

2

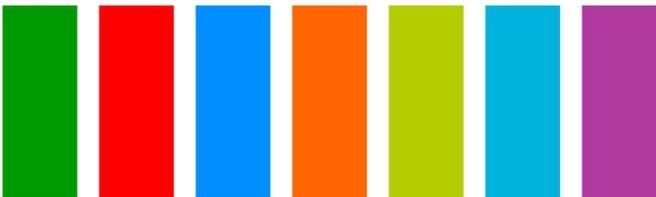
Profilo aziendale

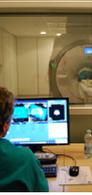
Questo capitolo delinea caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. Si è cercato di tracciare il profilo dell'Azienda in relazione ad una pluralità di dimensioni che ne vincolano e caratterizzano l'azione nel perseguimento degli obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione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

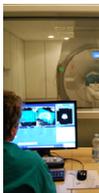
Nel corso dell'esercizio si è registrato, rispetto al bilancio preventivo, un incremento del "valore della produzione" pari a 9,95 ml. di euro e dei "costi di produzione" pari a 9,90 ml. di euro. È evidente come l'incremento dei costi della produzione, rispetto a quanto preventivato, sia stato interamente 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.

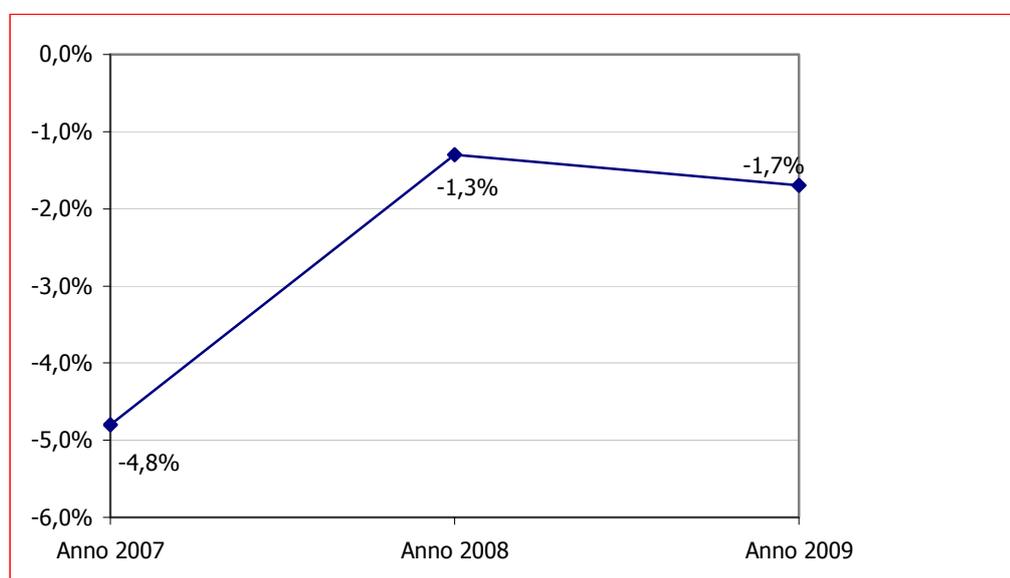


	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-122,0%	-50,4%	-55,4%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	22,0%	-49,6%	-44,6%

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:

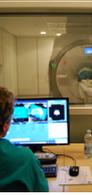
	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Risultato della gestione caratteristica / Ricavi disponibili	-4,8%	-1,3%	-1,7%



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.

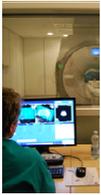
Nel corso del 2009 il tasso di ospedalizzazione della Provincia di Parma standardizzato per età (utilizzando per la mobilità passiva extra-RER il dato 2008 in quanto l'anno 2009 non è ancora disponibile) ha registrato un decremento complessivo di circa 3 punti rispetto all'anno precedente passando da 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).

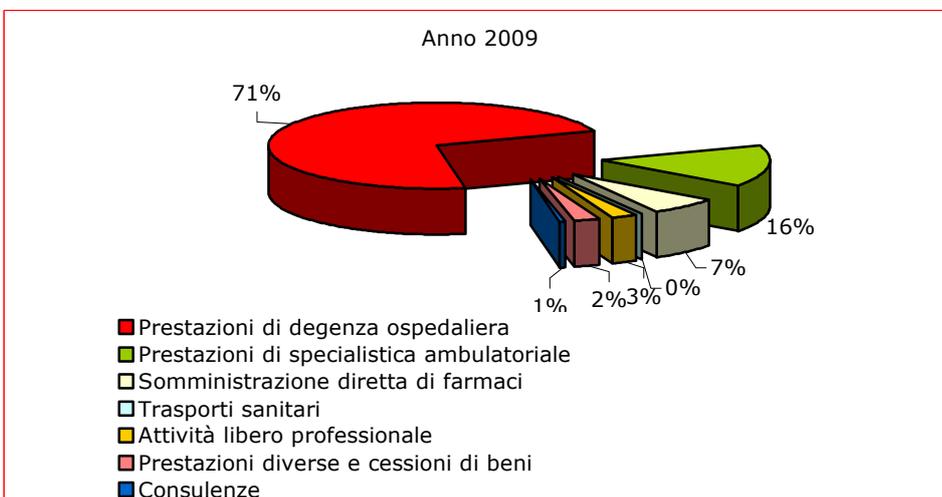
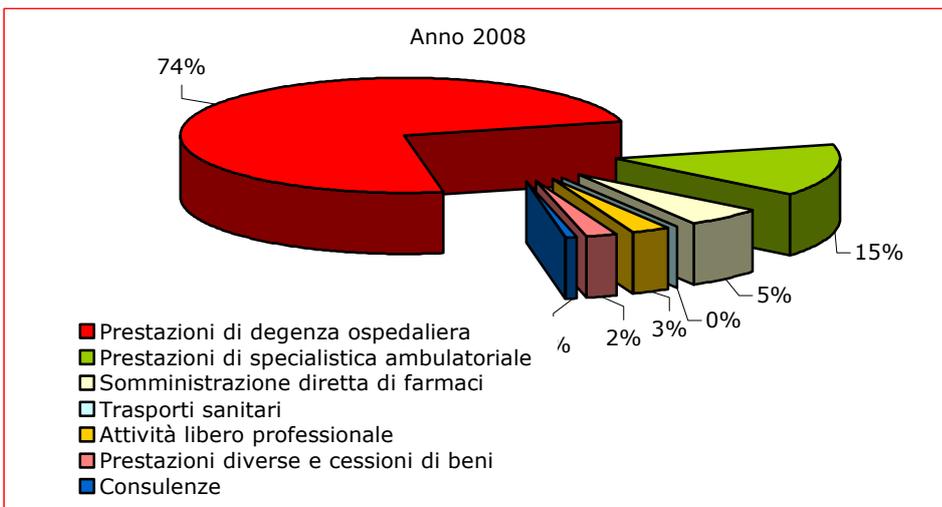
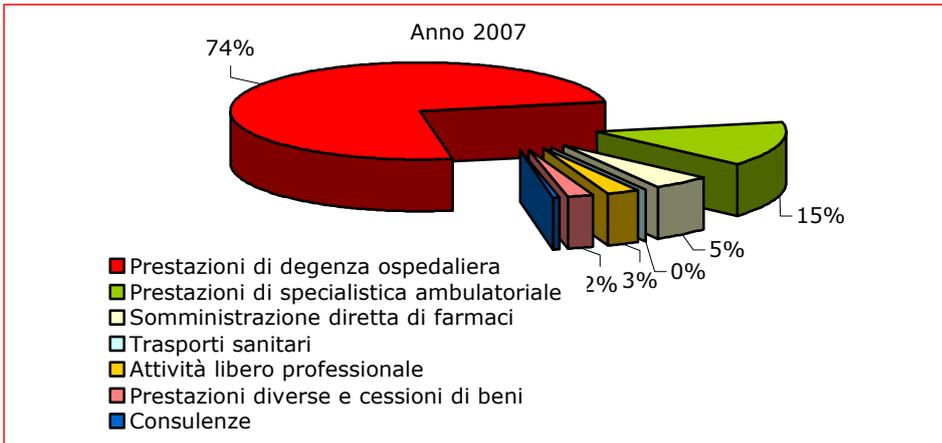
Per quanto riguarda l'attività di somministrazione farmaci, i dati di fine esercizio evidenziano un sostanziale incremento rispetto alle previsioni iniziali (+3,745 ml.). In particolare, è risultato in aumento il valore relativo all'attività resa a favore dei residenti nella Provincia di Parma (+1,73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

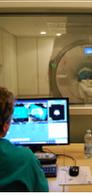


Di seguito si riportano i dati con le singole voci di dettaglio al fine di consentire una migliore valutazione sull'andamento dei ricavi dell'esercizio 2009 rispetto al biennio precedente.

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.

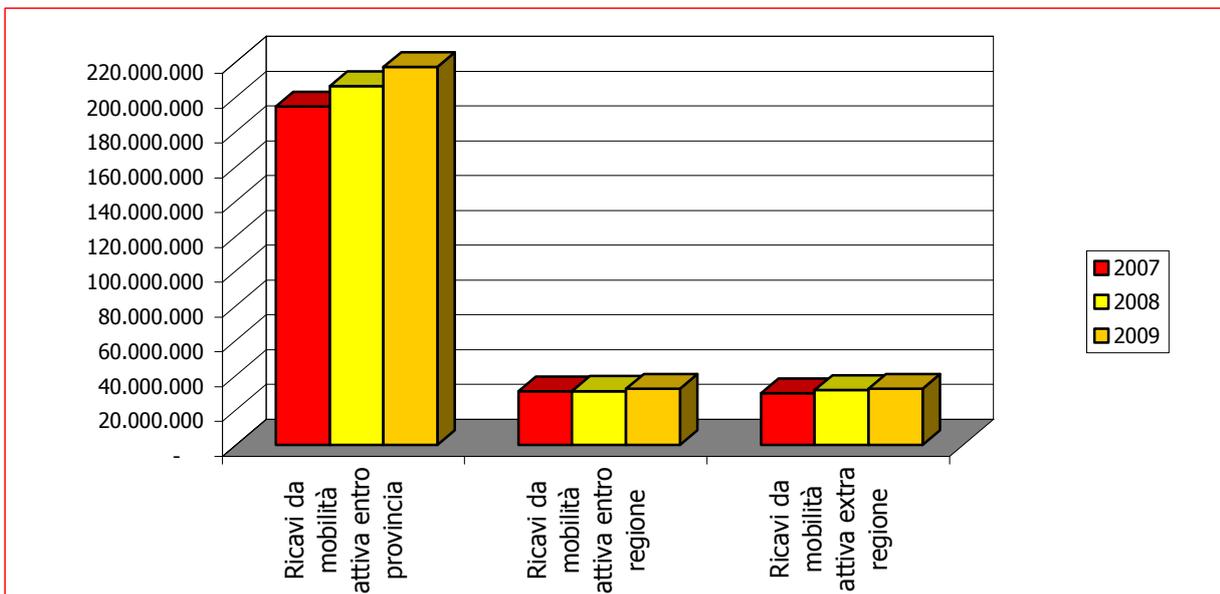
Grafici 1a, 1b, 1c Proventi e ricavi di esercizio, anni 2007-2009





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:

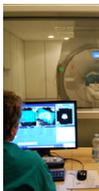
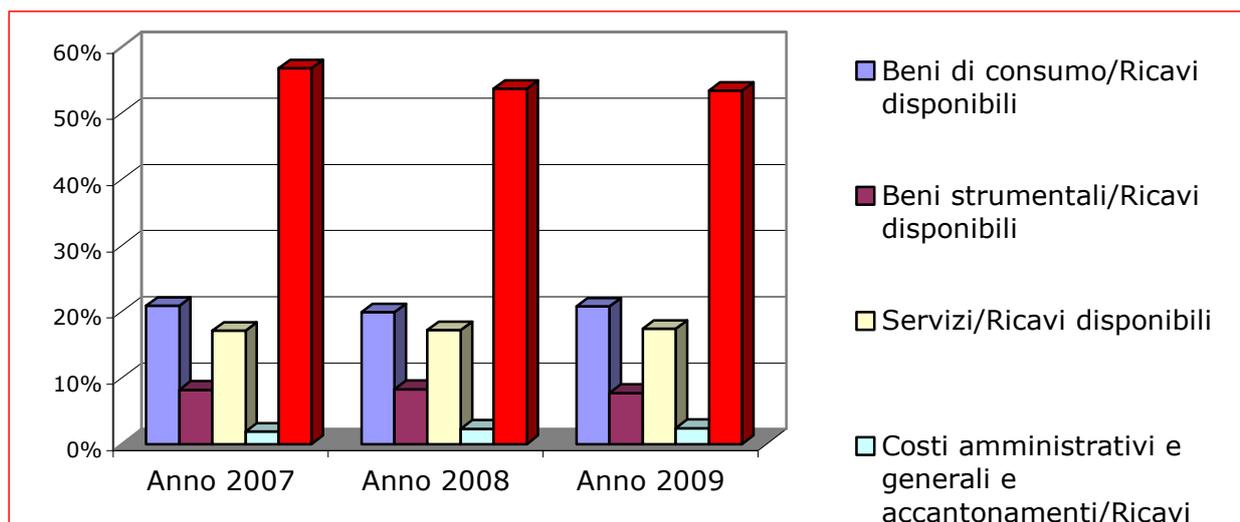


Tabella 1 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

	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%



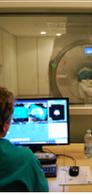
Anche nel corso dell'anno 2009 la Direzione Aziendale si è impegnata, nel pieno rispetto degli adempimenti sanciti con il Protocollo d'Intesa 28 settembre 2006 (Patto per la Salute) e finalizzati al controllo della spesa sanitaria, a sostenere le azioni necessarie a migliorare la qualità delle prestazioni 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

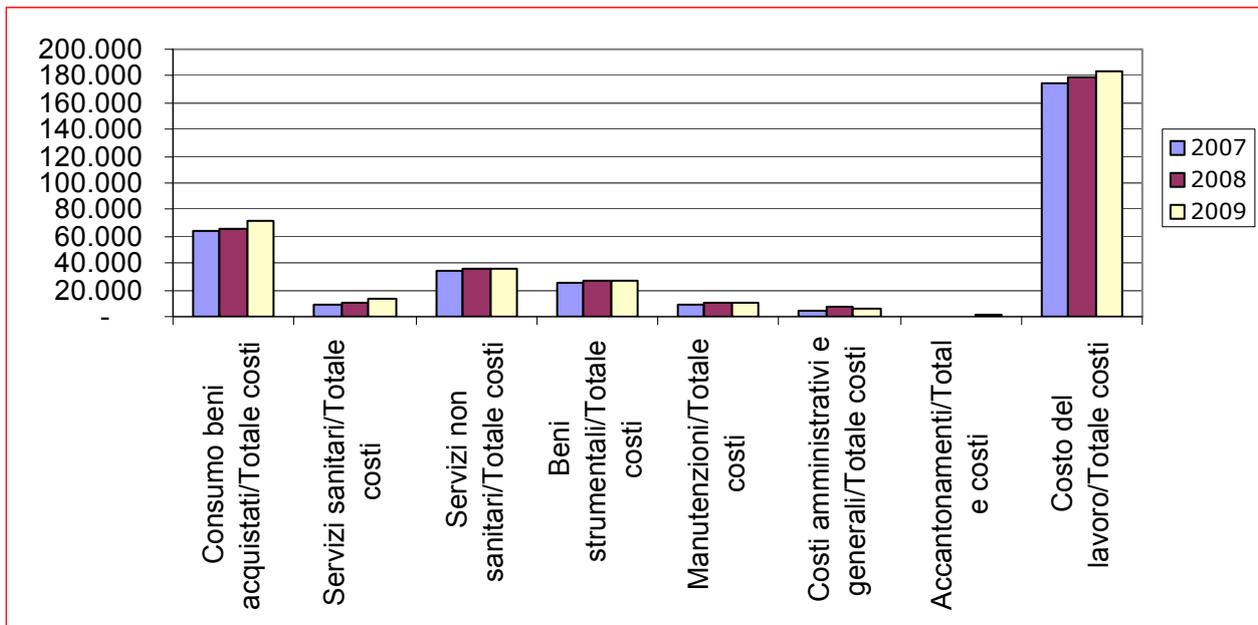


Acquisizione telematica. L'Azienda ha inoltre partecipato attivamente alle prime sperimentazioni in unione di acquisto per il settore delle forniture in service, divenendo capofila per il service di IVUS (gara aggiudicata nel 2009) e per il service di immunocoloratore (gara bandita nel 2009 e conclusa 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 simili 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.

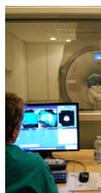
In relazione agli obiettivi di produzione 2009 e alle risultanze delle rimanenze finali anno 2008, la previsione economica per il 2009 considerava un incremento complessivo del 3,86% del costo della produzione rispetto al consuntivo 2008. L'incremento complessivo dei costi della produzione dell'esercizio 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



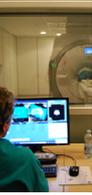
sanitari si è avuto un decremento rispetto al preventivo del 5,97% (-0,107 ml.). L'incremento dei beni di consumo rispetto al preventivo è stato determinato principalmente dalla dinamica dei beni di consumo sanitari e, nello specifico, dal trend dei farmaci in compensazione che hanno registrato un incremento 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 prudentiale rispetto alla massa dei crediti iscritta a bilancio.

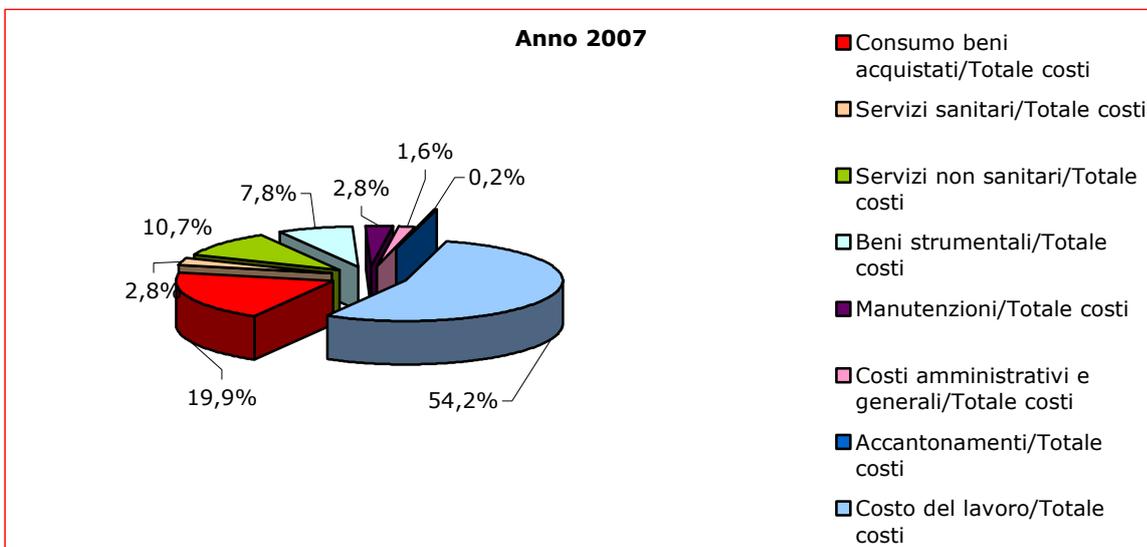
Gli Accantonamenti per rischi, che riguardano l'accantonamento della somma a copertura delle necessità presunte dell'esercizio per i sinistri che rientrano nei limiti della franchigia prevista nel contratto per RCT, a consuntivo è costituito per 0,9 ml. dalla franchigia per assicurazione RCT/RCO ed è 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.

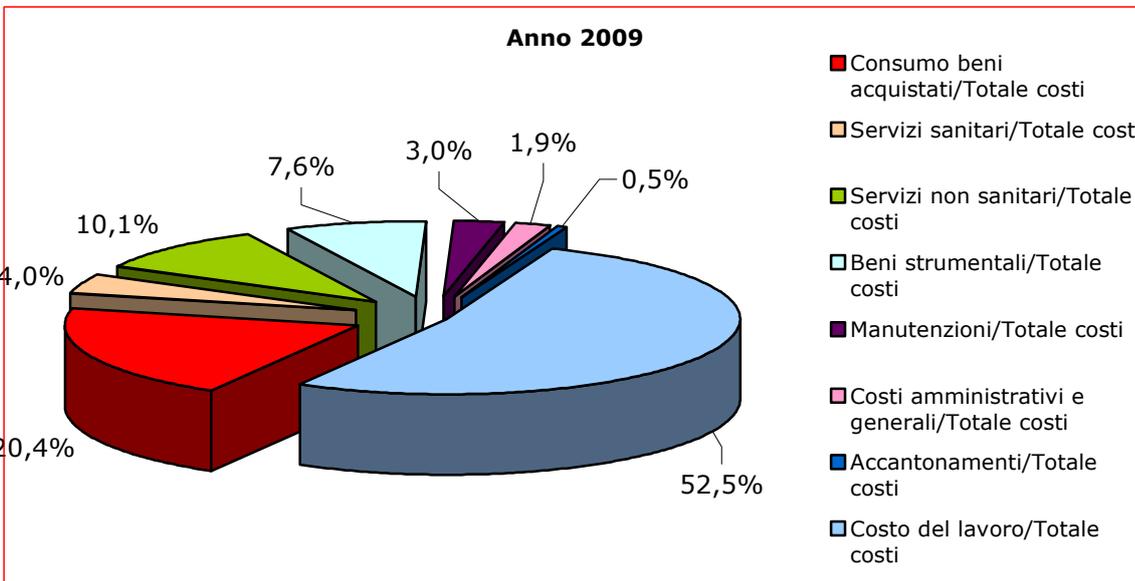
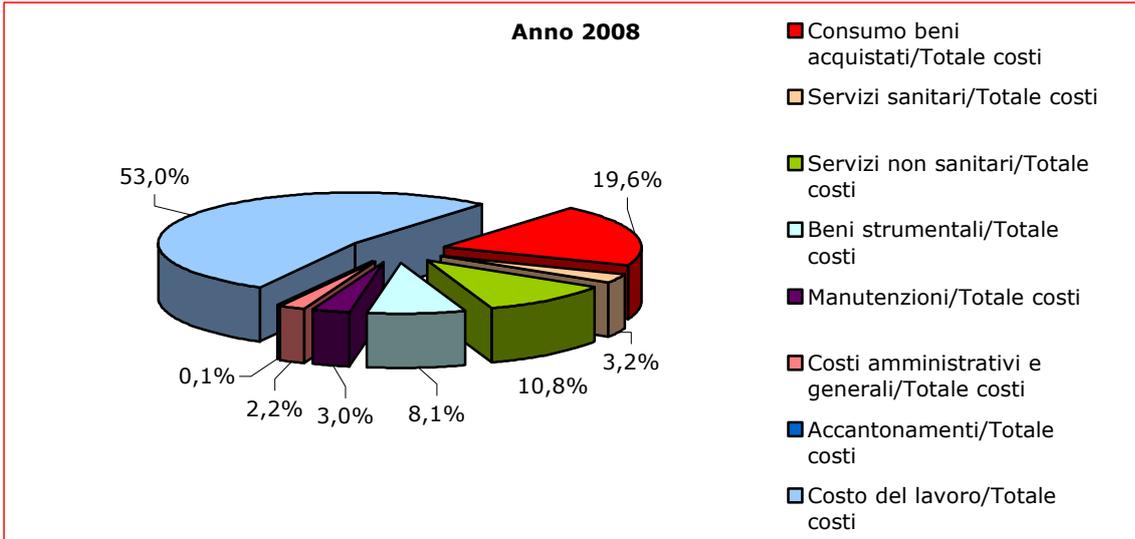
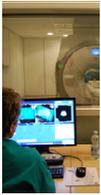
Per quanto riguarda i costi amministrativi, in sede di previsione non erano state inserite le valorizzazioni relative alle dotazioni necessarie allo svolgimento dei programmi di ricerca Regione - Università per i quali erano state assegnate risorse alla fine dell'esercizio 2007. I ricavi sono contabilizzati 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:

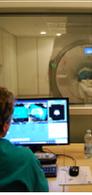


Tabella 3 Farmaci in compensazione economica "File F", confronto 2009-2008

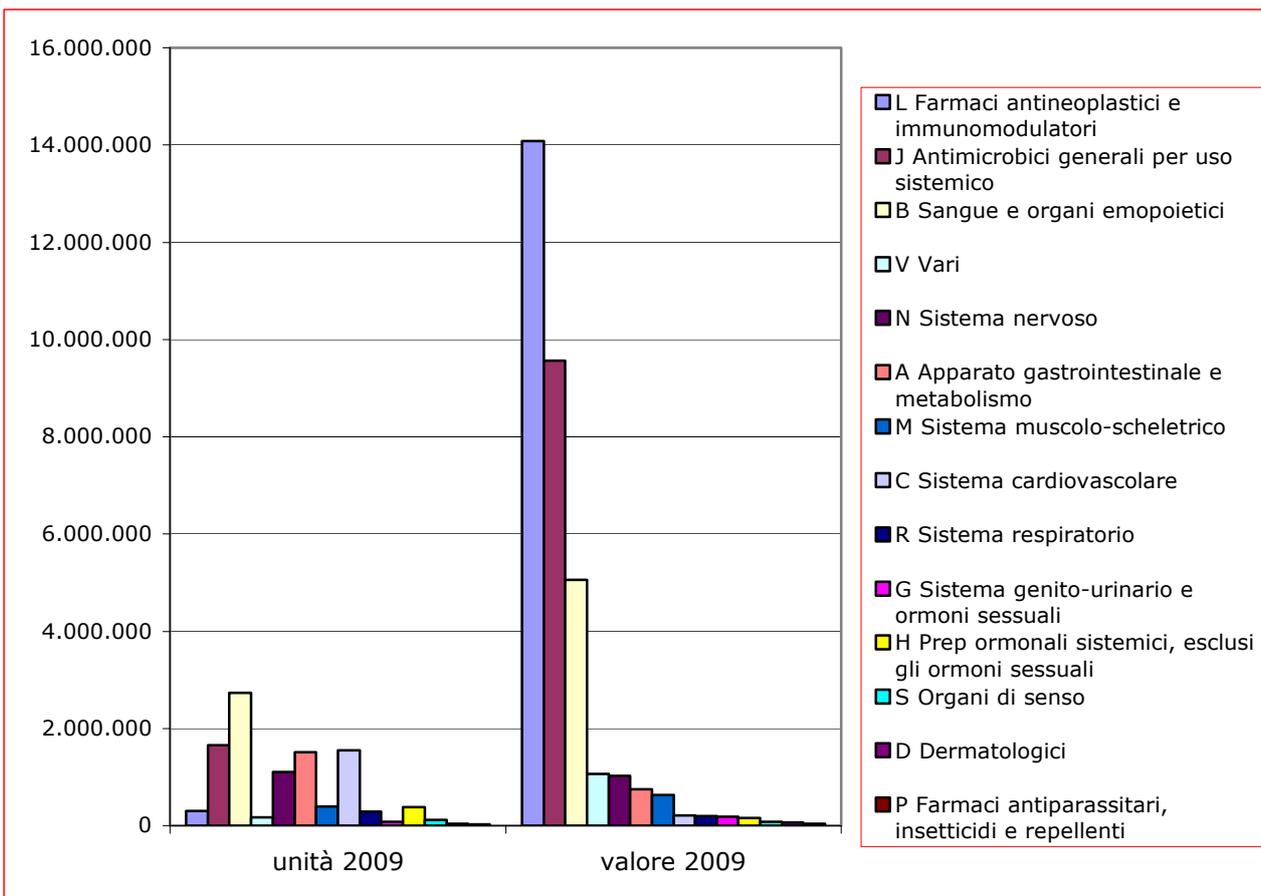
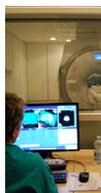
	Anno 2008	Anno 2009	Differenza
	Percentuale sul valore totale	Percentuale sul valore totale	
Dimissione Degenze	3%	2%	-1%
Ambulatoriale	68%	65%	-3%
DH	11%	11%	-
Fattori della Coagulazione	4%	8%	4%
Circ. 3/07 DH	14%	13%	-1%
Circ. 3/07 regime ordinario	1%	1%	-

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		

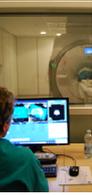
N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali. Non sono presenti i farmaci privi di classificazione ATC (es. alcuni farmaci galenici, farmaci esteri eccetera)



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.

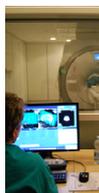
Gli antimicrobici hanno fatto registrare un aumento della spesa del 9,2 % rispetto al 2008 addebitabile in particolare ai farmaci per la cura dell'HIV sempre più ad alto costo.

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.

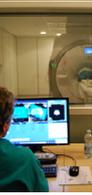
Recuperi sono stati registrati nelle categorie dei farmaci del sistema gastro-intestinale, cardiovascolare, respiratorio, del sistema genito-urinario, dei preparati ormonali e dei farmaci dermatologici.

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 mg E.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 sub. 1,5 gr E.V. Ampicillina sub. 3 gr E.V. Ampicillina sub. 1,5 gr. I.M. Amoxicillina clav. 1,2 gr E.V. Amoxicillina clav. 2,2 gr E.V.		100 % Ampicillina sub.	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.

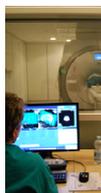
Il dettaglio dei primi 30 farmaci in ordine decrescente di spesa nell'anno 2009 ed il loro rapporto differenziale con l'anno 2008 è illustrato nella seguente tabella. Come si può notare, le 30 molecole sono in gran parte appartenenti alle tre categorie terapeutiche (ATC) prime come valore economico di 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 rilevanti in riferimento alle molecole a maggior induzione di aumento di spesa, sono le molecole antiproliferative, 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	ABACAIR 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	
	<i>totale etanercept (tranne artrite reumat infantile)</i>				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	
	<i>totale Fattore VII ricombinante</i>			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	

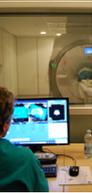
N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

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 immunosoppressivi 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



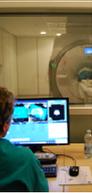
(rmp)TEMOZOLOMIDE 100MG CP X OS (TEMODAL)	1280	1.880	-600	95857,09	140.651	-44.794
DOXORUBICINA LIPOSOMIALE PEGILATA 2MG/ML FL 10 ML	283	468	-185	86483,13	142.978	-56.495
BEXAROTENE 75 MG CP PER OS	5200	4.100	1.100	51622,64	40.702	10.921
(rmp)TEMOZOLOMIDE 250 MG CP X OS (TEMODAL)	270	480	-210	50549,36	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 immunosoppressori 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 finali

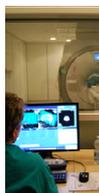


Tabella 7 Biologici per artrite reumatoide in pediatria

	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

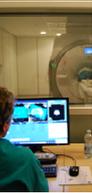
	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
ECULIZUMAB MG 300 FL ML 30 EV	134	38	96	548.991	147.258	401.733

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

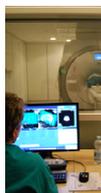
N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA e sono comprensivi delle rimanenze finali

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:

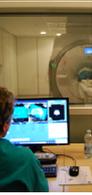
DESCRIZIONE PRINCIPIO ATTIVO	Numero unità 2009	Numero unità 2008	Differenza	Valore 2009	Valore 2008	Differenza
LEVOFLOXACINA FL EV MG 500 100ML	21.592	18.352	3.240	449.129	381.863	67.266
TEICOPLANINA FL.MG 200 IM E EV	22.227	29.018	-6.791	404.700	534.349	-129.649
PIPERACILLINA 4 G+TAZOBACTAM 500 MG FL 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

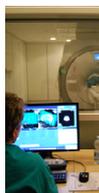


Dal settembre 2009 sono stati posti sotto monitoraggio intensivo gli antibiotici ad alto costo Daptomicina, Ertapenem, Linezolid, Meropenem, Pipecillina Tazobactam, Teicoplanina, Tigeciclina tramite l'utilizzo di richiesta dedicata motivata personalizzata. La misura si è rivelata già efficace per una 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

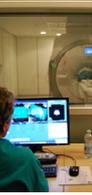
La classe dei farmaci antiHIV ha determinato l'84% di aumento del consumo e della spesa dell'intera categoria degli antinfettivi generali che peraltro sono a completa compensazione economica. In dettaglio, il consumo e la spesa dei farmaci per la cura dei pazienti affetti da HIV nel confronto 2008/2009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

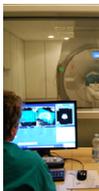
Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica dei flussi monetari (modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie) dell'Azienda nell'esercizio 2009 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento di tali flussi.

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.

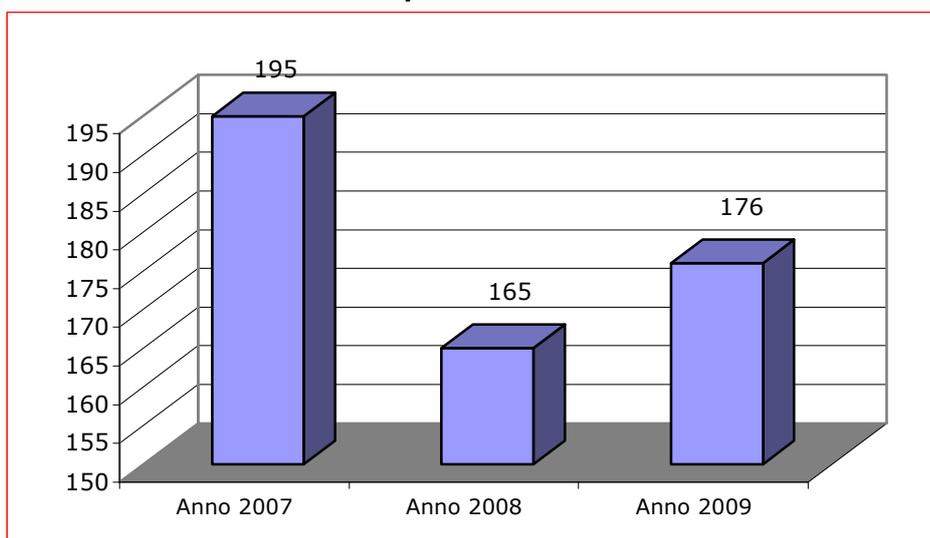
RENDICONTO DI LIQUIDITA' - FONTI-IMPIEGHI - 2009	
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	
a) Cassa	3.063
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	0
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	-17.561.867
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	-17.558.804
GESTIONE CORRENTE	
a) Risultato 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

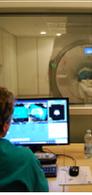


b) di immobilizz. finanziarie e varie	
2) FONTI per nuovi finanziamenti	5.100.342
a) da mutui	0
b) da altri finanziamenti diretti	5.100.342
c) da contributi in c/capitale	0
TOTALE FONTI	5.228.514
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-28.889.111
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-28.889.111
b) in 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:

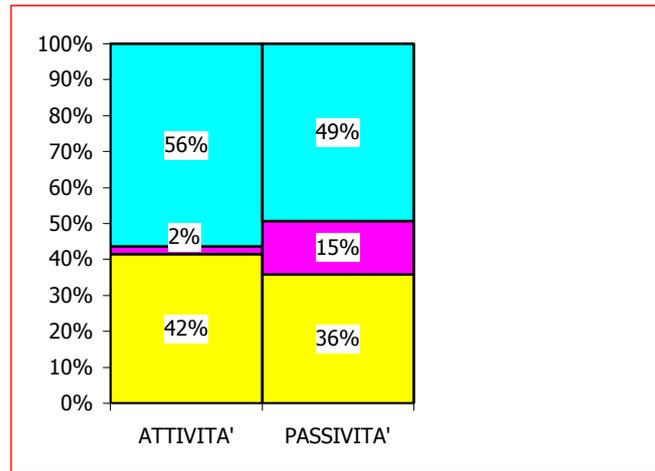
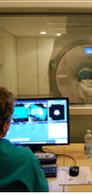
ATTIVITA' - INVESTIMENTI		2007	2008	2009
A)	ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)			
I	LIQUIDITA' IMMEDIATE			
01	Istituto Tesoriere parte corrente	0	0	0
02	Conto corrente postale	0	0	0
03	Denaro e valori in cassa	3	3	2
04	Banca d'Italia conto capitale	0	0	0
I	TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	3	3	2
II	LIQUIDITA' 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



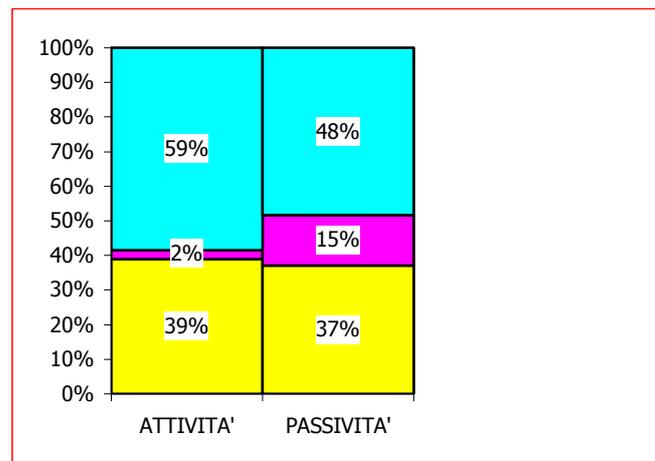
D)	PASSIVITA' - FINANZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)	2007	2008	2009
VII)	FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE			
01	Mutui quota corrente	4.157	4.296	2.977
02	Debiti verso Regione	3.578	0	0
03	Debiti verso Enti locali	0	0	0
04	Debiti verso Aziende Sanitarie	14.900	22.625	16.415
05	Acconti da clienti	0	0	0
06	Debiti 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	Contributi 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:

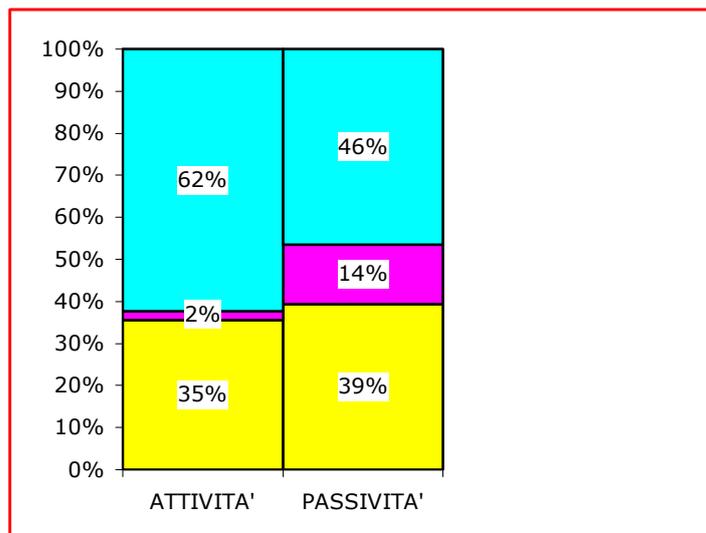
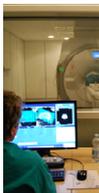
	2007		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	42%	36%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	56%	49%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



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

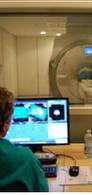
I lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga sono tuttora in corso. Si prevede di concluderli entro dicembre 2010. A conclusione dei lavori la struttura sarà ceduta all'Azienda USL di Parma che, già nel corso dell'esercizio 2009, ha acquisito la titolarità della funzione.

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

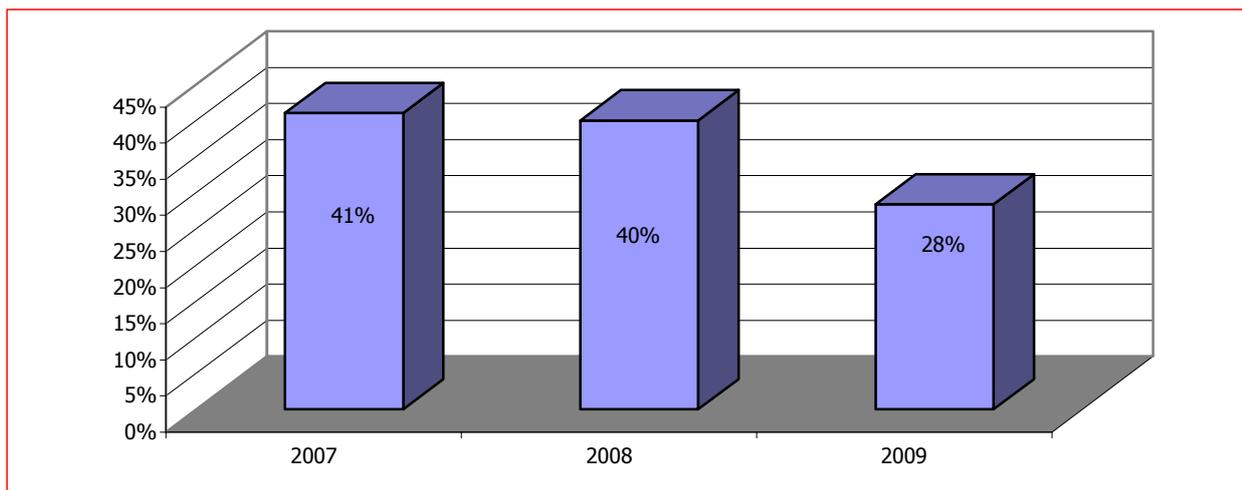
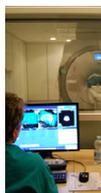
Per il rinnovo ordinario di attrezzature, arredi e informatica e per le manutenzioni straordinarie di immobili e impianti è stato possibile dar corso nel corso dell'esercizio 2009 a investimenti per un ammontare di oltre 3,2 milioni di euro.

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%

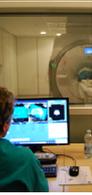


I nuovi investimenti effettuati nel triennio 2007-2009 ammontano, per singola tipologia, a:

	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.



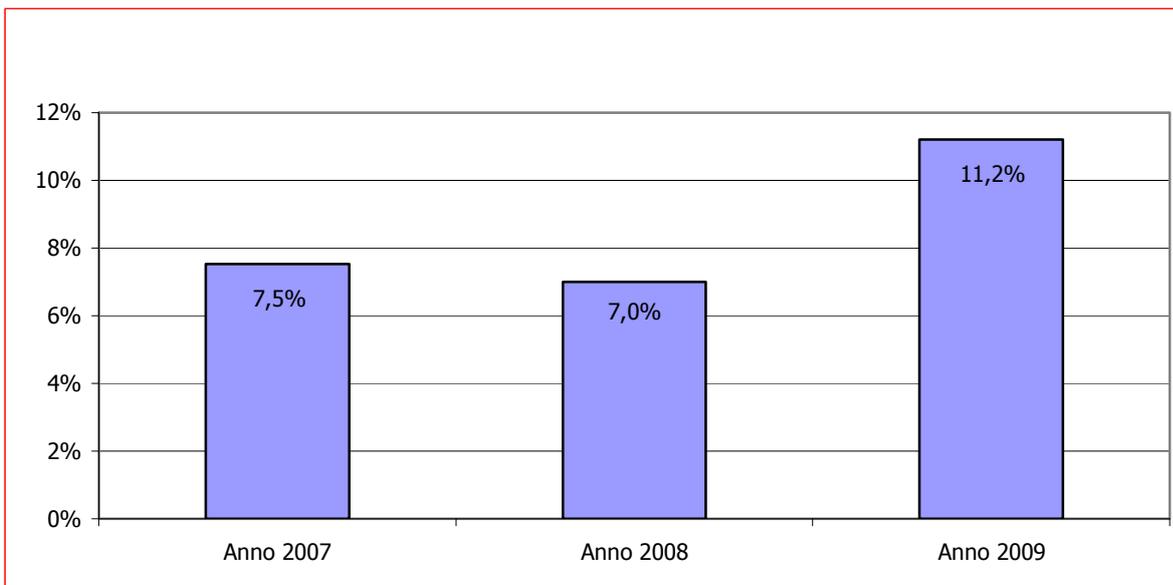
Le tipologie relative alle immobilizzazioni materiali in corso e acconti e alle attrezzature sanitarie presentano nell'esercizio 2009 un consistente valore positivo alle acquisizioni di esercizio.

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%

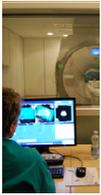
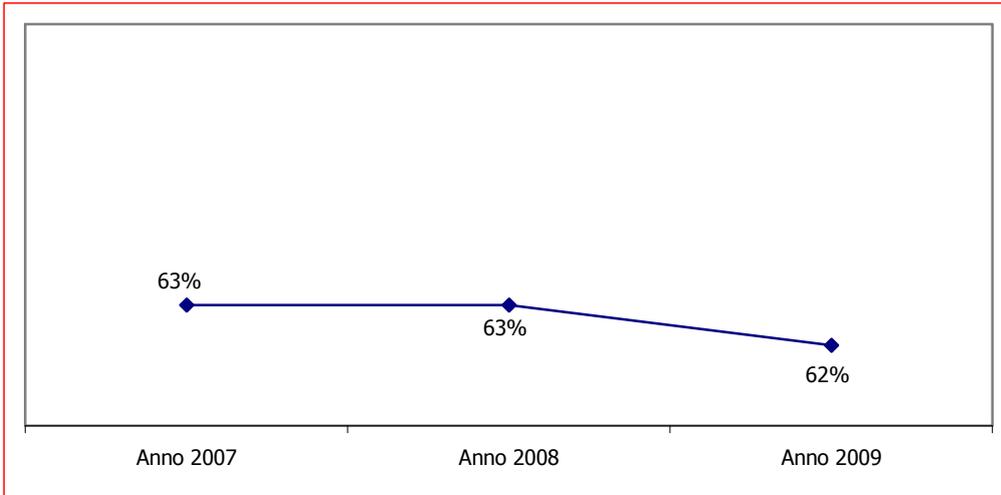
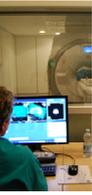


Grafico 5 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale



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.

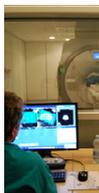
“L’aggiornamento al 30 settembre 2009 dei dati congiunturali per l’occupazione dipendente, nelle unità locali delle imprese e delle istituzioni residenti in provincia di Parma, mostra per il complesso dell’economia provinciale una interruzione della caduta della domanda di lavoro e della distruzione 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 cui 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. ...

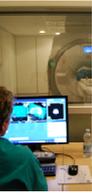
A riprova definitiva che la nuova fase di ridimensionamento degli organici da parte delle imprese sta per compiere un «salto di qualità», vi è forse la maggiore discontinuità rispetto alla situazione monitorata in precedenza, che registrava la massima concentrazione dei posti di lavoro perduti nell'area 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

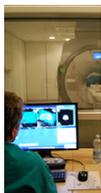
Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
2009	3.136,9	1.200,6	4.337,5	2.124,1

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.

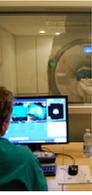
Oltre a strumentazioni sanitarie di vario genere (irradiatore a raggi x per emocomponenti, monitor per il monitoraggio e la misurazione di parametri vitali, ecografi, una cabina pletismografica, un enteroscopia ad alta definizione "single balloon", eccetera), le donazioni riguardano anche aspetti meno 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 "separatista" 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.

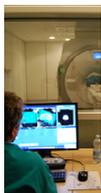
Il codice, già presentato in queste pagine nella precedente edizione in quanto realizzato appunto alla fine del 2008, prevede la figura del consigliere di fiducia, preferibilmente di sesso femminile, al quale la vittima di molestie può rivolgersi per consigliarsi sulla modalità più idonea per il suo 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.

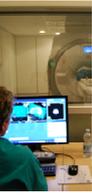
Il contributo dei ragazzi in particolare è stato molto significativo in quanto ha permesso a ciascuno di loro di trovare risorse e canali personali di interpretazione / espressione.

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 strutturare 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 (premiatura 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 oncematologia 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

Lecture 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.



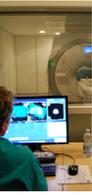
Il progetto di promozione della lettura e del libro nel contesto ospedaliero è in crescita in termini culturali ed educativi.

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, aasettico, 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.

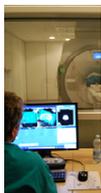


Ripensare la nascita, ripensare il futuro

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 articolati 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.Yaginuma e Cristina Melis, il coro delle Voci Bianche della Corale Verdi di Parma, diretto da Beniamina Carretta, e la poetessa Patrizia Fazio.

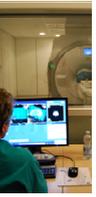
Il ricavato dell'iniziativa contribuirà alla costruzione, presso l'Ospedale, di una culla per l'abbandono protetto. La culla, già realizzata in altre città d'Italia, è una struttura in cui le madri che non vogliono o non possono riconoscere il proprio figlio, hanno la possibilità di lasciare il bimbo 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 cittadinanza. 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.

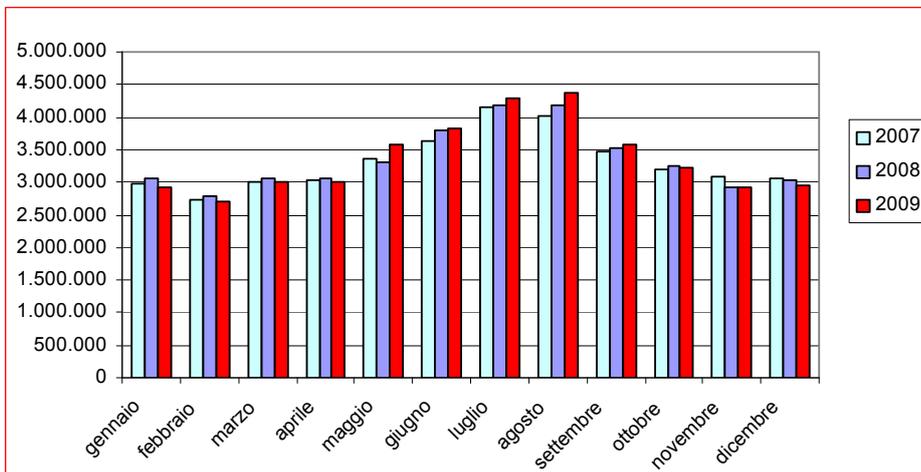
Con l'obiettivo di ridurre, all'interno dell'area ospedaliera, le emissioni nocive prodotte dalla circolazione di automezzi a combustione e principalmente di veicoli alimentati a gasolio o benzina, gli appalti di servizi che prevedono trasporto di persone o cose con utilizzo di automezzi vengono attualmente predisposti ed aggiudicati prediligendo mezzi a basso impatto ambientale e prevedono, in particolare, un elevato punteggio per i progetti-offerta che propongano *veicoli di tipo elettrico*.

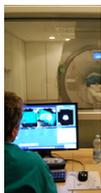
Nel 2009, è stato aggiudicato il servizio di trasporto pazienti da Pronto Soccorso e tra Padiglioni Ospedalieri. Il progetto dell'aggiudicataria prevede un parco ambulanze totalmente di tipo elettrico e quindi ad impatto ambientale nullo, ossia "zero emissioni" in atmosfera di CO₂ e di polveri sottili. 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 termoisolometrico 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.

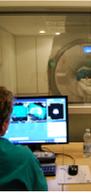
In tema di consumi energetici, è proseguita la campagna sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda ponendo particolare attenzione alle segnalazioni e suggerimenti da parte dei dipendenti trasmessi con l'indirizzo e-mail iospengolospreco@ao.pr.it.

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.

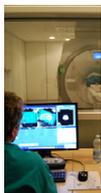


L'obiettivo di miglioramento della qualità del servizio offerto riguarda, in particolare, la puntualità della consegna, l'affidabilità del servizio, la tracciabilità dei prodotti, l'analisi e la conservazione dei dati. Un ulteriore aspetto relativo alla qualità del servizio riguarda il governo clinico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

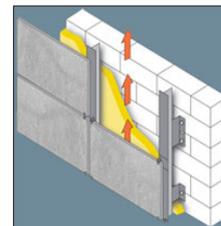


Il progetto di logistica integrata, infatti, comporta il miglioramento delle funzioni gestionali, l'ottimizzazione delle procedure e l'impiego efficiente delle persone, adottando tecnologie innovative. La sicurezza deriva da un'efficiente organizzazione delle aree per lo stoccaggio dei materiali (con 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.

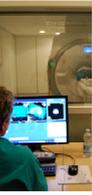


La riflessione dei rumori esterni sarà realizzata ad opera degli strati di paramento, degli intercapedini e degli isolanti che determineranno assorbimento acustico.

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 Territoriale 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

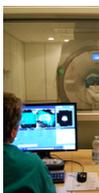
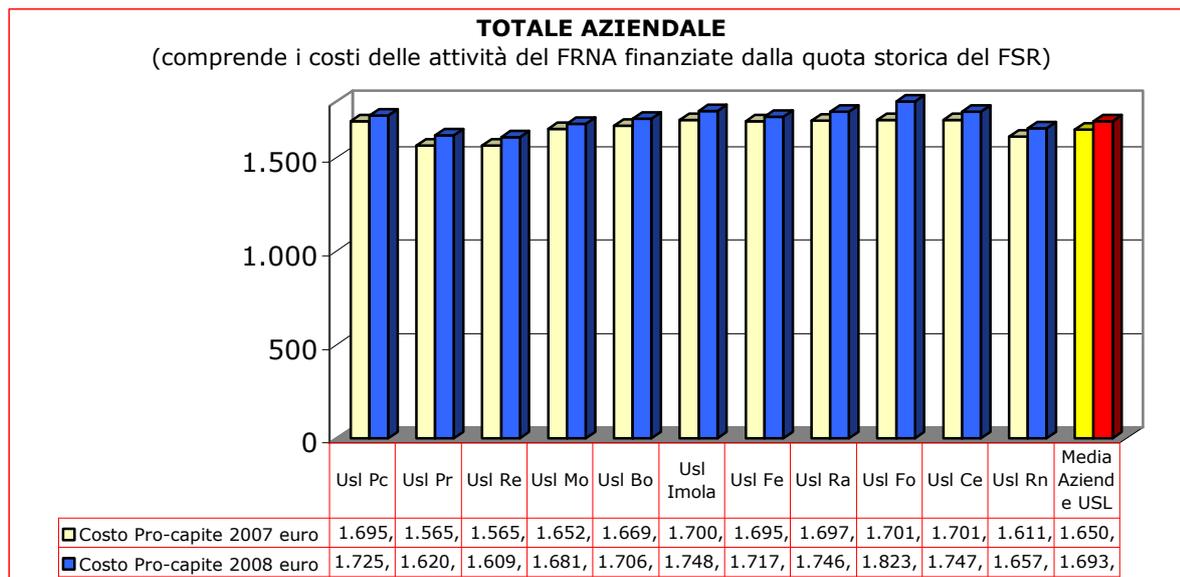


Grafico 1 Totale sistema provinciale, anni 2007-2008



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.

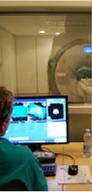
In particolare, per il programma di screening per la prevenzione del tumore della mammella, nell'anno 2009 si evidenzia rispetto al 2008 una diminuzione del numero di prestazioni eseguite con il mammotome (-15) pari a -12% e del numero degli interventi chirurgici (-6) pari a -10%. Per quanto riguarda 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.

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

Tumore del collo dell'utero		2008	2009	Var %
	Pap test	219	209	-6%
	Colposcopia	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.

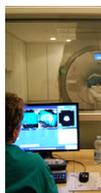


Tabella 2 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2007

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%	

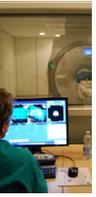


Tabella 3 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2008

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 trasfusio.	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-Prelevi	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%	

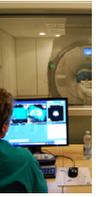


Grafico 5 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale delle prestazioni a livello provinciale

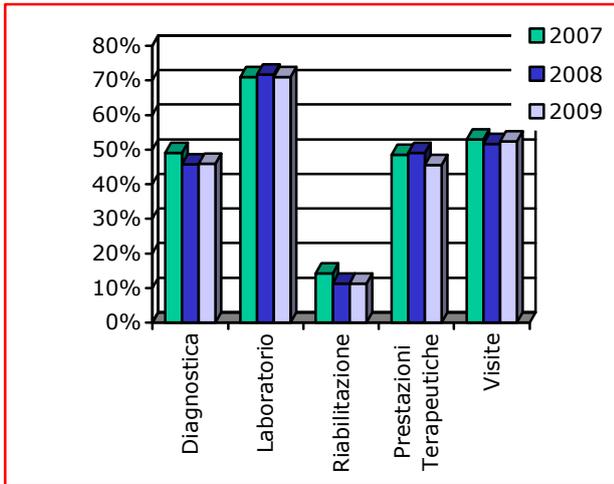
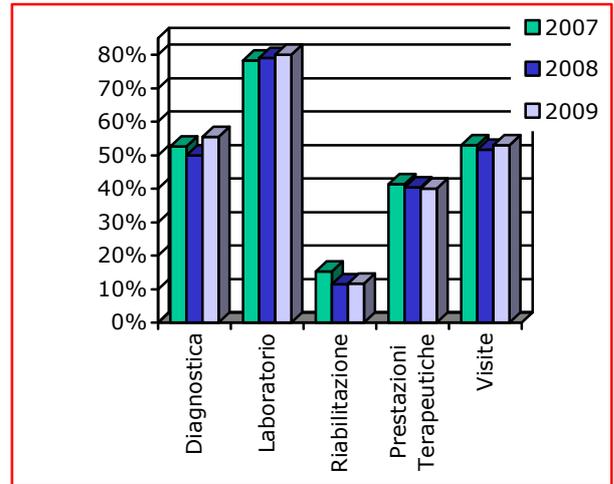


Grafico 6 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale



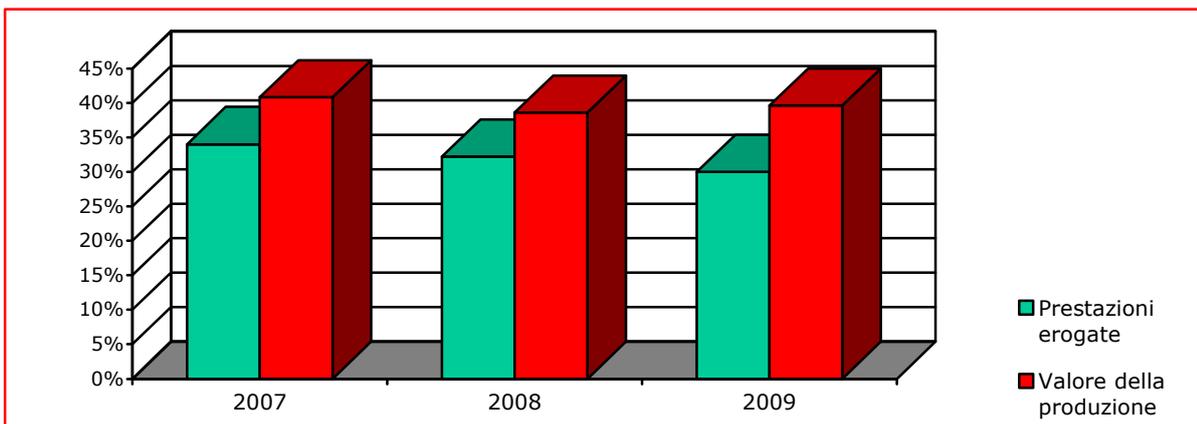
Valore e volumi delle prestazioni critiche (su totale produzione provinciale)

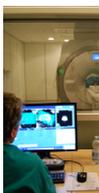
Nell'ambito della produzione aziendale rispetto a quella provinciale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2007-2009 per le prestazioni critiche, rispetto ai tempi di attesa, ha avuto un trend in incremento, in termini assoluti, di volume di prestazioni erogate. A fronte di una variazione 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

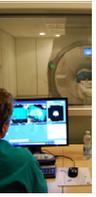


Grafico 8 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta, anno 2008

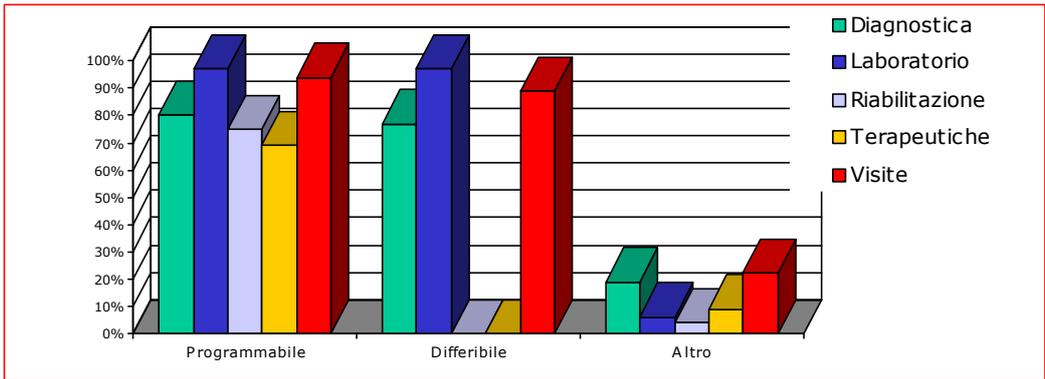
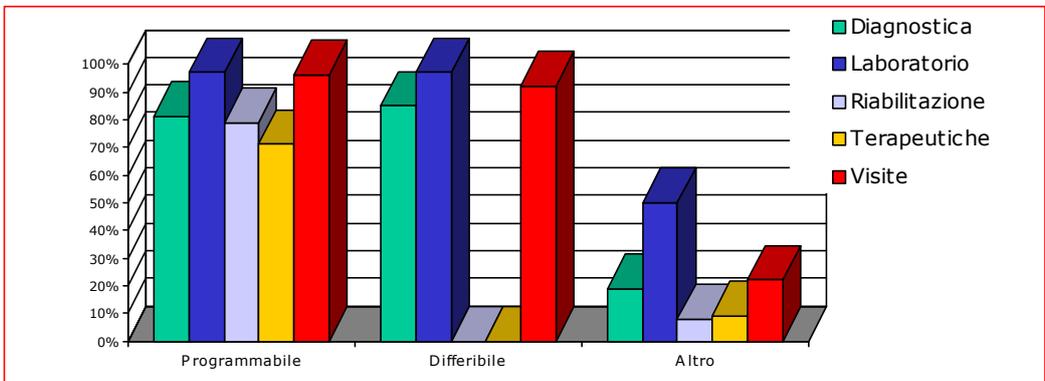


Grafico 9 Percentuale di prenotazioni a CUP sul totale delle prestazioni in prenotazione e in accettazione diretta, anno 2009



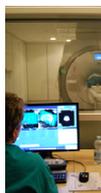
Percentuale valori e volumi prestazioni erogate con modalità Day Service su volumi e prestazioni

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 aderenza 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)			
AOU PARMA	Anno 2008	Anno 2009	Var %
	4.687	6.543	40%

Modalità di accesso DAY SERVICE (valore %)		
AOU PARMA	Anno 2008	Anno 2009
	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

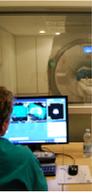


Tabella 11 Tempi di attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del S.S.N. - % prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

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

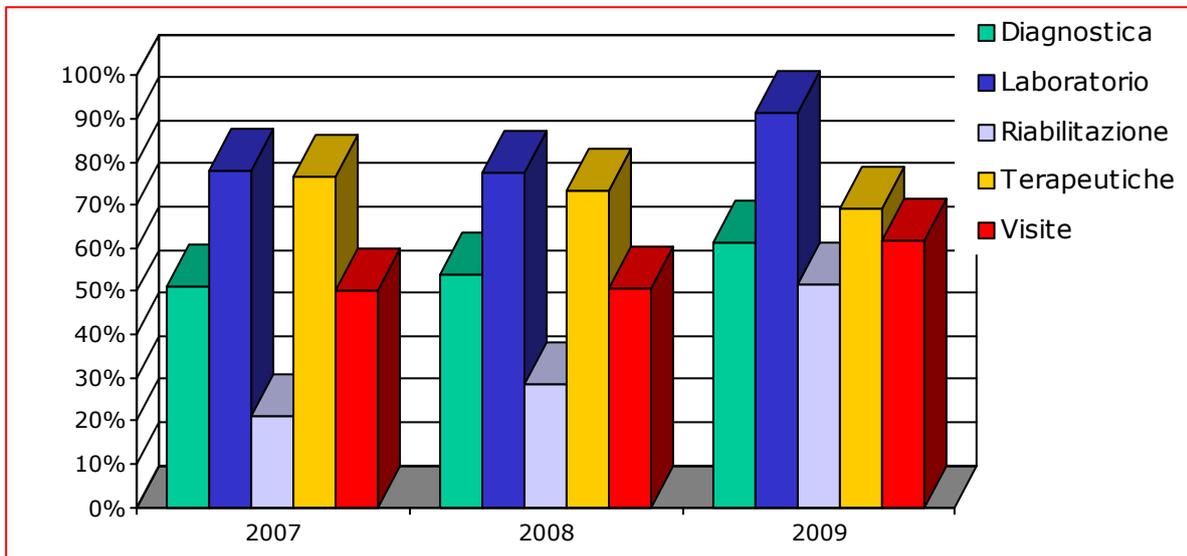
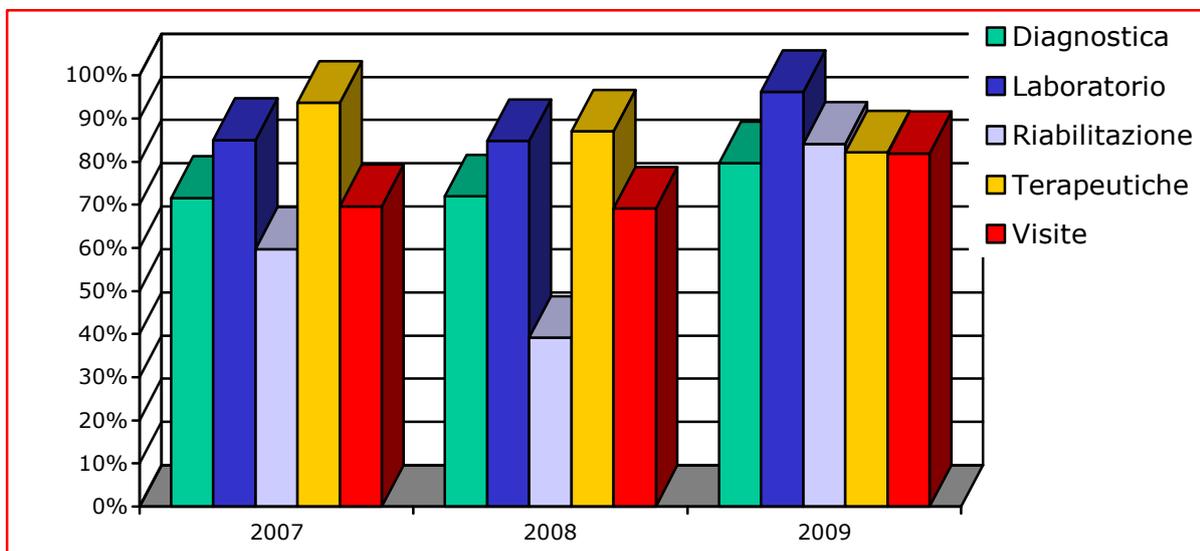
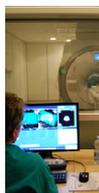


Grafico 11 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 1-60 giorni, anni 2007-2009





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.

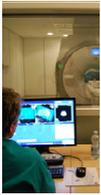


Tabella 16 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2009

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	Riabilitazi one	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-

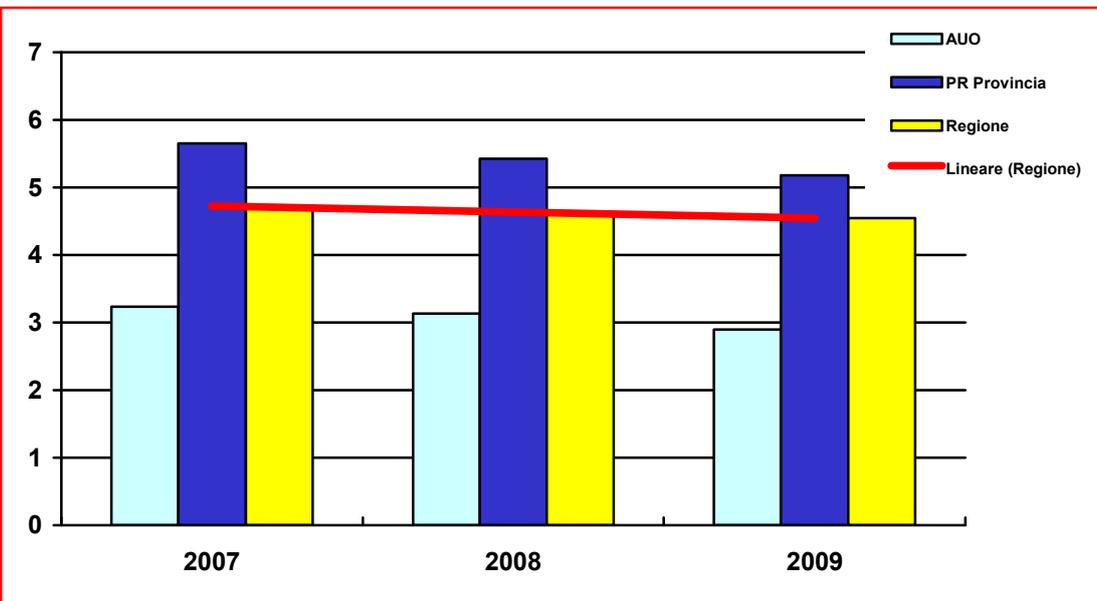
Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo quelli accreditati

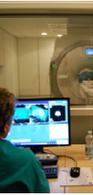
Nota: non è stata inserita la colonna relativa ai posti letto di riabilitazione non accreditati che in regione sono presenti solo nei presidi della provincia di Bologna per un totale di 27 posti letto.

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

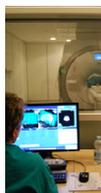


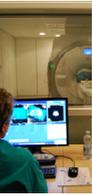
Tabella 19 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub - regime ordinario, anno 2009

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

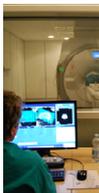
Alle funzioni Hub ufficialmente riconosciute, si affiancano, nella realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Unità Operative d'eccellenza, così definite per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa. La capacità di attrazione di queste unità operative è un indicatore proxy 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'AOU 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 Cardiocirurgia	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 Cardiocirurgia	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

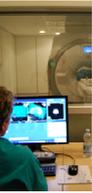


Tabella 25 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

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 Cardiocirurgia 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	Cardiocirurgia	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	Neonatalogia 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

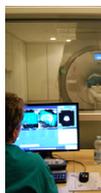
Tabella 27 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Parma per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

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%

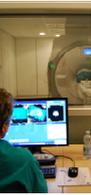


Tabella 30 Ricoveri per fibrosi cistica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

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.

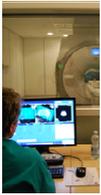
Tabella 31 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP, anno 2009

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

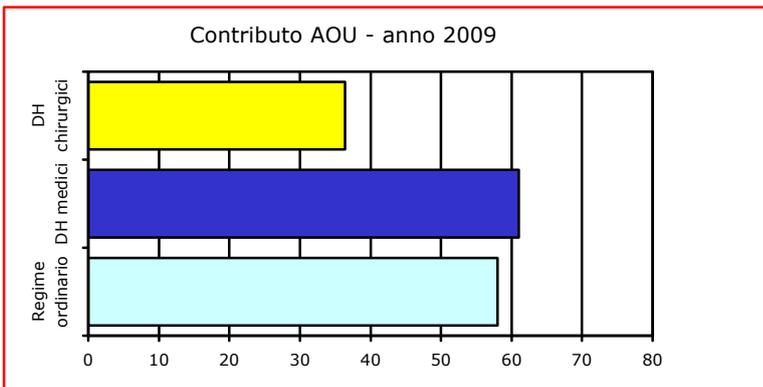
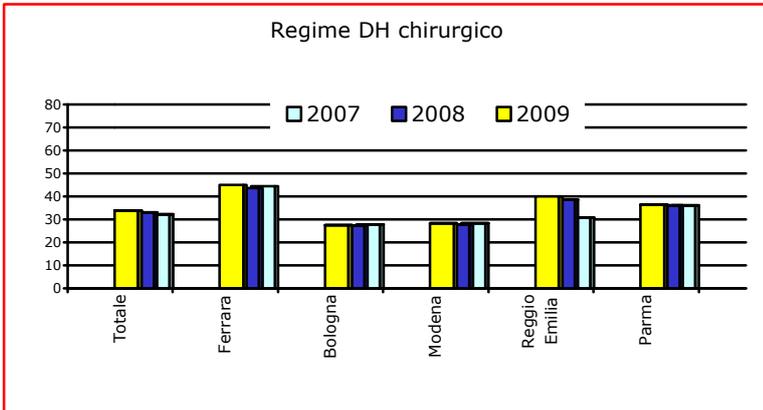
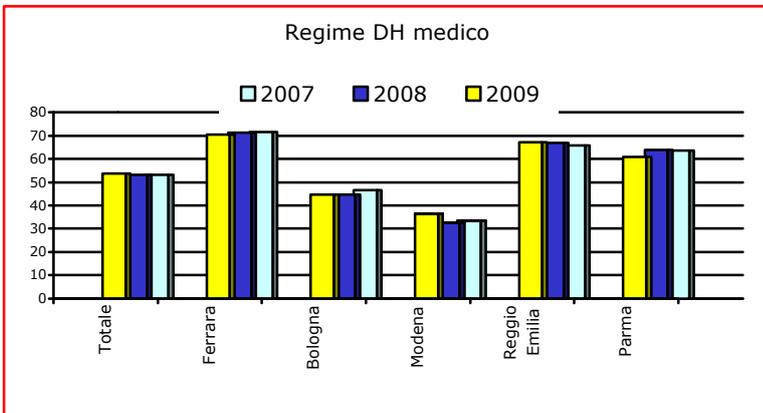
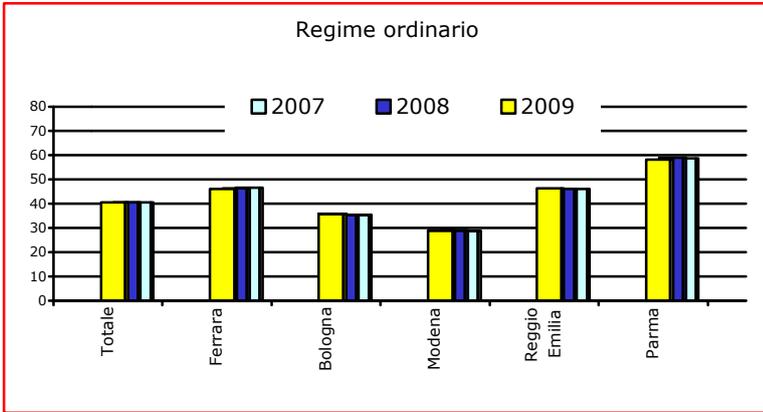
Tabella 32 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

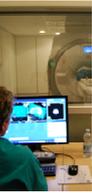
Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2007	137,50	58,50	23,10	63,70	24,92	36,10
2008	136,15	58,8	24,15	63,80	23,30	36,20
2009	131,15	58	24,9	61	24,48	36,4

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, anni 2007-2009

	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

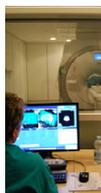


Tabella 36 Numero casi chirurgici sul totale dei ricoveri Aziende ospedaliere dell'Emilia-Romagna, anno 2009

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.

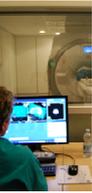


Tabella 38 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2007-2009

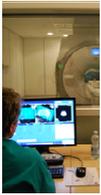
Disciplina	2007		2008		2009	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
008-Cardiologia	2,09	1,21	2,07	1,18	1,52	1,09
009-Chirurgia Generale	1,52	1,11	1,49	1,1	1,44	1,08
026-Medicina Generale	1,14	1,1	1,14	1,1	1,18	1,14
036-Ortopedia e Traumatologia	1,24	0,96	1,25	0,96	1,29	1,00
049-Terapia Intensiva	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 inappropriata organizzativa. Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. La quota di ricoveri potenzialmente inappropriati nell'AOU di Parma si è mantenuta nel triennio pressoché costante ed è del tutto sovrapponibile alla media regionale.

Tabella 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).

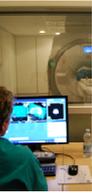
2. Area cardiovascolare

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.

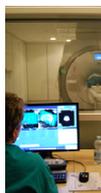


Tabella 42 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 1532/2006 Regione Emilia-Romagna, anno 2009

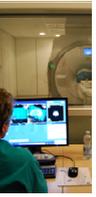
Regione Emilia-Romagna		Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
Area oncologica											
Chemioterapia (dh)	Az.USL+Privato	10.360	6.775	7	34,6	95,8	98,7	99,1	99,2	99,3	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

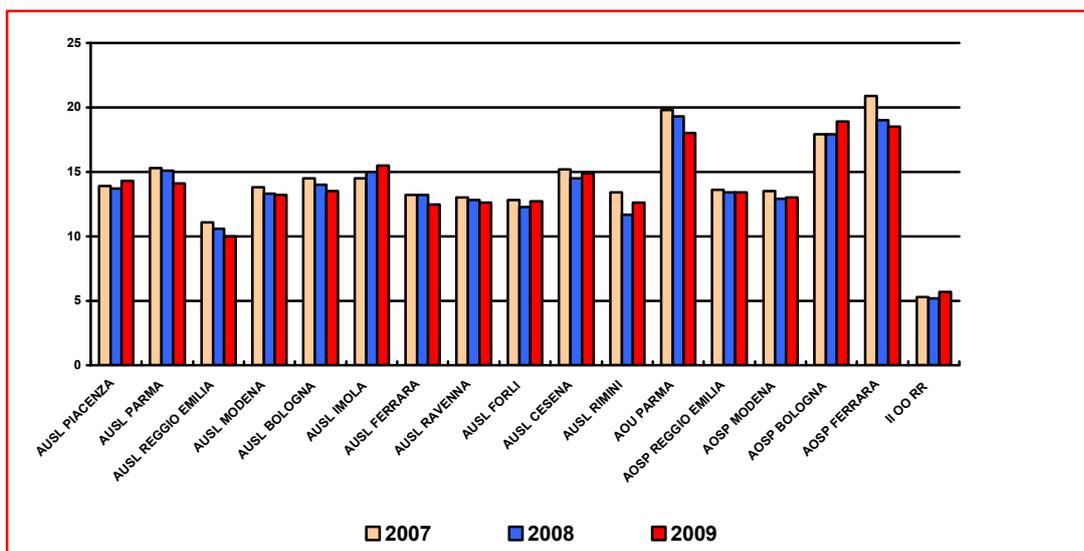
Nell'anno 2009 presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono stati registrati 82.088 accessi registrando un lieve incremento rispetto al 2008 (0,5%). È importante sottolineare che dagli accessi al Pronto Soccorso qui riportati sono esclusi i casi oculistici, pediatrici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

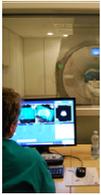
Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assorbe il 68 % di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che è andata incrementando nel corso degli ultimi tre anni.

Tabella 43 Accessi in PS , anni 2007-2009

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		

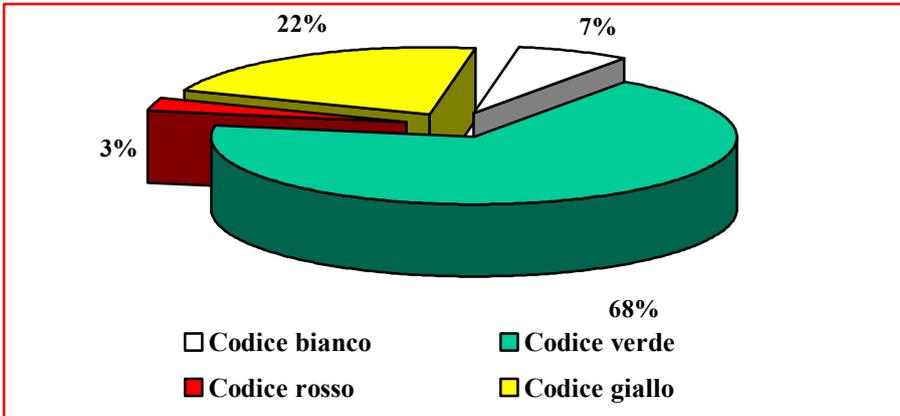
Grafico 14 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto tra le Aziende sanitarie regionali, anni 2007-2009





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%	

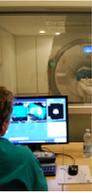
Piano sangue

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

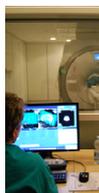
E' in corso di implementazione l'informatizzazione tra la sede ospedaliera e le sedi di raccolta periferiche.

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.

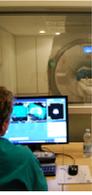


Tabella 48 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2006- 2009

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 ABO 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.

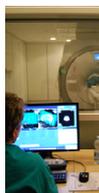


Tabella 50 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

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

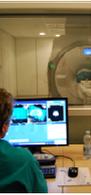
(per i contenuti dell'Accordo di fornitura si veda il paragrafo "Accordo di Fornitura" del capitolo 1 del presente volume)

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 GROUPE) nell'anno 2009, con la versione 24°, esplose in 6 diversi DRG per questo il confronto è 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°, esplose 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

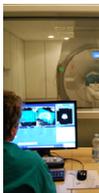
Casa di Cura	2009	2008	Atteso 2009	Atteso 2008	Variazione rispetto all'atteso 2009	Variazione rispetto all'atteso 2008
CITTA' DI PARMA	645	561	645	709	0	-148
PICCOLE FIGLIE	194	156	152	111	42	45
VAL PARMA	154	136	150	113	4	23
Totale	993	853	947	933	46	-80

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

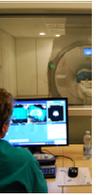


Tabella 57 Monitoraggio delle prestazioni critiche residenti di Parma, anni 2008-2009

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%

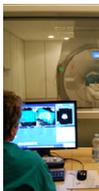
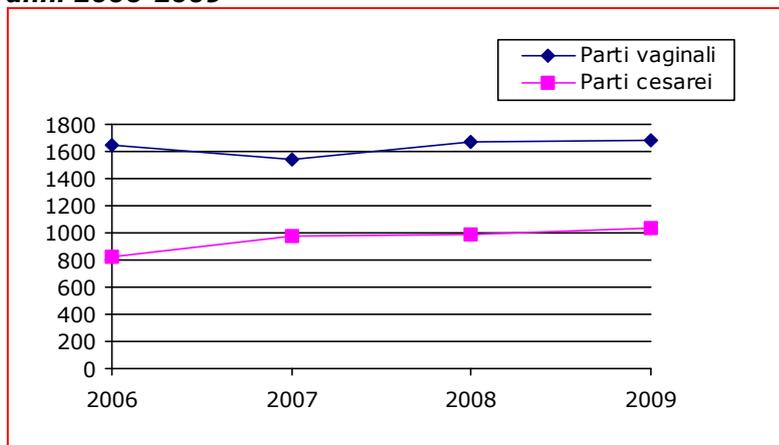


Grafico 16 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: parti cesarei e parti vaginali, anni 2006-2009



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

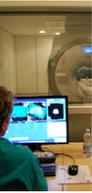
Per quel che riguarda un altro indicatore della qualità dell'assistenza ospedaliera, ovvero la mortalità intraospedaliera per interventi chirurgici a basso rischio, si evidenzia dalla tabella 60 un decremento della casistica, complessivamente 2 casi nel 2009 contro gli 8 dell'anno precedente. Tale casistica 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	.	.
Lamnectomia	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.

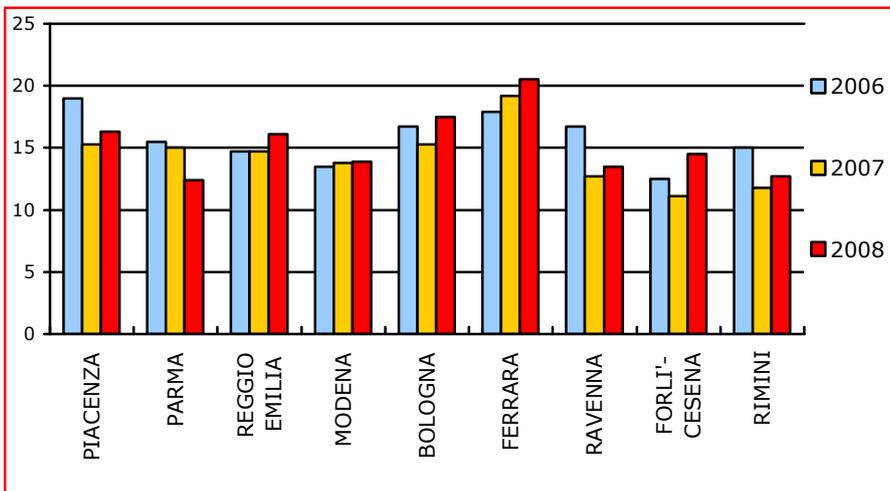
Tabella 61 Mortalità per infarto miocardico acuto

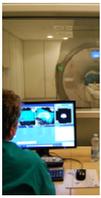
Provincia di ricovero	2006	2007	2008*
Piacenza	19	15,3	16,3
Parma	15,5	15,0	12,4
Reggio Emilia	14,7	14,7	16,1
Modena	13,5	13,8	13,9
Bologna	16,7	15,3	17,5
Ferrara	17,9	19,2	20,5
Ravenna	16,7	12,7	13,5
Forlì'-Cesena	12,5	11,1	14,5
Rimini	15	11,8	12,7
Totale	15,6	14,4	15,2

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.

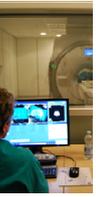
La sinergia tra l'ambito accademico e quello assistenziale si realizza anche con programmi di didattica mirati alla crescita professionale di studenti e specializzandi relativamente alla loro capacità di condurre ricerca in modo metodologicamente corretto. L'Unità Operativa Ricerca e Innovazione, creata 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 "Governare la ricerca e innovazione" del presente volume.

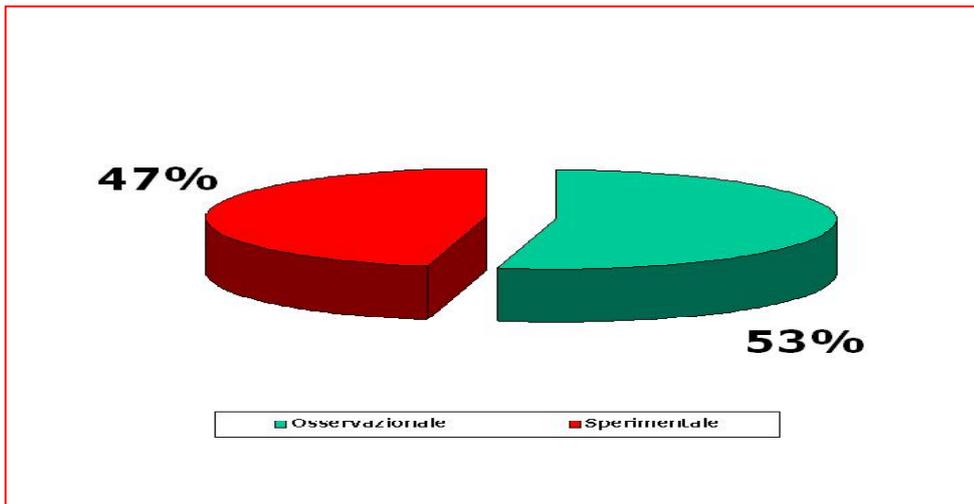
Complessivamente sono stati avviati, nel 2009, 197 progetti di ricerca, nel 60% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento, sia nel numero di progetti attivati (+13, pari a +7%) sia nella quota di progetti 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.

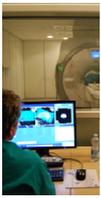


Grafico 2 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno

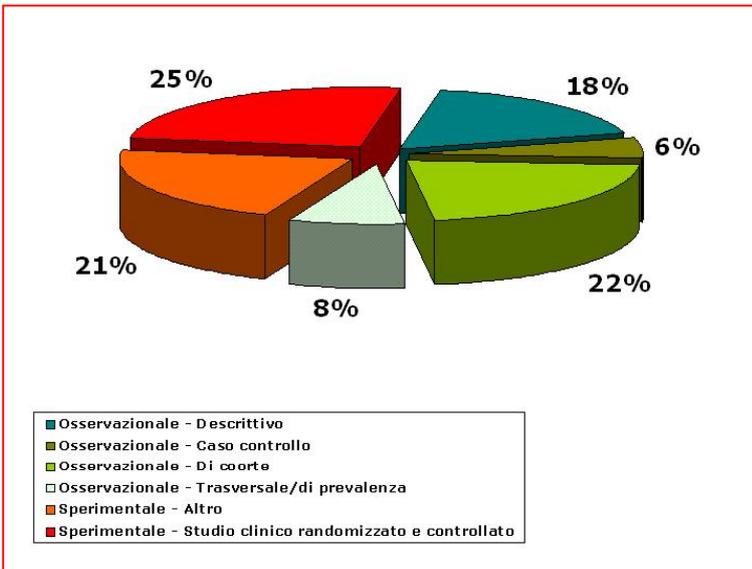


Grafico 3 Numero progetti di tipo osservazionale e sperimentale suddivisi per Dipartimento

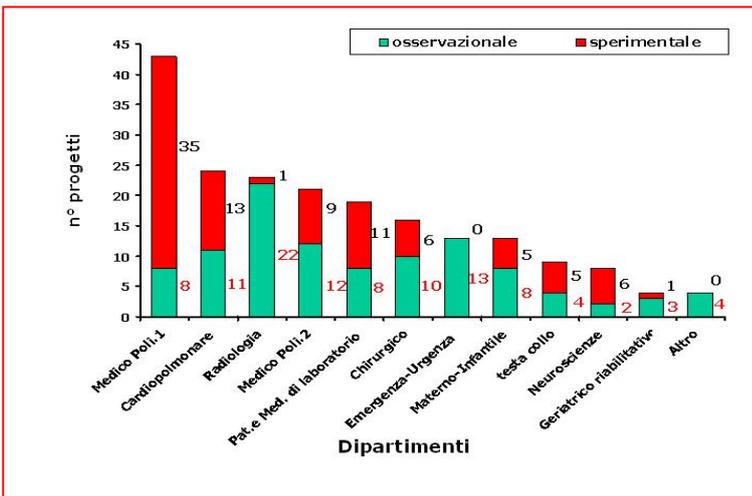
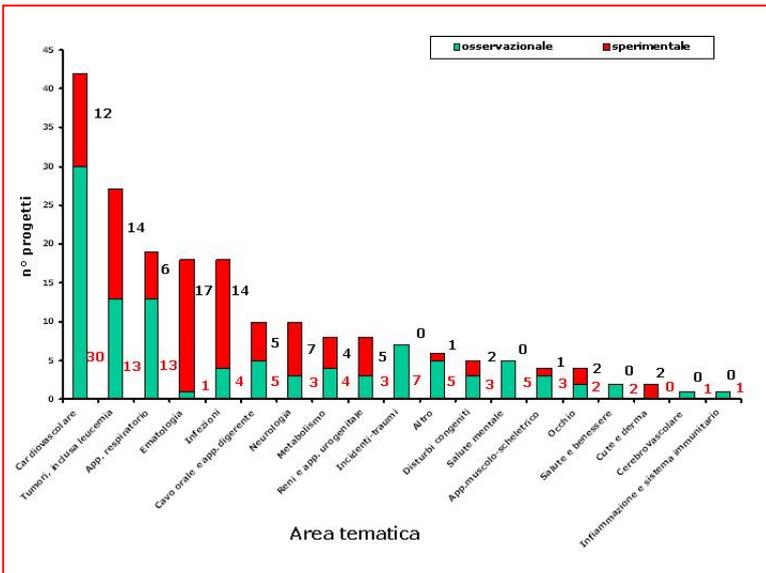
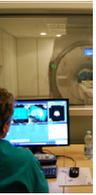


Grafico 4 Numero progetti di tipo osservazionale e sperimentale suddivisi per Area tematica





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

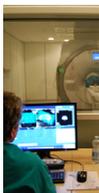
Anno	N° pubblicazioni	Impact Factor grezzo	Impact Factor grezzo medio	Impact Factor normalizzato (IFn)	IFn per professionista
2007	294	731,89	2,49	928,32	1,15
2008	319	684,55	2,15	914,42	1,13
2009	399	885,04	2,22	1068,40	1,37

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 aree 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%
Endocrinologia 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 Polispécialistico 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 Polispécialistico 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 collaboratori (partecipanti che non figurano singolarmente tra gli autori, ma sono componenti di gruppi citati tra gli autori) viene attribuita una quota pari al 20%. Le lettere ottengono un IF ridotto del 50%. Nell'elenco sono stati evidenziati 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.

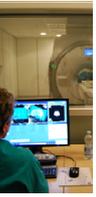
1. Corradi, D; Tchana, B; Miller, D; Manotti, L; Maestri, R; Martorana, D; Callegari, S; Allegri, V; Carano, N; Agnetti, A; Squarcia, U (2009) Dilated Form of Endocardial Fibroelastosis as a Result of Deficiency in Respiratory-Chain Complexes I and IV CIRCULATION 120 (6) : E38-E40 IF=14.595 IF assegnato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



importanza organizzare anche uno screening genetico familiare 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 è 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 ($p=7.44 \times 10^{-13}$; OR=1.15, 95%CI 1.11-1.19), ed ha suggerito l'associazione del locus 12q24.31 ($p=4.81 \times 10^{-7}$; 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 ripervasivo 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 soprasslivellamento 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 soprasslivellamento 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 soprasslivellamento del tratto ST.

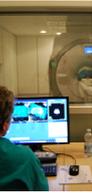
Risultati e ricaduta assistenziale: A 12 mesi, il ticagrelor, confrontato con il clopidogrel, ha mostrato una riduzione relativa del 16% nell'endpoint primario composito costituito da morte per cause vascolari, infarto miocardico, o stroke (9.8% vs 11.7%) (hazard ratio, 0.84; 95% CI 0.77 to 0.92; P<0.001). 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 innate e adattative 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- γ , 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

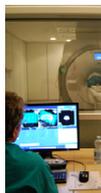
Titolo: Beneficio clinico a distanza dell'impiego degli stent medicati al sirolimus per la rivascolarizzazione dei vasi coronarici di piccolo calibro. Risultati a 24 mesi dello studio SES-SMART

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. È 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.

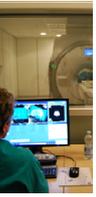
12. Lunghi, P; Costanzo, A; Mazzer, L; **Rizzoli, V**; Levrero, M; **Bonati, A** (2009) *The p53 Family Protein p73 Provides New Insights into Cancer Chemoresponsiveness and Targeting* CLINICAL CANCER RESEARCH 15 (21) : 6495-6502 **IF=6.488 IF assegnato =6.488**

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 hanno 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, né sui normali progenitori ematopoietici né 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 descrizione 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 neutrofilii) 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: Lo 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.

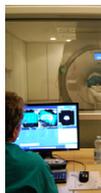
Risultati e ricaduta assistenziale: L'estradiolo è risultato positivamente associato all'interleuchina 6, in modo indipendente dall'età e da patologie croniche. Questi dati, se confermati in altri studi di popolazione, preferibilmente di tipo longitudinale, potrebbero identificare nell'estradiolo un 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

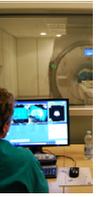
Razionale dello studio: Il mieloma multiplo è una neoplasia ematologica caratterizzata dall'estrema resistenza all'apoptosi e conseguentemente alla terapia farmacologica chemioterapica. Recenti dati sperimentali indicano che la proteina XIAP è un potente e diretto inibitore delle caspasi, enzimi deputati 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 rationale 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.

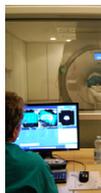
Obiettivi e metodi: Lo studio si propone di analizzare, per la prima volta, l'attività antiproliferativa dell'acido zoledronico (ZOL), un bifosfonato di terza generazione, su linee di colangiocarcinoma umano.

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 responsabilità 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

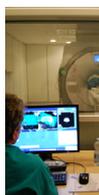
Tabella 10 Iscrizioni ai corsi di studio per le professioni sanitarie (lauree specialistiche) a.a. 2009-2010

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	Cardiologia	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

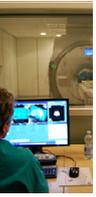
Nota: il dato complessivo riprodotto in questa tabella è stato rilevato seguendo le procedure per l'assegnazione dei contratti relativi all'anno accademico 2009-2010 di cui al D.M. MIUR del 05.02.2010 che, al momento della chiusura del presente volume, sono ancora in corso. Inoltre, la rilevazione si 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 evidenzia un andamento costante della proposta formativa.

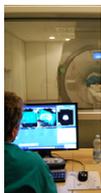
Tabella 13 Dottorati attivi area medica, anno 2009

	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 (cardiopulmonare)	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 UsI 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 vanno aggiunti 34 posti letto pensionanti in regime ordinario e 40 posti letto di lungodegenza comune, che sono assegnati a diverse unità operative.

DIPARTIMENTO		EMERGENZA-URGENZA	
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Borsisti
			Contrattisti
			Personale amministrativo e tecnico universitario
			Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato
			Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale
			Dirigenti sanitari non medici universitari
			Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo
			Dirigenti medici universitari
			Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale
			Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo
Dirigenti medici SSR tempo determinato			
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale			
Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari
1° Anestesia e Rianimazione	049-121	Dirigente del SSR	14
Centrale Operativa 118	108	Dirigente del SSR	28
Chirurgia d'Urgenza	009		
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	030	Dirigente del SSR	14
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	051-106	Dirigente del SSR	25

DIPARTIMENTO		GERIATRICO-RIABILITATIVO	
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Borsisti
			Contrattisti
			Personale amministrativo e tecnico universitario
			Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato
			Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato
			Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale
			Dirigenti sanitari non medici universitari
			Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo
			Dirigenti medici universitari
			Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale
			Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo
Dirigenti medici SSR tempo determinato			
Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale			
Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari
Clinica Geriatrica	021	Universitario	27
Geriatrica	021		29
Lungodegenza Critica	060	Universitario	44
Medicina Riabilitativa	056	Dirigente del SSR	12
Attività Comuni Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	020	Direttore del Dipartimento	8
Lungodegenza Post Acuzie	060	Struttura semplice dipartimentale	32

DIPARTIMENTO		MATERNO-INFANTILE	
Direzione Dipartimento		Universitario	
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura
Chirurgia Pediatrica	011	Unità operativa	Dirigente del SSR
Clinica Pediatrica	039	Unità operativa	Universitario
Gastroenterologia		Unità operativa	Universitario
Neonatologia	062-073	Unità operativa	Universitario
Ostetricia e Ginecologia	037	Unità operativa	Universitario
Pediatria e Oncoematologia	039-065	Unità operativa	Dirigente del SSR
Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile		Unità operativa	Direttore del Dipartimento
Astanteria Pediatrica	039	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR
Cardiologia Pediatrica	039	Struttura semplice dipartimentale	Universitario
Posti Letto LD			
Posti Letto DS			
Posti Letto DH			
Posti Letto Ordinari			
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			

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO 1

Direzione Dipartimento

Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Personale													
				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	1	0	1	6	6	1	42	2	16	1	4	1	2	1
Clinica e Terapia Medica	026	Unità operativa	Universitario		0	11	10			21	4	8	4	5	4	2	1
Dermatologia	052	Unità operativa	Universitario	2	0	4	3			6		2		1	3	1	
Ematologia e C.T.M.O.	018	Unità operativa	Universitario		2	5	5			23	2	3			3		
Endocrinologia	026	Unità operativa			0	4	3				1				1		
Genetica Medica	105	Unità operativa	Universitario	2	2	2	2			7		1			2		
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale	025	Unità operativa	Universitario		0	4	4										
Nefrologia	048-029	Unità operativa	Universitario	4	4	4	4			34	2	21		3	2		
Oncologia Medica	064	Unità operativa	Dirigente del SSR	12	12	4	0			31		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										

DIPARTIMENTO		MEDICO POLISPECIALISTICO 2																		
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR																		
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	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 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	Dirigente del SSR	20				7		2	7	2	2	27	1		15	3		5	2
Malattie Infettive ed Epatologia	024	Dirigente del SSR	31	9			15	14	0	15	0	0	31	2		25			8	1
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo	026	Dirigente del SSR	21				10	10	0	10	1	0	20			11	1		5	
Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari	026	Dirigente del SSR	31				8	8	1	8	1	1	21	3		20	2			
Day Hospital Dipartimentale	002	Dirigente del SSR		9			1	1	0	1		0	7			1				
Malattie del ricambio e diabetologia	019	Dirigente del SSR					2	2	1	2	1	1	8			1				
Medicina Interna, Reumatologia e Sezione Detenuti Aziendale	026	Dirigente del SSR	32	2			7	7	1	7	1	1	17			9			2	
Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze	026	Dirigente del SSR	12				2	2	0	2		0								

DIPARTIMENTO		NEUROSCIENZE				
Direzio		Dirigente del SSR				
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD			
			Posti Letto DS			
			Posti Letto DH			
			Posti Letto Ordinari	26	1	
			Neurochirurgia	030	Unità operativa	Dirigente del SSR
			Neurologia	032	Unità operativa	Universitario
			Neuroradiologia	104	Unità operativa	
			Centro Cefalee	032	Struttura semplice dipartimentale	Universitario
			Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	8		
			Dirigenti medici SSR tempo determinato			
			Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	8		
			Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale			
			Dirigenti medici universitari			1
			Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	0		1
			Dirigenti sanitari non medici universitari			
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	34					
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	3					
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	14					
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	1					
Personale amministrativo e tecnico universitario	1					
Contrattisti			1			
Borsisti						

DIPARTIMENTO		TESTA COLLO				
Direzio		Universitario				
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD			
			Posti Letto DS			
			Posti Letto DH			
			Posti Letto Ordinari	14	1	
			Maxillo-Facciale	010	Unità operativa	Universitario
			Ocullistica	034	Unità operativa	Universitario
			Odontostomatologia	035	Unità operativa	Universitario
			Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Universitario
			Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità operativa	Direttore del Dipartimento
			Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	038	Unità operativa	Direttore del Dipartimento
			Otorinolaringoiatria	038	Struttura semplice dipartimentale	Universitario
			Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	3		
			Dirigenti medici SSR tempo determinato			
			Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	3		
			Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale			
Dirigenti medici universitari			1			
Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	3		1			
Dirigenti sanitari non medici universitari						
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	15					
Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	1					
Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	2					
Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato						
Personale amministrativo e tecnico universitario	1					
Contrattisti			1			
Borsisti						

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO

Direzione Dipartimento

Universitario

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

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

Direzione Dipartimento

Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto																		
				LD	DS	DH	Ordinari	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	Dirigenti medici universitari SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	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	26	4			0	14	1	3	3				3	
Radiologia	069	Unità operativa	Dirigente del SSR					26	4			0		53	1	24						
Scienze Radiologiche	069	Unità operativa	Universitario					4				3	2	18	1	11				1	1	
Radiologia di Emergenza ed Urgenza	069	Struttura semplice dipartimentale																				
Radiologia Pediatrica	069	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					3					0	3	1	5						