

1

Contesto di riferimento

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

È articolato in cinque ambiti.

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







Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Il 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 regola 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 deospedalizzazione, 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

Publicato 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 cardiocirurgia, il sistema dell'emergenza-urgenza, i trapianti, il sistema trasfusionale



(per citarne alcune), il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale. Ampia attenzione è dedicata anche alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, nonché allo sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche.

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 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 tutorato 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'Ausl 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 paragrafo *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 177 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

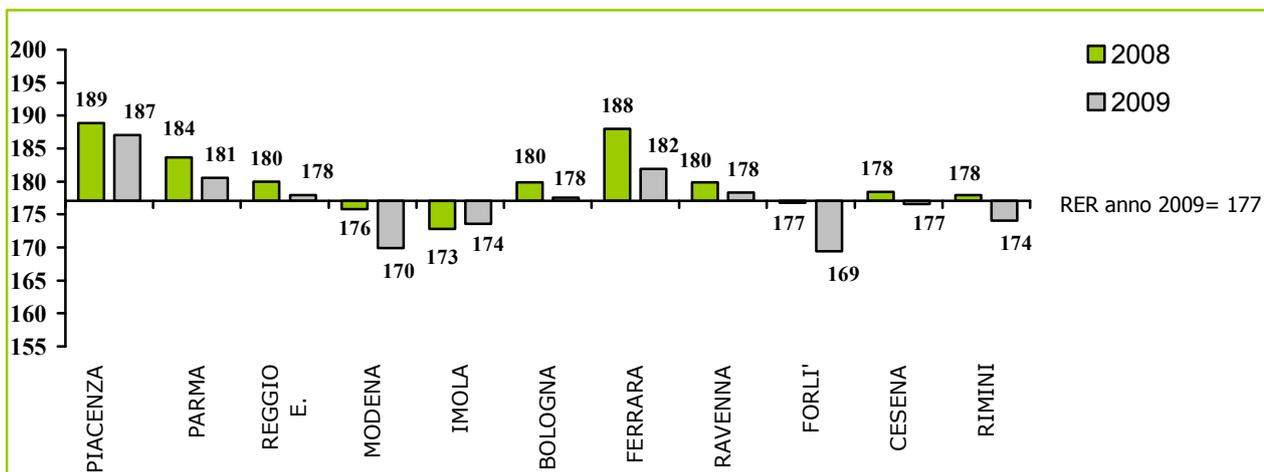




Tabella 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2007-2009

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

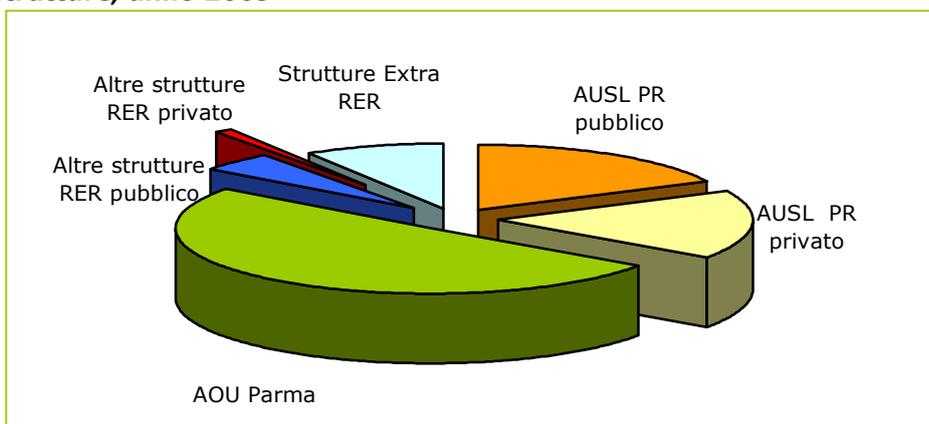
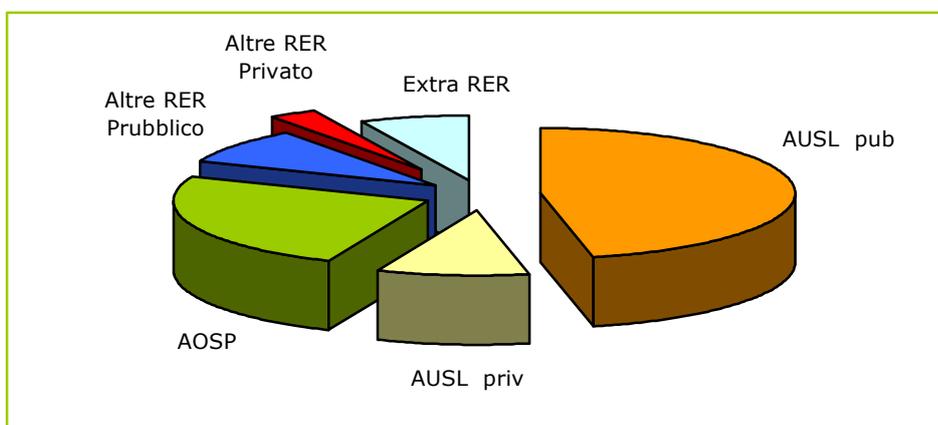


Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2009





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

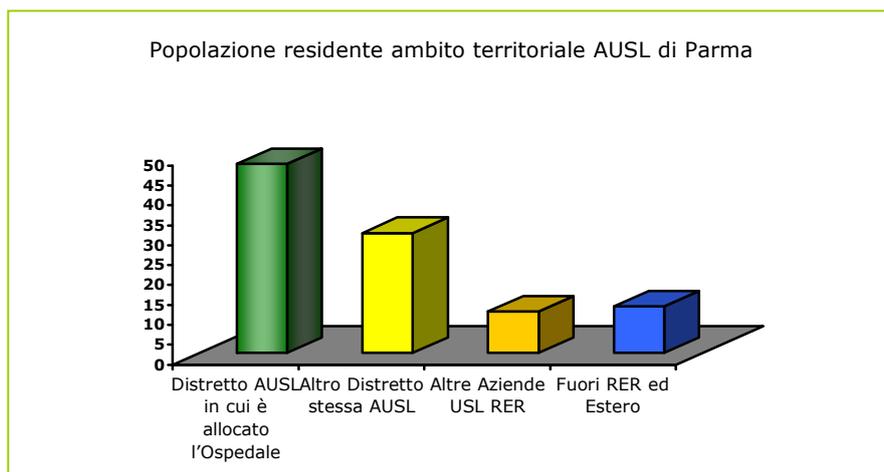
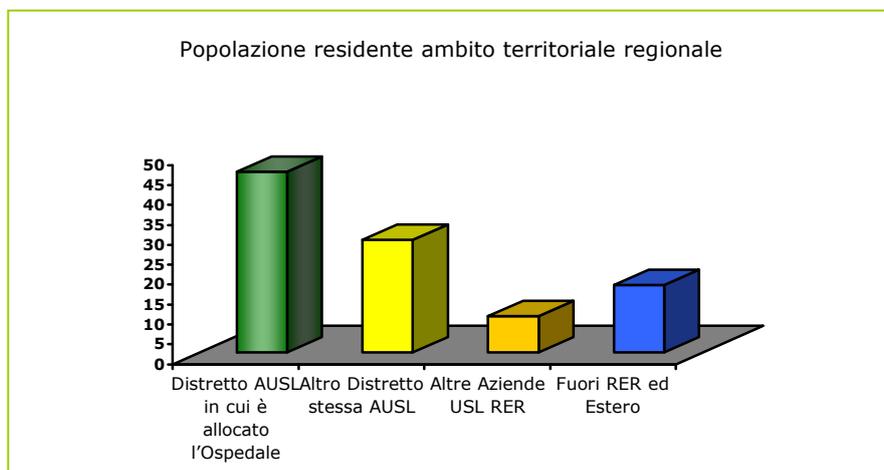


Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2009





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

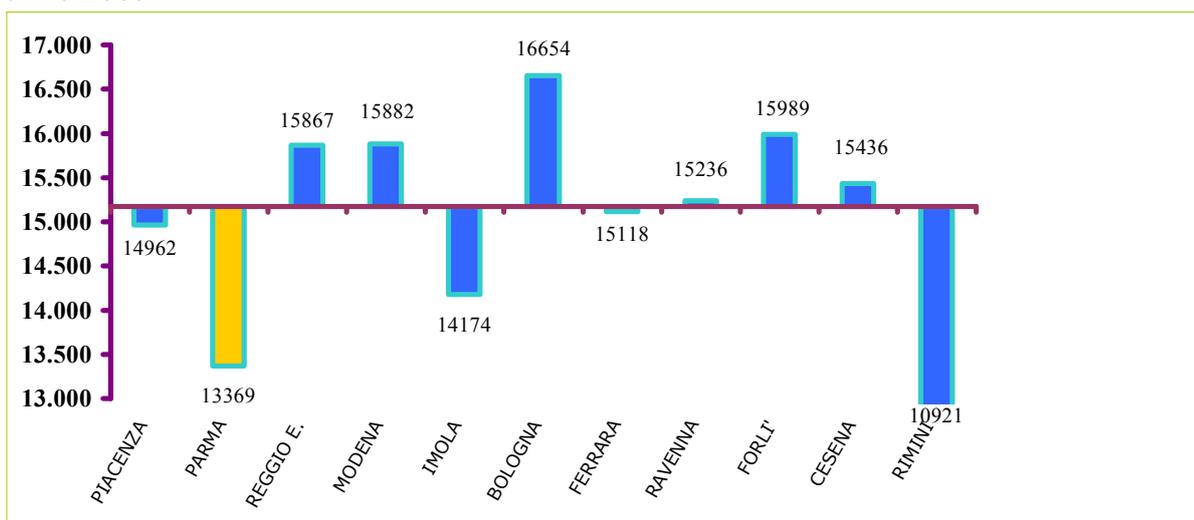
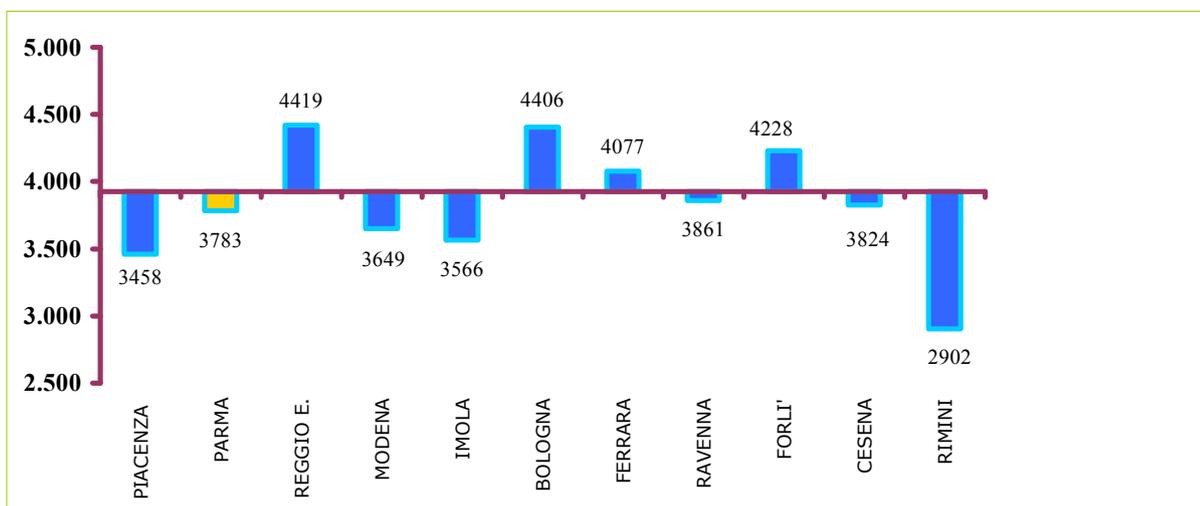


Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2009





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 UsI 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

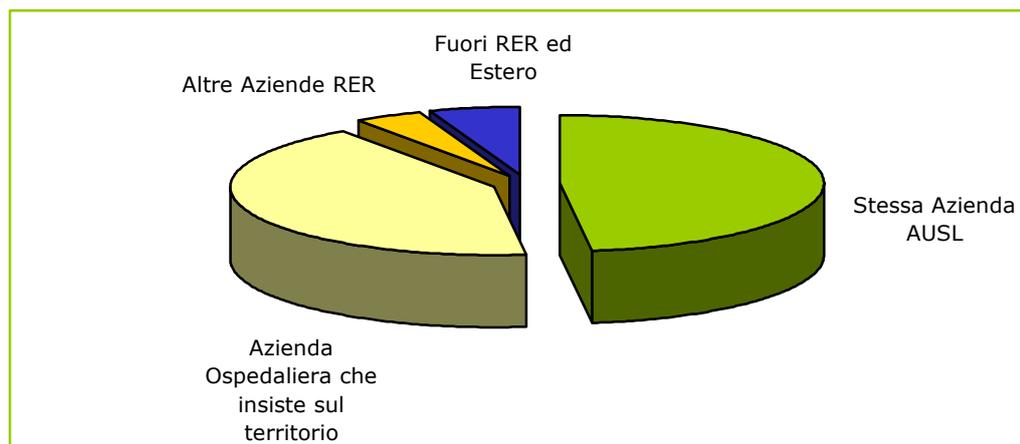


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2009

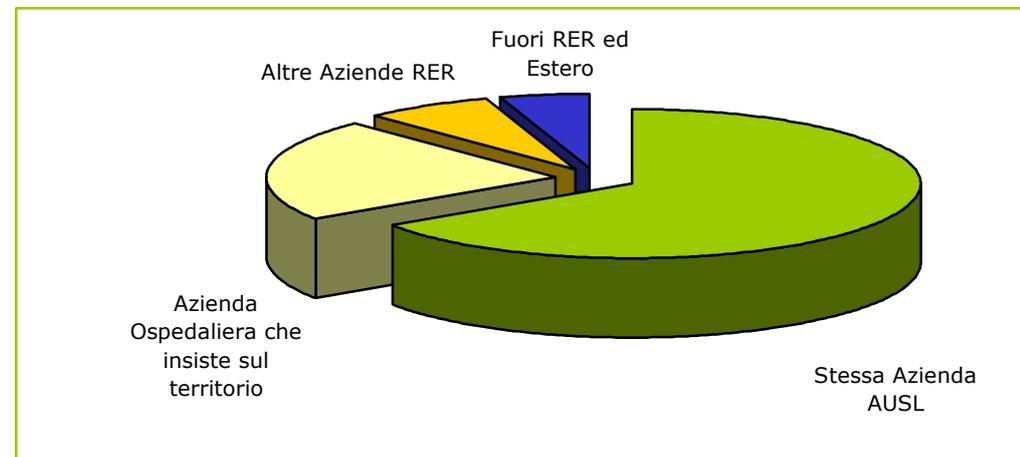




Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2007-2009, tutte le prestazioni

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

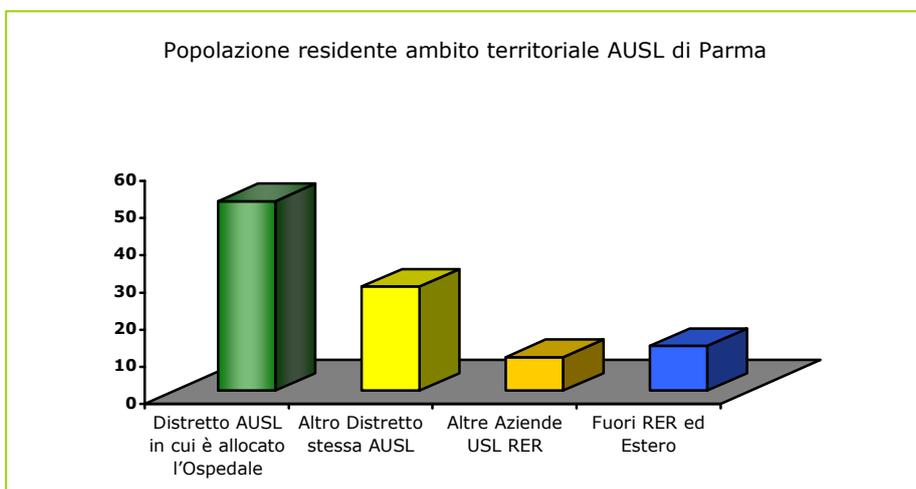
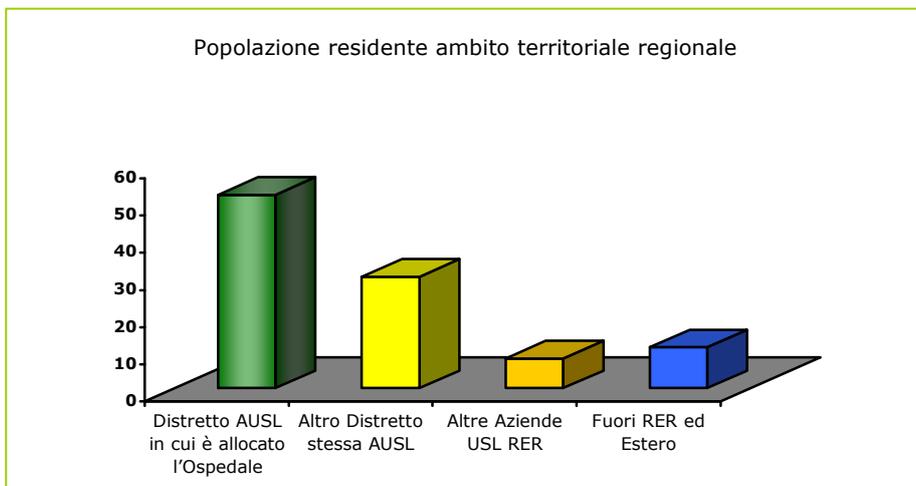


Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2009





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 inappropriata 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 obiettivi assistenziali e gestionali, composto dai Direttori Sanitari, dal Referente per l'emergenza-urgenza dell'Azienda USL, dal Responsabile del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Nel corso del 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, coordinata dal Centro Riferimento Trapianti della RER, a cui afferiscono residenti e non della Regione. Le iscrizioni in lista presso il Centro Trapianti di Parma, sono al 31/12/2006 (ultimo dato disponibile) 535 di cui 25% residenti in Emilia Romagna ed il 75% fuori regione. Il dato regionale al 31/12/2007 è di 1724 pazienti di cui il 33,5% residenti e il 66,5% fuori regione
Terapia delle Grandi Ustioni	Centro Ustioni	Dipartimento Emergenza-Urgenza	Come si evince dalla rappresentazione grafica delle rete integrata Regionale per la Terapia delle Grandi Ustioni, il Bacino d'utenza territoriale cui si riferisce l'attività Hub del nostro Centro Ustioni è relativo alle province di PC, PR, RE, MO e si completa nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT)
Malattie Cardiache e Cardiochirurgia	Cardiochirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/ Interventistica)	Strutture Semplici Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività hub per la funzione Cardiochirurgica e di Cardiologia interventistica e diagnostica sono quelle delle province di PR e PC
Neuroscienze	Neurochirurgia, Neuroradiologia	Neurologia	Le funzioni Hub di Neurochirurgia e Neuroradiologia, integrate funzionalmente, hanno un bacino d'utenza che comprende le province di PR e PC e RE
Terapia dei Grandi Traumi	AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA nel suo complesso in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB che prevede la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato		Il Sistema Integrato di Assistenza ai Grandi Traumi (SIAT) della Emilia Nord-occidentale che ha il suo Hub nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, copre i territori di PC, PR e RE



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 territori 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 Immunotrasfusional e	
Sistema Centrali Operative (118), Emergenza Territoriale	Dipartimento Emergenza- Urgenza		La rete è costituita dalla Guardia Medica, dal 118 e dal Pronto Soccorso, e comprende tutte le Associazioni di volontariato impegnate con le proprie ambulanze nella pubblica assistenza. Il bacino d'utenza è la provincia di Parma
Malattie Rare			
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	Centro Emostasi, UO Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		Come risulta evidente dalla rappresentazione grafica della rete per l'Emofilia e le malattie emorragiche congenite, l'Azienda è confermata nel suo ruolo hub unico in tutta la regione
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	Dipartimento Testa-Collo (Struttura Semplice ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Il bacino di riferimento per questa funzione Hub (istituita con Delibera di giunta Regionale n 395/2006) è rappresentato dai territori di PR, PC, RE e BO. Quest'ultima attraverso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per la sua collocazione baricentrica e per l'estensione del suo bacino di riferimento funge da Spoke per entrambi gli Hub regionali

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

A assistenza ai Grandi Traumi



Le g e n d a:

H = Hub :Trauma center

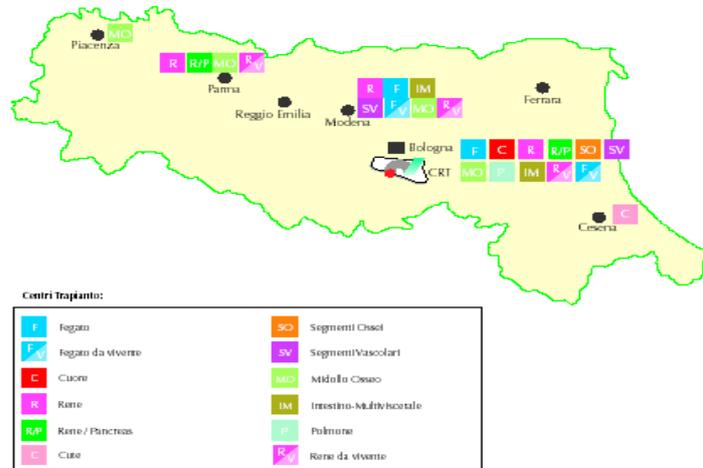
S = Spoke: DEA (Dipartimenti Emergenza-Accettazione)

Criteria: 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

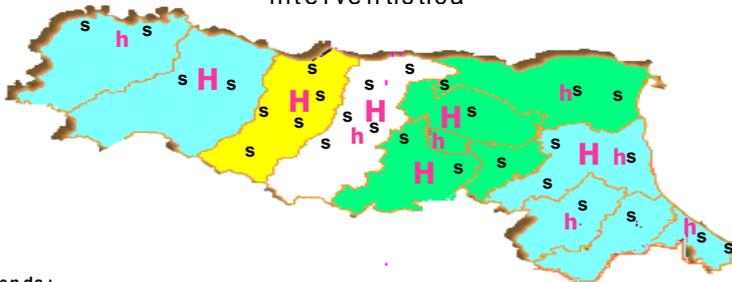
Trapianti d'Organo



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.

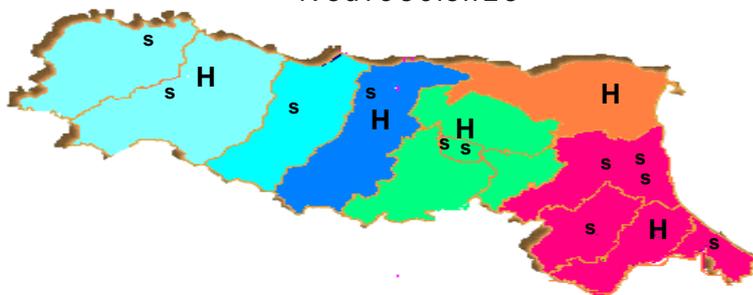
Cardiochirurgia ed Emodinamica diagnostica ed interventistica



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

Criteri:
 Bacini definiti sulla base di fabbisogni stimati e livelli minimi di attività per garantire clinica competenza e da accreditamento.

Neuroscienze



Legenda:
 H = Hub Neurochirurgico/Neurologico/Neuroradiologico
 s = Spoke: U.O. di Neurologia
Criteri:
 1 Centro Hub ogni 800.000/1.000.000 unità di popolazione residente

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



Servizi di Genetica Medica



Servizi Clinici di Genetica Medica

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

Laboratori di Citogenetica

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

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

Con deliberazione successiva a quella del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, nel marzo del 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma viene riconosciuta Centro hub per la prevenzione, la diagnosi e la cura della fibrosi cistica, malattia genetica che presenta una notevole rilevanza sociale e che comporta un trattamento terapeutico estremamente complesso e continuativo. In relazione a questa funzione hub, la Struttura semplice di Fibrosi Cistica della Clinica pediatrica dell'Azienda si avvale della collaborazione interna di altre Unità operative con funzione di spoke (Struttura semplice Otorinolaringoiatria, Scienze Radiologiche, Patologia e Medicina di Laboratorio e Clinica pneumologica).

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



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



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)

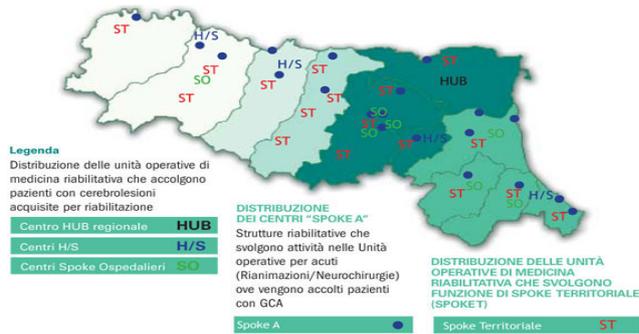
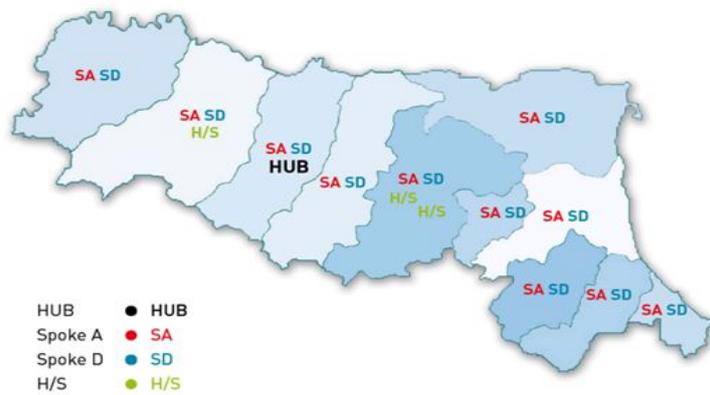


Figura 3 Alte specialità riabilitative: rete hub & spoke per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva



Legenda:

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

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

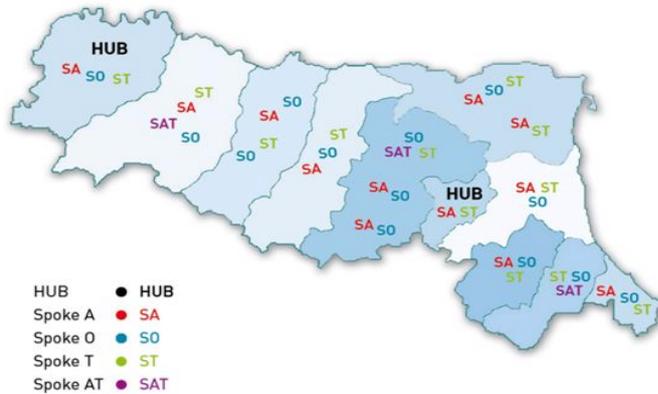
Centri H/S = Poli tecnologici multifunzionali per le disabilità infantili;

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

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



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



Legenda:

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

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

Spoke AT (Spoke Acuti - Mielolesione Traumatica) : UO di Medicina Riabilitativa operanti nelle sedi dei 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 mielolesi.

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

Per la descrizione della qualità dell'attività svolta da alcune funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, rappresentate nella tabella 11 e nelle mappe per funzione sopra riportate, ci si è avvalsi delle indicazioni fornite dal gruppo di lavoro ristretto del Progetto Mattoni del S.S.N., istituito dal Ministero della Salute allo scopo di individuare una serie di indicatori per la valutazione dell'attività degli ospedali. Occorre sottolineare che pur essendo stati individuati un numero maggiore di indicatori di interesse, l'analisi è stata limitata a un set minimo in quanto la maggior parte di questi non è desumibile dai dati disponibili (flussi informativi aziendali) ma prevede l'utilizzo della documentazione clinica, di software specifici di gravità o di dati raccolti attraverso indagini ad hoc.

Gli indicatori utilizzati, desunti dai dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), consentono di misurare il volume delle attività erogate, e nonostante non vi siano evidenze di una stretta correlazione tra volumi e qualità delle prestazioni, il gruppo di lavoro del progetto Mattoni ipotizza che tale informazione possa costituire un requisito qualificante per un Centro di eccellenza. Infatti, l'analisi è limitata a poche funzioni assistenziali e ad alcuni DRG, selezionati per la loro capacità di rilevare una casistica complessa e molto specifica.

Relativamente all'attività oncoematologica, il gruppo di lavoro del Ministero ha convenuto di determinare un valore soglia minimo di 50 ricoveri/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 capacità 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 capacità 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 - Tutte le precedenti tabelle sono state elaborate prima del 13° invio



1. Contesto di riferimento