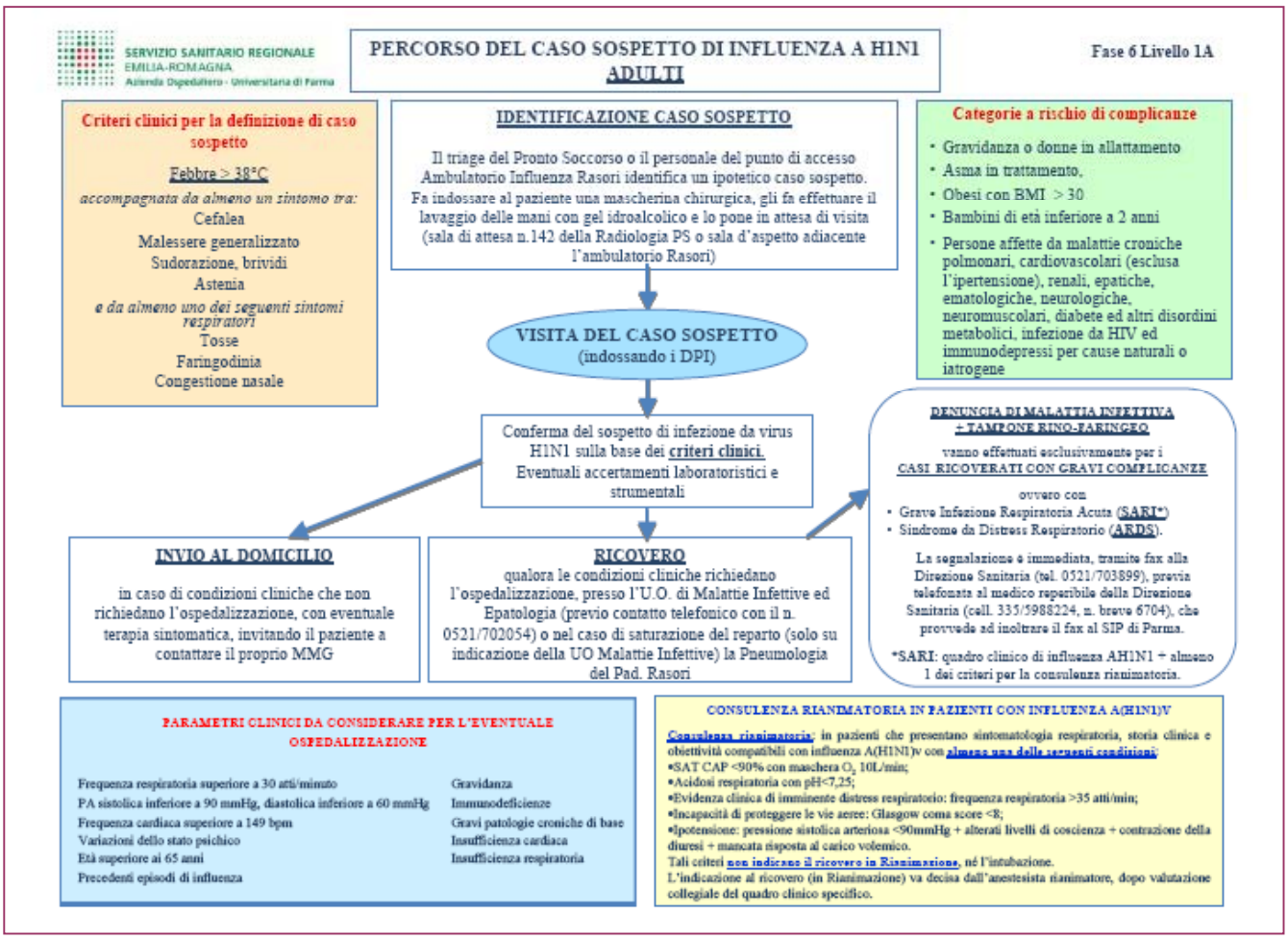
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

UO Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva

INFEZIONE DA VIRUS INFLUENZALE A/H1N1 PANDEMICO (ACCERTATA O SOSPETTA)
INDICAZIONI PER L'IMPIEGO DEI DPI NELLA PREVENZIONE DELL'INFLUENZA

CUFFIA	MASCHERINA CHIRURGICA O FACCIALE FILTRANTE FFP2	OCCHIALI DI PROTEZIONE/VISIERE	SOVRACCAMICE	GUANTI & LAVAGGIO MANI	STANZA ISOLAMENTO
Da indossare: ○ prima di entrare nella stanza se si prevede un contatto con il paziente o l'ambiente ○ quando si effettuano procedure che possono provocare la contaminazione del viso con sangue o liquidi organici (secrezioni ed escrezioni)	MASCHERINA CHIRURGICA da indossare: ○ prima di entrare nella stanza e durante l'assistenza al paziente, in particolare quando si è a distanza inferiore ad un metro dal paziente ○ quando si effettuano procedure che possono provocare la contaminazione della bocca e del viso con sangue o liquidi organici (secrezioni ed escrezioni). FILTRANTE FACCIALE FFP2 da indossare quando si effettuano procedure che possono generare aerosol (intubazione endotracheale, aspirazione, broncoscopia, aerosol) ed espongono ad altra concentrazione virale	Da indossare quando: ○ si è a distanza inferiore ad un metro dal paziente ○ si effettuano procedure che possono provocare la contaminazione della congiuntiva o del viso con sangue o liquidi organici (escrezioni e secrezioni)	Da indossare: ○ prima di entrare nella stanza se si prevede un contatto con il paziente o l'ambiente ○ durante le procedure che possono provocare la contaminazione della divisa con sangue o liquidi organici (secrezioni ed escrezioni)	Da indossare: ○ prima di entrare nella stanza e nell'assistenza al paziente ○ quando si prevede di toccare sangue, liquidi organici (secrezioni ed escrezioni) e oggetti contaminati N.B. Effettuare lavaggio delle mani: ○ prima di ogni contatto con il paziente, indipendentemente dall'uso dei guanti ○ dopo la rimozione dei guanti e dei vari DPI	Stanza singola o coorte N.B. La porta della stanza di isolamento deve rimanere chiusa anche se il paziente non è presente! Fare indossare una mascherina al paziente al di fuori della stanza di degenza singola (ambulatorio PS, locali diagnostici, ecc.)

Figura 4 Flow -Chart "Percorso del caso sospetto di influenza AH1N1 -Adulti"



⇨ **All'utenza esterna**, sia riguardo la prevenzione (misure igieniche e vaccinazione), sia la corretta informazione in merito all'infezione e alla patologia influenzale. Nell'ambito della prevenzione, è stato distribuito diverso materiale informativo su misure di prevenzione e vaccinazione all'interno dell'AOU di Parma, sia nelle aree ambulatoriali, che nelle degenze. Inoltre sul sito dell'AOU di Parma è stata predisposta un'area tematica sull'influenza, contenente informazioni relative alle modalità di accesso alla struttura ospedaliera da parte di pazienti con influenza, oltre ad approfondimenti sulla pandemia influenzale.

Proprio nel settore della comunicazione verso l'utenza esterna, le 2 aziende sanitarie della provincia di Parma hanno intensamente collaborato, con il sostegno di professionisti esperti in tale ambito.
Sono state effettuate diverse iniziative, dalla diffusione di materiale informativo tramite i quotidiani locali, a interviste pubblicate sulla stampa e programmi televisivi su tv locali, con professionisti esperti sia della AUSL che dell'AOU di Parma.

Dati epidemiologici della pandemia influenzale nell'AOU di Parma

All'inizio della fase pandemica 6 il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Parma, sulla base delle indicazioni provenienti dal Piano Nazionale e Regionale di risposta ad una pandemia influenzale, ha previsto un tasso di attacco dell'infezione variabile dal 20% al 30%, determinato dalla suscettibilità all'infezione della popolazione, che nella maggior parte dei casi non è mai venuta a contatto con tale virus. Secondo tali dati, si prevedeva, sulla popolazione residente nella provincia di Parma, che potessero essere colpiti da 86.000 a 130.000 persone (tabella 1).

Tabella 1 Tasso di attacco previsto nella popolazione residente della provincia di Parma

Popolazione residente		Tasso d'attacco	
		20%	30%
Parma	211.733	42.347	63.520
Fidenza	101.539	20.307	30.461
Taro Ceno	46.658	9.332	13.997
Sud Est	73.166	14.643	21.950
Totale	433.096	86.629	129.928

Calcolando un tasso di ospedalizzazione dell'1%, era stato previsto che potessero essere ricoverati in ospedale da 570 a 850 persone nelle 7 settimane del picco pandemico (tabella 2).

Tabella 2 Tasso di ospedalizzazione previsto nella popolazione residente della provincia di Parma

	Tasso attacco 20%	Tasso osp. 1%	Tasso attacco 30%	Tasso osp. 1%
Parma	42.347	423	63.520	635
Fidenza	20.307	203	30.461	305
Taro Ceno	9.332	93	13.997	140
Sud Est	14.643	146	21.950	220
Totale	86.629	866	129.928	1.299
Tot. Parma e Sud Est	56.990	570	85.470	855

In realtà, grazie al fatto che l'infezione influenzale ha avuto una diffusione minore rispetto a quanto previsto, in parte anche per le misure preventive messe in atto, compresa la vaccinazione, e per l'intensa campagna informativa, che invitava a recarsi nelle strutture sanitarie esclusivamente in caso di effettiva necessità, i casi di influenza che si sono presentati in ospedale sono stati contenuti, così come i ricoveri.

Infatti, nel periodo soggetto a monitoraggio per i casi di sindrome influenzale sospetti e/o confermati (28 settembre 2009 al 31 marzo 2010, tab.3), che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso e all'Accettazione Pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sono stati registrati 1.075 casi, di cui il 55% maschi (593) e il 45% femmine (482). Il 53% degli accessi è rappresentato da bambini di età inferiore ai 14 anni, il 40% si è avuto a carico di adulti di età compresa tra i 18 e i 64 anni, mentre solo il 4% a carico di soggetti ultrasessantacinquenni.

Anche per quanto riguarda il ricovero nei reparti di degenza da parte di pazienti con sindrome influenzale, il 56% si è avuto in bambini sotto i 14 anni, il 32% in pz di età compresa tra 18 e 64 anni, mentre l'8% dei ricoveri per influenza è stato riscontrato in pazienti con età uguale o maggiore di 65 anni. Il periodo con il maggior afflusso di casi influenzali in Ospedale si è verificato tra il 3 novembre e il 1 dicembre 2009, con una media di 23 accessi giornalieri, di cui 14 in bambini sotto i 14 anni. In relazione ai ricoveri, nello stesso periodo si è verificato una media giornaliera di 3 ricoveri al giorno, metà dei quali in bambini con meno di 14 anni, con il picco di 7 ricoveri in un giorno.
Di tutti i 142 ricoveri per sospetta o accertata influenza AH1N1, sono stati ricoverati in Rianimazione 10 pazienti per grave insufficienza respiratoria, di cui solo 3 casi confermati, con tampone naso-faringeo positivo per virus influenzale A(H1N1).

Per quanto riguarda l'accertamento diagnostico di infezione da virus influenzale AH1N1 nei casi sospetti, di tutti i tamponi eseguiti (344), 51 sono risultati positivi, pari al 15% del totale.

Tabella 3 Accessi in Pronto Soccorso e ricoveri nell'AOU di Parma durante la pandemia influenzale 2009

MONITORAGGIO CASI DI INFLUENZA PRONTO SOCCORSO E ACCETTAZIONE PEDIATRICA
dal 28 settembre 2009 al 31 marzo 2010

Fascia d'età	Accessi			Ricoveri		
	M	F	Totale	M	F	Totale
0-6	246	182	428	37	28	65
6-13	77	61	138	7	7	14
14-17	30	12	42	4	2	6
18-64	224	207	431	26	19	45
65-74	7	10	17	2	3	5
>74	9	10	19	5	2	7
Totale	593	482	1.075	81	61	142

Progetto CCM: Valorizzazione di fonti e flussi informativi esistenti- Servizi Pronto Soccorso

Il progetto "Valorizzazione di Fonti e Flussi Informativi Esistenti -Servizi Pronto Soccorso" è un progetto realizzato dal CNESPS, ovvero il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il SeREMI, il Servizio di riferimento della Regione Piemonte di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive (ASL di Alessandria).

L'obiettivo del progetto è quello di costruire un sistema di monitoraggio costante delle potenziali situazioni di emergenza, che possono verificarsi nelle grandi aree metropolitane, durante periodi di maggiore allerta per la sanità pubblica, come ad esempio le ondate di calore, i periodi influenzali e le emergenze pandemiche.

Nel 2009 il sistema è stato coinvolto nella sorveglianza nazionale della pandemia da virus influenzale A/H1N1v, mostrando la capacità di monitorare, settimana per settimana, su scala nazionale, l'impatto dell'epidemia da A/H1N1v, mediante l'andamento settimanale degli accessi al PS per sindromi respiratorie (ILI).

Attualmente la rete comprende 73 Pronto Soccorso di 13 Regioni italiane (figura 4).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è l'unica azienda sanitaria dell'Emilia-Romagna a partecipare al progetto (che continua anche dopo la pandemia influenzale), attraverso l'invio settimanale degli accessi in Pronto Soccorso, codificati con sistema ICD9-CM.

7.2 Innovazione tecnologica

Acceleratore lineare in Radioterapia

Il nuovo acceleratore Varian HXD in dotazione alla Unità Operativa di Radioterapia della nostra Azienda è un' apparecchiatura per la terapia con radioterapia, in grado di produrre fasci di elettroni e di fotoni che, opportunamente collimati, vengono fatti incidere sulla parte da trattare.
L'apparecchiatura è ospitata all'interno di una struttura edificata appositamente, un bunker per trattamenti radioterapici. In esso sono presenti: il lettino di trattamento, i laser di posizionamento, il sistema di portal imaging, il circuito televisivo, i comandi e il sistema di tracking ottico. La struttura è completata dai comandi, i monitor e l'interfono, presenti in sala comandi, all'esterno del bunker.
L'elemento accelerante è costituito da una cavità, divisa in un certo numero di sezioni, in cui si trova un campo elettrico oscillante a frequenza sincrona con il passaggio dei pacchetti.
L'acquisizione dell'acceleratore per la dotazione della Radioterapia della nostra Azienda si colloca, come scelta strategica, nell'evoluzione della radioterapia moderna che segue, principalmente, tre strade. La prima: di affinamento della radiologia diagnostica per la maggiore definizione della neoplasia con utilizzo di Risonanza magnetica nucleare, PET-TC e sistemi di matching di immagini. La seconda di verifica costante e giornaliera dell'area che viene irradiata, denominata IGRT. La terza: di affinamento delle tecniche di irradiazione, detta IMRT, con Rapid Arc e stereotassi. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha scelto di impostare un programma multidisciplinare che contemplasse tutte queste opzioni.
L'investimento in Radioterapia ha, dunque, previsto l'acquisizione di un nuovo acceleratore dotato di IGRT, di IMRT Rapid Arc, di sistema per il gating respiratorio, di sistema per stereotassi e di sistema di piani di trattamento che preveda l'acquisizione di immagini di Risonanza e di TC-PET per ottimizzare il piano di trattamento.
Ma cosa significa IGRT? IGRT significa che il paziente giornalmente o settimanalmente viene sottoposto a radioterapia con verifica che l'area irradiata corrisponda perfettamente con l'area ammalata.
Cosa significa IMRT Rapid Arc? Questa tecnica permette di aumentare la dose totale di trattamento sulla sede aggredita dalla malattia, risparmiando contemporaneamente i tessuti sani, assicurando dunque, una maggior probabilità di guarigione.
Il matching RMN e TC-PET per ottimizzare il piano di trattamento rappresenta la possibilità di sovrapporre le immagini RMN e PET diagnostiche, tramite la rete ospedaliera, al fine di ottenere una più sicura definizione dell'area da irradiare.
Il sistema dei piani di trattamento comprende anche una compagine di trasmissione alle apparecchiature (entrambi gli acceleratori in dotazione) del campo da sottoporre a terapia e di verifica dello stesso, che consente di ridurre enormemente il rischio di errore umano.
Quello del gating respiratorio infine è un complesso apparato dell'acceleratore che permette di identificare l'area da irradiare tenendo conto dei movimenti respiratori, risparmiando i tessuti sani che altrimenti verrebbero irradiati. Il risultato terapeutico conseguente è una maggior probabilità di controllo della malattia, con risparmio di tessuti sani.
La durata del trattamento radiante che si realizza con il Varian HXD è sovrapponibile ai precedenti trattamenti radianti (talora si tratta di qualche minuto in più, ma il ciclo del trattamento ha una durata pressoché sovrapponibile, da personalizzare a seconda del profilo terapeutico necessario per l'ammalato).
Queste informazioni permettono, attualmente, di avere come obiettivo prestazioni radioterapiche ai livelli di eccellenza per lo standard europeo e questa tipologia di trattamento può essere considerata parificata con il trattamento tomoterapico. L'apparecchiatura in dotazione alla Radioterapia della nostra Azienda, la quinta in Italia, è stata montata nel corso del 2009.
L'opzione IMRT Rapid Ar e IGRT dell'Acceleratore Varian della Radioterapia della nostra Azienda è operativa dal mese di aprile 2010, le funzioni del gating respiratorio e della Stereotassi diventeranno operative entro la fine del 2010. Per quest'ultima, in particolare, è al lavoro un gruppo interdisciplinare di

> Il funzionamento di un Linac è complesso ed i suoi componenti principali sono: il Magnetron o Klystron che fornisce l'onda elettromagnetica acceleratrice; il Cannone di elettroni che per effetto termoionico, produce elettroni di circa 50 Kev; la Sezione acceleratrice (o guida d'onda): attraverso la quale gli elettroni prodotti dal cannone vengono accelerati, su di un'onda elettromagnetica, sino ad acquisire l'energia desiderata.

professionisti composto da un neuroradiologo, un neurochirurgo, un oncologo, un radioterapista, un fisico per impostare la tecnica radioterapica.
Da un'analisi della letteratura mondiale, emerge che solo il 10-20% di pazienti necessita di trattamenti così altamente sofisticati: i risultati ottenuti con i trattamenti normalmente eseguiti fino ad oggi sono sicuramente altamente positivi.
Entrambi gli acceleratori utilizzati presso la Radioterapia sono dotati di sistemi di controllo *Record & verifity* sul trattamento radiante, sull'area irradiata, con la massima sicurezza per i pazienti.

Tomografia con emittenti di positroni – PET/CT

Già nell'ambito del Piano attuativo locale 2005-2007, documento di programmazione strategica dei servizi sanitari realizzato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per la presenza della struttura di Medicina nucleare, era stata indicata come centro di riferimento per le prestazioni PET/CT per le province di Parma e Piacenza. L'Azienda Ospedaliera ha previsto l'acquisto di questa apparecchiatura, ma i locali che devono ospitarla richiedono lavori strutturali, pertanto le Aziende sanitarie di Parma e di Piacenza, verso la fine del 2008, hanno convenuto di ricorrere ad una specifica intesa con il privato per garantire comunque ai pazienti l'accesso a questa fondamentale tecnologia, senza dover ricorrere a strutture al di fuori dei due ambiti provinciali, utilizzando le professionalità della Medicina Nucleare dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
Presso il Centro PET sono presenti due settori: diagnostica (tomografo PET/CT); laboratorio di frazionamento del radiofarmaco (cella di frazionamento in siringhe del 18F-FDG).
La PET è in grado di fornire informazioni di tipo metabolico-funzionale mediante la misura in vivo e in modo non invasivo di parametri di funzionalità d'organo in seguito alla somministrazione di un tracciante radioattivo.
L'imaging PET consente pertanto di passare da una valutazione essenzialmente morfologico-anatomica di una struttura ad una caratterizzazione di tipo metabolico-funzionale: un'eventuale alterazione dell'assetto metabolico nel corso di una malattia si presenta assai più precocemente rispetto ad un'alterazione anatomica e la possibilità di visualizzare tale cambiamento rende la PET insostituibile nella valutazione funzionale di un tessuto.
Recentemente l'evoluzione tecnologica ha permesso la realizzazione di strumenti ibridi PET/CT costituiti da un tomografo PET accoppiato a un'apparecchiatura per tomografia computerizzata (CT) consentendo di registrare nello stesso paziente le immagini radiologiche (TAC) e quelle metaboliche (PET) e di fonderle in immagini uniche che contengono le informazioni anatomiche proprie della CT e le informazioni funzionali di pertinenza della PET.

Per le sue peculiari caratteristiche che consentono quindi la caratterizzazione metabolica di una lesione, la PET si è inizialmente diffusa soprattutto in ambito oncologico, per la diagnosi, lo staging e il follow-up di numerose neoplasie risultando determinante in molti casi per un corretto management dei pazienti.
Il deossiglucoso marcato con fluoro 18 (18F-FDG) è l'agente metabolico più diffusamente utilizzato per la caratterizzazione dell'attività metabolica tessutale.
La Regione Emilia-Romagna è, insieme al Piemonte, una delle poche Regioni ad avere prodotto un rapporto di valutazione dell'utilizzo appropriato della tecnologia PET con 18F-FDG in ambito oncologico periodicamente rivisitate (**www.regione.emilia-romagna.it/agenziaasancolldoss/index.htm**).
La richiesta di prestazioni PET in ambito diverso da quello oncologico è comunque crescente a livello mondiale: le applicazioni di tale tecnologia, cliniche e di ricerca, nel campo della neurologia e più in generale delle neuroscienze, della psichiatria e della cardiologia sono apparse sempre meglio definite negli ultimi cinque anni.
Appare sempre più evidente come non siano rilevanti tanto i risultati in termini di performance, accuratezza, eccetera, quanto le modificazioni indotte dall'utilizzo della tecnologia PET sull'insieme dell'iter diagnostico – terapeutico e le potenzialità di caratterizzare il rischio di insorgenza di specifiche patologie molto precocemente utilizzando l'imaging metabolico come biomarker in popolazioni "imponenti" per numero (ad esempio i diabetici) o per i costi dell'assistenza e l'impatto socio-sanitario (ad esempio i malati di Alzheimer).

Principali campi di applicazione della PET-CT sono:
- diagnosi precoce di un tumore mediante caratterizzazione metabolica di una lesione dubbia individuata con altre metodiche diagnostiche,
- valutazione dell'eventuale diffusione di una neoplasia nel corpo,
- valutazione dell'efficacia di una terapia oncologica,

- monitoraggio dell'eventuale ricomparsa del tumore dopo la terapia,
- valutazione della vitalità miocardica e quindi del beneficio che i pazienti con malattia coronarica e disfunzioni ventricolare possono ottenere sottoponendosi a by-pass o angioplastica,
- valutazione degli effetti di un infarto,
- diagnosi precoce della malattia di Alzheimer e diagnosi differenziale con altri tipi di malattie neurodegenerative.

Nel 2009 sono state erogate prestazioni PET con 18F-FDG in ambito oncologico, cardiologico e neurologico.

Produzione e attività (grafici 1 e 2)

La sezione diagnostica è stata attivata il 17 settembre 2008.

Dal 17 settembre 2008 al 31 dicembre 2009 sono stati eseguiti **2.196 esami PET/CT** con 18F-FDG per pazienti di provenienza intra ed extra-regionale (PET 2008 n. 326, PET 2009 n. 1870).

Grafico 1 Attività PET 17 settembre-31 dicembre 2008 e anno 2009

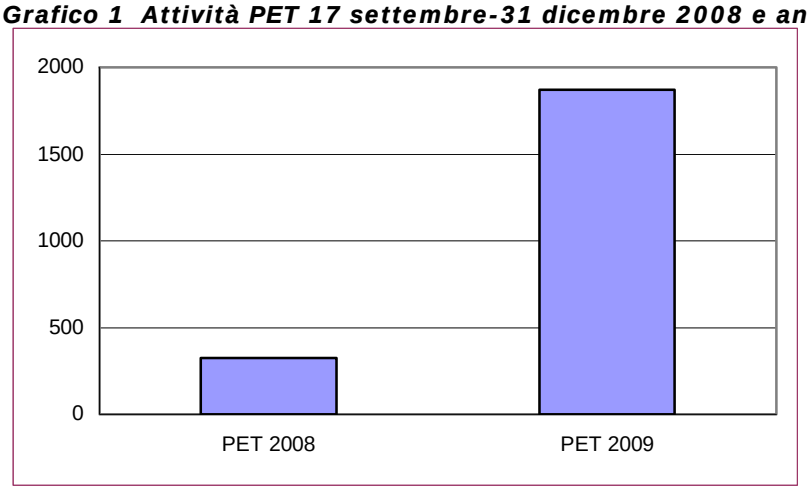
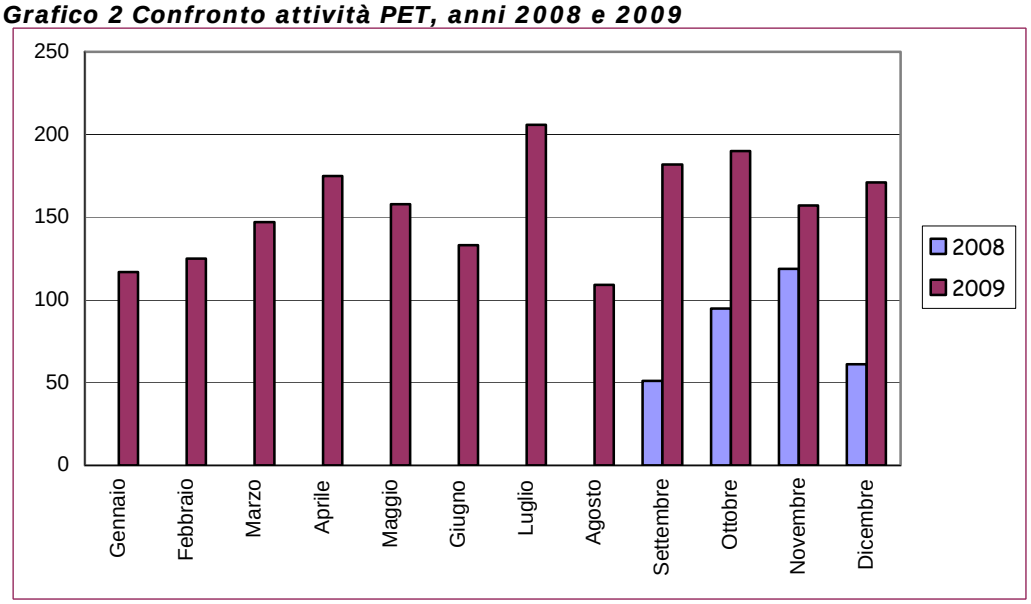


Grafico 2 Confronto attività PET, anni 2008 e 2009



Le attività di eccellenza hanno riguardato:

- *Implementazione delle applicazioni PET in ambito cardiovascolare:* nel corso dell'anno 2009 è stata implementata nella routine diagnostica dei pazienti con cardiopatia ischemica la valutazione della vitalità cardiaca prima degli interventi di rivascolarizzazione (angioplastica, by-pass). La disponibilità della PET consente inoltre di implementare e verificare l'efficacia di nuove strategie terapeutiche nello scompenso cardiaco quali ad esempio l'utilizzo di cellule staminali.

- *Implementazione delle applicazioni PET in ambito neurologico.* Si è reso disponibile nel corso dell'anno 2009 l'accesso all'esame PET cerebrale e successiva specifica modalità di elaborazione immagini che ha permesso di innovare grandemente il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con sospetta Malattia di Alzheimer. Si è costituito inoltre un gruppo interdisciplinare di valutazione dei pazienti nella loro complessità (Neuroteam: neurologo, neuropsicologo, medico nucleare) che fa riferimento al Consultorio per i disturbi cognitivi della Provincia di Parma e alla U.O. semplice Gestione Demenze dell'AOU di Parma.

Risonanza magnetica 3.0 tesla

La Risonanza Magnetica 3.0 tesla ad alta intensità di campo è stata inaugurata il 20 aprile 2009 ed è installata nei locali di Neuroradiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si tratta di una strumentazione particolarmente innovativa della quale la nostra Azienda si è dotata tra i primi ospedali in Europa, in contemporanea con Londra e Parigi. L'acquisizione della Risonanza Magnetica 3.0 Tesla è stato interamente finzanziato dalla Fondazione Cariparma, per un valore di tre milioni di euro.
Signa MR750, entrata regolarmente in funzione dal 9 giugno 2009, dopo il rilascio dei pareri espressi dall'Istituto Superiore di Sanità e la conseguente autorizzazione ministeriale, è un sistema di Risonanza Magnetica che utilizza, in tutti i suoi componenti, lo stato dell'arte della tecnologia attuale (catena di radiofrequenza, bobine ad alta densità di elementi -fino a 32 canali-, tecniche di acquisizione avanzate, gradienti, sequenze, magnete ed elettronica di controllo).
Tali componenti derivano, infatti, da uno studio continuo volto all'ottimizzazione delle performance generali dell'apparecchiatura in relazione alle problematiche del paziente e alle nuove applicazioni cliniche.
Lo strumento offre un aumento della capacità di risoluzione spaziale dell'imaging (60%) nello stesso tempo di esecuzione dell'esame. Inoltre permette tempi di indagine più ridotti: ad esempio, per un esame del fegato occorreranno 15 minuti anziché i 30 minuti della RNM 1,5 tesla.
L'introduzione di una tecnologia di radiofrequenza diminuisce anche l'impatto acustico dell'esame, che comporta notoriamente un disagio notevole nel paziente.

L'attivazione nell'ambito di un Progetto di ricerca ha consentito l'effettuazione prevalentemente di studi di neuro-oncologia, di stadiazione oncologica del rachide e del distretto vascolare intracranico.
Dopo la necessaria formazione del personale, nel periodo da giugno al 31 dicembre 2009 sono state eseguite circa 499 prestazioni, fra queste: 170 studi RM encefalo senza o con mezzo di contrasto, 81 spettroscopie, 20 RM per fusione, 42 Angio-RM, 88 rachidi in toto.

Al di là dell'applicazione clinica questa nuova RMN consente di esplorare nuovi ambiti di studio realizzando un ponte tra assistenza avanzata e ricerca innovativa.
Il trend di sviluppo dell'imaging radiologico è orientato al superamento di una diagnosi tradizionalmente basata sull'anatomia e morfologia in favore di diagnosi orientate alle caratteristiche strutturali, metaboliche e funzionali del processo patologico, che può essere spinta fino al livello molecolare, indagando il substrato biochimico delle condizioni patologiche. Grazie all'intrinseca superiorità di risoluzione di segnale e temporale, i sistemi RM 3.0T consentono (attraverso le modalità di Diffusione, Tensore di Diffusione –Tratografia-, Perfusione, Spettroscopia e BOLD –fRM-) di caratterizzare le espressioni metabolico-funzionali di diverse lesioni sia neoplastiche che degenerative ed infiammatorie aggiungendo pertanto un profilo di maggiore sensibilità e specificità della diagnosi e follow-up mediante imaging.
Queste applicazioni sono state in particolare perfezionate per le diverse patologie del sistema nervoso centrale. La fMRI ha apportato un significativo contributo alla chiarificazione dei sistemi sensoriali, motori, delle funzioni cognitive. Benefici particolari sono previsti per la diagnosi di epilessia, neoplasie e sclerosi multipla. Le indagini del sistema nervoso eseguite con la risonanza magnetica a 3 Tesla possono facilitare lo studio e la diagnosi di malattie neurodegenerative (vale a dire che danneggiano le cellule del sistema nervoso) come il morbo di Alzheimer che è la forma più comune di demenza senile (che incomincia a manifestarsi intorno ai 65 anni, dapprima con sola perdita della memoria, per poi passare alla perdita delle varie funzioni vitali dell'uomo), il morbo di Parkinson (la cui caratteristica principale è la perdita dell'equilibrio nei movimenti) e la sclerosi multipla (malattia che può presentarsi con diverse manifestazioni cliniche, tra cui la difficoltà di camminare, la perdita dei movimenti e la cecità).

Possono essere perfezionate anche applicazioni per l'imaging avanzato del cuore, di tipo funzionale, con particolare riferimento allo studio dei tessuti del miocardio.

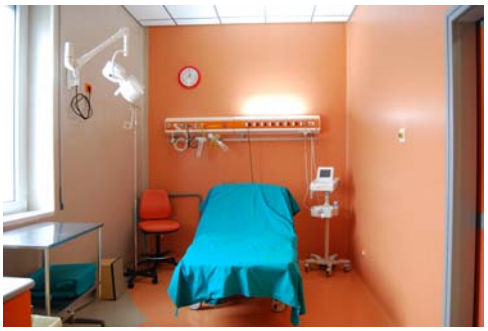
Di particolare rilievo l'opportunità di investigare in ambito oncologico l'angiogenesi del tessuto tumorale e di monitorare gli effetti dei nuovi farmaci chemioterapici. È inoltre possibile discriminare la recidiva neoplastica dagli effetti della radioterapia, sulla base delle informazioni metaboliche derivate dalla Spettroscopia.
Particolarmente ampio il capitolo relativo alle applicazioni fMRI BOLD che consentono di analizzare tramite il cosiddetto Brain Mapping le aree deputate alle funzioni critiche (pensiero,parola,visione, eccetera) sia in condizioni normali che patologiche. Le opportunità di Brain Mapping potranno influenzare le future pratiche di neurochirurgia funzionale e di terapia radiante.
Oltre che per gli usi clinici, la nuovissima tecnologia è utilizzata anche da docenti e ricercatori dell'Università di Parma per programmi di ricerca.

7.3 Aggiornamenti sulla realizzazione del Nuovo Ospedale

Il nuovo ospedale di Parma è un percorso in atto. Non si tratta solo di nuove strutture o tecnologie, ma di un modo di coniugare un alto profilo tecnologico con la qualità delle cure e dell'assistenza e un'attenzione agli ambienti. Gli investimenti sono destinati a far crescere un centro di cura che svolge funzioni di specializzazione per trapianti d'organo, terapia delle grandi ustioni, malattie cardiache e cardiochirurgia, neuroscienze e neurochirurgia, terapia dei grandi traumi, genetica medica, terapia intensiva neonatale, emergenza territoriale, emofilia - malattie emorragiche congenite e fibrosi cistica.

Per la parte architettonica e di riqualificazione edilizia, il superamento delle vecchie strutture a padiglioni con un nuovo polo ridisegnato per funzioni è essenzialmente la strategia organizzativa di fondo che ne ha guidato il percorso. In questo contesto, tra il 2009 e il 2010, i progetti più importanti sono la realizzazione del nuovo Pronto soccorso, entrato in funzione il 18 febbraio 2010, e l'avvio dei lavori dell'Ospedale dei bambini. Alla base dell'organizzazione del Pronto soccorso c'è l'assistenza alla persona, nelle condizioni avverse di emergenza e urgenza. Il progetto favorisce il rapporto di comunicazione tra il luogo di cura e il paziente, a partire dalla scelta dei materiali, l'uso dei colori, fino al sistema di illuminazione.
Tra le realizzazioni in corso d'opera, la più importante è senza dubbio l'Ospedale dei bambini: non un semplice dipartimento pediatrico, ma un vero e proprio ospedale, nato da un accordo di programma tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Fondazione Ospedale dei bambini di Parma onlus, costituita da enti pubblici, fondazioni bancarie e soggetti privati. La nuova struttura pediatrica sarà terminata nel primo semestre del 2011.
Numerosi inoltre sono i progetti in scadenza che caratterizzano il progredire dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Tra le realizzazioni: la ristrutturazione del polo della riabilitazione al padiglione Barbieri, il polo delle psichiatrie al padiglione Braga, la centrale dei gas medicali e l'avvio del progetto per la costruzione del IV lotto della piastra tecnica.
Per quanto riguarda la parte clinica, proprio nel corso del 2009, la struttura di Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico si è guadagnata un ruolo di prestigio nella ricostruzione della teca cranica con placche di materiale biologico**,** denominato idrossiapatite. Un riconoscimento giunto in virtù dell'esperienza maturata dai chirurghi dell'Azienda ospedaliera di Parma nella tecnica di apposizione di cranioplastica in idrossiapatite; esperienza che ha dato vita a sedute operatorie in "live surgery" attuate per insegnare la tecnica cranioplastica a neurochirurghi provenienti da Irlanda, Regno Unito e Germania.
Il collegamento tra ricerca e pratica clinica è uno dei segni distintivi delle strutture ospedaliero-universitarie. Come illustrato nel paragrafo precedente, l'ospedale di Parma è stata uno dei primi centri in Europa, in contemporanea con Londra e Parigi, a dotarsi di una risonanza magnetica 3.0 tesla ad alta intensità di campo. La risonanza a tre tesla viene utilizzata dai medici dell'ospedale per diagnosi cliniche e da docenti e ricercatori dell'Università di Parma per programmi di studio secondo un protocollo e specifiche linee guida. Un ruolo fondamentale è stato svolto dalla Fondazione Cariparma che ha integralmente finanziato, per un valore di tre milioni di euro l'acquisizione della risonanza.

Numerosi, infine, sono anche i progetti che testimoniano l'integrazione con il territorio, dove ricerca e innovazione sono al servizio dell'assistenza ai cittadini e danno origine a progetti di sviluppo per la salute costruiti in stretta collaborazione con il contesto sociale e sanitario di riferimento. Nasce con questo spirito il progetto delle nuove sale parto della nostra Azienda che ha visto la realizzazione di stanze singole pensate e dedicate alla donna e a tutto il nucleo familiare. Si presentano così le nuove sale parto: cinque ambienti dotati di tutte le attrezzature per supportare il parto naturale, bagno privato, vaschetta e fasciatoio per effettuare le prime cure neonatali. Conclusi i lavori di ampliamento e riqualificazione, le sale parto tornano alla loro sede originaria e si mostrano in una veste totalmente nuova. Non un semplice restyling dei locali precedenti, ma veri e propri



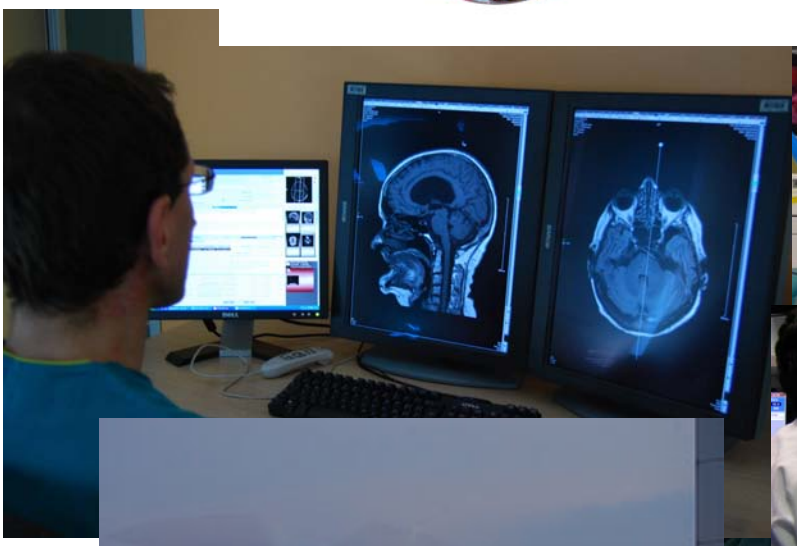
ambienti dedicati alla nascita. Con la realizzazione di singole stanze è stata, infatti, superata la vecchia configurazione a box.
Nei nuovi ambienti ci sarà la possibilità per le future mamme di godere del benefico effetto della doccia durante il travaglio e di avere a disposizioni spazi e attrezzature al fine di poter partorire in posizioni alternative, secondo una propria e personale comodità.
I locali hanno un sistema di illuminazione rilassante e il colore dei pavimenti e delle pareti con inserti a forma di "sole" inneggia alla nascita e alla vita. Ciascuna stanza è inoltre provvista di impianto di ricambio aria e climatizzazione estiva ed invernale. La ristrutturazione delle sale parto si inserisce in un percorso di innovazione dell'area ostetrica attuato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria con l'istituzione del "Percorso centro nascite" che, inserito nell'ambito dell'Unità operativa di Ostetricia e ginecologia sviluppa interventi specifici volti al rispetto della fisiologia della gravidanza e del parto, tra cui la promozione dell'allattamento al seno, della precoce relazione madre-bambino, della figura dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza e del parto a basso rischio.

Tra i progetti di ristrutturazione connessi alla riqualificazione e riorganizzazione dell'Ospedale si annovera anche il trasferimento del reparto di degenza e del Centro trapianti midollo osseo (CTMO) della struttura complessa di Ematologia - CTMO al settimo piano della Torre delle Medicine, avvenuto nel corso del 2009. Il reparto, organizzato con stanze di degenza con servizi igienici è sistemato in ambienti rivestiti di materiale sterilizzabile e definito "a bassa carica microbica", idoneo alla permanenza di pazienti con ridotte difese immunitarie.

Un'ulteriore parte importante del progetto complessivo del Nuovo ospedale è quella che interessa l'area tra il Centro del cuore, l'ala est e la superficie dedicata all'elisoccorso in cui sorgerà un volume pluripiano, a pianta triangolare che elabora elevate condizioni di sicurezza. Questo edificio, il cui cantiere è decollato nel corso del 2009, ospiterà funzioni diverse tra cui: dialisi, day hospital di Nefrologia, Clinica e immunologia medica, Medicina interna a indirizzo cardiologico, Semeiotica medica, Terapia intensiva e centro trapianti. Il progetto prende le mosse da scelte architettoniche finalizzate a: massimo comfort interno, elevate prestazioni energetiche e bioclimatiche, protezione dai rumori e dalle vibrazioni anche attraverso l'uso di sistemi di sound masking, elevata qualità funzionale e architettonica, innovativa gestione della luce per la creazione di ambienti che favoriscono l'umanizzazione dello spazio ospedaliero, con separazione dell'area di diagnosi e cura da quella di degenza (delle quali si riporta un dettaglio nel capitolo 2.2 del presente volume).

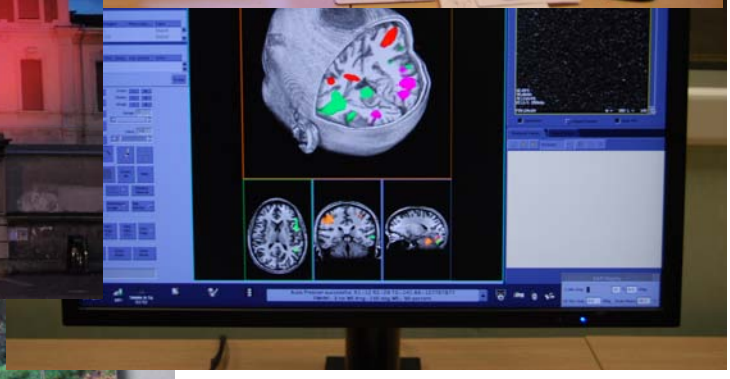
Conclusioni del Direttore Generale

INDICE
Bilancio di Missione 2008
Bilancio di Missione 2008



RPM™ Respiratory Gating
VARIAN

OSPEDALE MAGGIORE



Anno particolare il 2009, in quanto segnato, da un punto di vista sanitario, a livello globale, da un evento che è diventato emblematico e che ha inciso in modo significativo sulle organizzazioni: la pandemia influenzale.
Un evento le cui conseguenze sono state contenute, probabilmente anche grazie all'importante risposta organizzativa, non solo locale, e al grande impegno che ha richiesto alle organizzazioni sanitarie, sia nella definizione di complessi piani di intervento, sia nella gestione della comunicazione di eventi di cui non si aveva ancora chiara la reale portata, nonché nello sforzo di integrazione sia fra le componenti e le funzioni interne all'organizzazione che con l'Azienda territoriale, per la gestione della azioni di prevenzione e di risposta.
Certamente un evento che ci ha insegnato molto e su cui la riflessione e l'approfondimento è ancora aperto, tanto è vero che, ad aprile 2010, abbiamo promosso con l'Azienda Usl e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Parma un convegno dal titolo esplicativo: "Cosa ci ha insegnato l'influenza pandemica AH1N1".

Per il nostro Ospedale, è di rilievo nel 2009 l'attivazione di diverse importanti acquisizioni tecnologiche che ampliano l'offerta diagnostica e terapeutica a disposizione dei nostri concittadini (e non solo), garantendo l'accesso a strumentazioni all'avanguardia (acceleratore lineare, risonanza magnetica 3 tesla e PET/CT), che si inseriscono nella crescita del Nuovo Ospedale. Il Nuovo Ospedale di Parma, proprio per l'elevato impatto tecnologico, richiama l'esigenza di uno spazio di umanizzazione, e una dimensione di comunicazione tese, da una parte, a recuperare la percezione della fiducia e a trasmettere un senso di sicurezza e, dall'altra, a sviluppare sul piano culturale il patrimonio professionale. Si legano qui diverse parti del nostro volume: il capitolo 7 dedicato ad obiettivi di particolare rilevanza, il capitolo 2 nella parte sull'impatto nella quale vengono messe in evidenza le azioni e le relazioni per garantire l'umanizzazione dei contesti ospedalieri e il capitolo 4 che traccia un ampio profilo della nostra organizzazione interna e delle persone che vi lavorano.

Costante e produttiva, anche nel 2009, è stata l'azione del Comitato di Indirizzo, che garantisce 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.

Da un punto di vista strettamente economico, il risultato di esercizio anno 2009 consente di affermare che l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali dell'esercizio sono da considerarsi raggiunti.

In sintesi, il volume 2009 presenta un ricco panorama delle nostre attività. Il 2009 non è stato solo l'anno in cui sono diventate operative le recenti e importanti acquisizioni tecnologiche, ma è stato caratterizzato anche da azioni di riorganizzazione e da progetti di innovazione organizzativa: dal lavoro di preparazione del nuovo modello di Pronto soccorso all'istituzione della Degenza Breve Chirugica, dal progetto PERIMED all'unificazione della Terapia intensiva nefrologica con quella coronarica. Fra le innovazioni del 2009 vi sono l'intervento di trapianto di pancreas isolato e l'introduzione e il consolidamento di nuove tecniche operatorie in cardiochirurgia.

Inoltre, il volume 2009 offre interessanti spunti di riflessione che, in un certo senso, superano i limiti della rendicontazione, ma che ci paiono utili per chi si occupa di politiche sanitarie e di programmazione (dei servizi e del lavoro). Aprono prospettive di interesse i contenuti del Piano attuativo locale, predisposto dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria con la collaborazione delle Aziende sanitarie, di cui si presenta un resoconto nell'apertura del capitolo 3.
Rinviano a riflessioni e studi di più ampia portata le considerazioni sul tema dello iato - tutt'ora presente nella nostra cultura, nelle normative e nelle nostre organizzazioni - tra eguaglianza formale ed eguaglianza sostanziale, cui ci conducono le analisi sul genere proposte nel volume. Tema centrale a tutto tondo, quello dell'eguaglianza, sia per i cittadini che per chi lavora nelle organizzazioni.

Di interesse in questo volume è anche la presentazione delle azioni messe in atto per contenere l'impatto ambientale che le nostre attività necessariamente presentano, ossia le modifiche all'ambiente derivanti dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'organizzazione sia per quanto attiene al prelievo e all'utilizzo di risorse che in riferimento alla gestione dei rifiuti. Le tipologie di interventi messi in atto sono diversificate e riguardano, ad esempio, i rapporti di fornitura, il patrimonio immobiliare, le politiche del personale (sia con interventi informativi per massimizzare i comportamenti virtuosi in tema di consumi, mobilità e gestione dei rifiuti, sia con indagini mirate), oltre a realizzazioni specifiche come il magazzino AVEN per la

gestione dei farmaci, un progetto di logistica integrata che presenta una grande attenzione al tema della sicurezza e dell'impatto ambientale.

Abbiamo, come sempre, spazi di crescita e miglioramento, ma ci pare che il volume 2009 presenti diversi elementi di interesse per i nostri referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria, e per quanti siano interessati o collaborino 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 confermiamo il nostro grazie.

Giunti a questo punto, risulta sempre difficile trovare le parole per esprimere un doveroso ringraziamento sia a tutti coloro che hanno lavorato al volume del Bilancio di missione 2009 per raccogliere e ricomporre in un quadro di insieme tutti i risvolti della nostra attività, che 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

Nella seduta del 23.09.2010 è stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Missione 2009 per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo.
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, esaminando con particolare attenzione l'aspetto della produttività, il contributo fornito dall'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, nonché l'ulteriore sviluppo del progetto del Nuovo Ospedale.

Per quanto riguarda l'aspetto della produttività, il Comitato sottolinea positivamente il ruolo complessivo svolto dall'Azienda nelle rete dell'offerta regionale, anche se emergono margini di ulteriore possibile miglioramento.
In particolare:

- *le strutture HUB dell'Azienda*, oltre a svolgere un importante ruolo di volano di attrazione per tutta l'Emilia settentrionale, mantengono in termini di casistica trattata livelli ben superiori a quelli previsti dai parametri Ministeriali per la individuazione delle strutture Hub.
- *Il tasso di ospedalizzazione provinciale in degenza ordinaria* si pone, nel 2009, al di sotto della media regionale.
- *la percentuale dei ricoveri in DH rispetto al totale dei ricoveri* risulta inferiore alla media regionale, ma in continuo incremento nel periodo 2007-2009, così come sopra la media regionale si mantiene *il rapporto tra ricoveri e accessi al P.S.*, pur presentando un trend in diminuzione nel triennio.
- *La mobilità attiva* resta costantemente elevata, mentre si sta riducendo l'indice di dipendenza della popolazione verso le strutture ospedaliere extra regione (*mobilità passiva*).

Il contributo fornito dall'Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza è consistente; infatti, oltre a garantire la fornitura da parte della Azienda Ospedaliero-Universitaria del 76% dei posti letto per acuti pubblici della provincia e la fornitura di oltre 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 tra i più bassi della regione.

Promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa:
l'istituzione dell'Osservatorio Regionale della Innovazione permette il monitoraggio dell'adozione di nuove tecnologie e nuove metodiche clinico-organizzative da parte delle Aziende Sanitarie. Il Comitato di Indirizzo sottolinea come, nel corso del 2009, si sia assistito in questo ambito ad alcune significative iniziative da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. **In campo clinico** l'impianto di valvole aortiche percutanee nella terapia della stenosi valvolare aortica secondo il Progetto dell'Agenzia Regionale, le applicazioni terapeutiche delle cellule staminali nel trattamento dell'insufficienza cardiaca secondo il Progetto di Ricerca Regione-Università, il trattamento endovascolare dell'aorta toracica e, anche se numericamente molto ridotto, il trapianto di pancreas isolato. **In campo tecnologico**, oltre ad ulteriori implementazioni che conducono verso la completa configurazione del PACS/RIS e GLOBAL PACS, si sottolinea in particolare l'acquisizione di un acceleratore lineare in Radioterapia e l'attivazione di una tomografia con emittenti di positroni – PET/CT – e della risonanza magnetica 3.0 Tesla anche per attività di ricerca nel campo delle neuroscienze. Significativi, in ambito di **miglioramento della capacità organizzativa**, l'attivazione di una Degenza Breve Chirurgica, la centralizzazione delle Unità di Terapia Intensiva, il progetto PERIMED con l'utilizzo della risorsa infermieristica e tecnica in modo avanzato nell'organizzazione dell'attività perioperatoria.

Nel campo dell'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca si rileva come l'Azienda, unitamente all'equiparazione retributiva, abbia condiviso con l'Università degli Studi di Parma l'obiettivo di definire modalità omogenee di gestione e organizzazione dei professionisti universitari ed ospedalieri, pur nel rispetto del distinto stato giuridico e dei rispettivi compiti istituzionali. Inoltre, sul fronte dello sviluppo della formazione medico-specialistica, si è correttamente proceduto – nell'ambito dei criteri stabiliti dall'Accordo Attuativo Locale siglato da Azienda e Ateneo in data 7 novembre 2008 – al consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione e, nell'ottica di garantire le sinergie tra la programmazione didattica e le attività formative aziendali, è stato assegnato alle Giunte di Dipartimento ed al Collegio di Direzione un ruolo rilevante che si è sostanziato nell'esprimere una valutazione sulla rete formativa e sulla coerenza dei percorsi formativi. Di rilievo la

partecipazione dei professionisti del SSR alla formazione specialistica: con riferimento all'Anno Accademico 2008-2009, il numero dei professionisti che hanno ricevuto un incarico è stato pari a 191 (101 incarichi di docenza, 25 incarichi di tutoraggio e 65 incarichi di docenza e tutoraggio).

Il Comitato ribadisce, come già osservato, che si rende indispensabile in tempi possibilmente brevi la completa attuazione dell'art. 9 della L.R. 29/2004, che regolamenta la partecipazione economica delle Università alle attività svolte dalle Aziende Sanitarie. Non esiste ancora uno strumento per quantificare 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, e così via). Anche in questa versione del Bilancio di Missione è stata effettuata una stima in tal senso, basata sulla rilevazione del valore dei beni durevoli, delle attrezzature (sanitarie e non), delle giornate pagate dall'Università al personale che svolge attività assistenziali, dei contributi aggiuntivi trasferiti dalla Regione all'Azienda per la presenza del personale universitario, e così via.
Pur ritenendo che la recente adozione della timbratura della presenza anche per il personale universitario possa facilitare tali misurazioni, il Comitato auspica che la preparazione da parte della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale di nuovi strumenti finalizzati a tale scopo possa favorire in futuro una corretta determinazione del contributo alla attività assistenziale globale dell'Azienda ascrivibile all'attività svolta dalla componente universitaria, il cui impatto risulta probabilmente al momento ancora parzialmente sottostimato.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto del Nuovo Ospedale il Comitato rileva con soddisfazione come nel corso del 2009 sia stata ultimata la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso, entrato in funzione il 18 febbraio 2010; inoltre, è progredita la nuova struttura pediatrica che conterrà l'Ospedale dei bambini, la ristrutturazione del polo della riabilitazione al padiglione Barbieri, il polo delle psichiatrie al padiglione Braga, la centrale dei gas medicali. Sono state infine realizzate le nuove sale parto e si è conclusa la procedura di affidamento dei lavori per la costruzione del IV lotto della piastra tecnica, nuovo edificio pluripiano, a pianta triangolare, che ospiterà funzioni diverse tra cui: dialisi, day hospital di Nefrologia, Clinica e immunologia medica, Medicina interna a indirizzo cardiologico, Semeiotica medica, Terapia intensiva e centro trapianti.

Controllo della spesa sanitaria: il rispetto degli adempimenti sanciti dal Protocollo d'Intesa del 28 settembre 2006 (Patto per la Salute), finalizzati al controllo della spesa sanitaria e a sostenere le azioni necessarie al miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse, risulta particolarmente impegnativo in relazione all'inevitabile impatto di variabili espansive della spesa quali: gli aspetti demografici e epidemiologici, il progresso scientifico e tecnologico, gli automatismi di revisione dei prezzi contrattuali e i fenomeni inflattivi. I costi per l'acquisto di beni e servizi sanitari hanno mostrato una crescita percentualmente più elevata rispetto alle risorse previste, in particolare per quanto riguarda i medicinali e i prodotti terapeutici. Si evidenzia che, a livello aziendale, l'incremento complessivo dei costi della produzione nell'anno 2009, rispetto a quanto preventivato, è stato completamente assorbito dall'aumento del valore della produzione; si osserva, inoltre, come l'incremento dei consumi di medicinali sia da attribuire alle maggiori necessità conseguenti all'intensificazione dell'attività di somministrazione farmaci e agli incrementi, talora molto rilevanti, dei costi di alcune categorie di farmaci (antineoplastici, farmaci biologici, e così via).
Il Comitato di Indirizzo giudica favorevolmente le politiche messe in atto dall'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 2009 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione dell'attività svolta nel corso dell'anno dall'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 dell'Azienda nell'ambito dell'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.

Carlo Coscelli
Presidente del Comitato di Indirizzo