

3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

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

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







Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

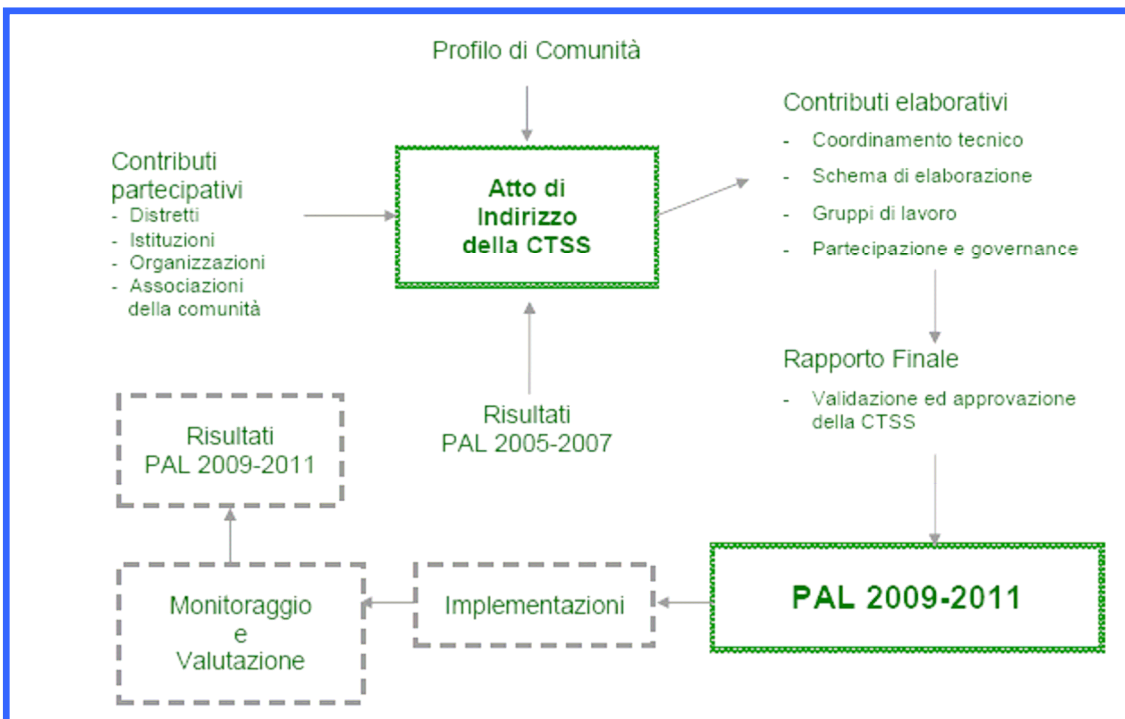
I principi che ispirano l'organizzazione di questo capitolo del volume, ovvero la partecipazione dei cittadini, l'universalità e l'equità di accesso alle cure, la centralità della persona, così come aspetti importanti della qualità dei servizi, propongono una visione unitaria del mondo della sanità.

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

3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria

Il Piano Attuativo Locale 2009-2011

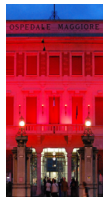
La sintesi del processo costruttivo del PAL 2009-2011 è rappresentabile nei termini seguenti:



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

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

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



Un secondo orientamento, rivolto principalmente a soggetti e professionisti non operanti all'interno delle Aziende, ha invece favorito la libera scelta partecipativa ad uno o più gruppi di lavoro desunti dallo schema elaborativo generale.

Il risultato di questa associazione di professionisti ai gruppi di lavoro è stata notevole. Ai gruppi di lavoro hanno complessivamente aderito 332 professionisti.

Afferenti per il 56% (186) all'Azienda USL, per il 28,6% (95) all'Azienda Ospedaliera-Universitaria, per il 15,4% (51) a professionisti di Istituzioni, Organizzazioni ed Associazioni della comunità.

Coordinati da un professionista e in stretto rapporto con il coordinamento tecnico del PAL, i gruppi hanno svolto l'attività elaborativa ricercando anche raccordi trasversali fra tematiche correlate. Con tempi differenziati di elaborazione, in gran parte motivati dalla maggior ampiezza del mandato e altre volte dalla complessità di temi trattati.

Le priorità strategiche

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

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

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

Continuità, nel contesto del Pal, vuol dire, la linea strategica che emerge, la linea del prendersi cura della persona nel contesto di relazioni in cui vive e non solo della sua malattia, coordinare le relazioni tra i servizi, qualificare i processi assistenziali in percorsi fortemente integrati.

La seconda scelta strategica dell'Atto di Indirizzo è che ha trovato sviluppo nella nuova programmazione triennale è quella della qualità: livelli sempre più significativi di qualità, tecnico-professionale e percepita dal cittadino, costituiscono un obiettivo di sistema irrinunciabile. Per questo è necessario investire, per consentire alla comunità provinciale di trovare sul territorio livelli di intervento al passo con le evidenze di efficacia e appropriatezza oggi disponibili in area sanitaria, socio-sanitaria, sociale (tratto da *La scelta strategica dell'equità e della qualità, Il piano attuativo locale*).

Macro-area dell'accessibilità

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

Macro-area della continuità assistenziale

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Macro-area della innovazione tecnologica

Questa macro-area presenta cinque gruppi di lavoro.

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

13. Innovazione tecnologica – medicina nucleare: obiettivi e interventi

1	Sviluppo della diagnostica convenzionale	
2	Sviluppo della diagnostica nel settore terapeutico	
3	Sviluppo delle applicazioni PET	
4	Realizzazione di un centro PET - Ciclotrone	

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

14. Innovazione tecnologica – radiologia interventistica: obiettivi e interventi

1	Diffusione dell'informazione sulle metodiche e le potenzialità della Radiologia Interventistica	
2	Centro di Radiologia Interventistica	
3	Condivisione delle Linee guida e costituzione di specifici Percorsi diagnostico-terapeutici	
4	Consolidamento delle attività Radiologia Interventistica e qualificazione dell'offerta	

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

15. Innovazione tecnologica – radioterapia: obiettivi e interventi

1	Installazione del nuovo acceleratore lineare e organizzazione del percorso assistenziale	
2	Partecipazione al Progetto Regionale per la valutazione dell'IGRT	

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

16. Innovazione tecnologica – teleradiologia e telecardiologia: obiettivi e interventi

1	Completamento della Rete di Teleradiologia	
2	Incentivazione del Teleconsulto Radiologico	
3	Sviluppo della Telemammografia	
4	Sviluppo della Telecardiologia	
5	Incentivazione del Teleconsulto Cardiologico	
6	Realizzazione della Cartella Clinica Informatizzata	
7	Attivazione di un supporto metodologico, formativo e informativo di telemedicina	



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

Macro area dello sviluppo e della valorizzazione del capitale intellettuale

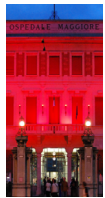
Un'azione particolare andrà sviluppata per valorizzare il capitale intellettuale delle Aziende, anche per superare l'autoreferenzialità, promuovere la ricerca e la condivisione dei risultati, migliorare le capacità dei professionisti di comunicare con i pazienti e i familiari.

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

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

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

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



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

Altri temi prioritari e integrazione

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

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

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

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

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



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

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

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

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

21. Percorso nascita: obiettivi e interventi	
1	Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)
2	Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato tempestivo counselling alla donna, con predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici
3	Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidenza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia
4	Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia (promozione e consolidamento dell'adozione delle linee guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto")
5	Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita
6	Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno
7	Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici
8	Garantire un miglioramento della prassi diagnostico-assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie
9	Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero
10	Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata
11	Aumentare la conoscenza e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore del parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche

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

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



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

23. Programma sangue: obiettivi e interventi

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

24. Presa in carico nella salute mentale, dipendenze patologiche e relative fragilità specifiche: obiettivi e interventi

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

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

25. Promozione stili di vita sani e rischio infettivo: obiettivi e interventi

1	Monitorare e promuovere corretti stili di vita sull'alimentazione
2	Promuovere formazione, informazione e monitoraggio sul rischio infettivo

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

26. Sicurezza sul lavoro, sulle strade, domestica, alimentare e ambientale: obiettivi e interventi

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



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

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

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



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

28. Integrazione socio-sanitaria: obiettivi e interventi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Bilanci di missione e governance del sistema sanitario pubblico”

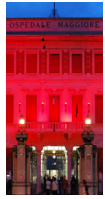
La governance come metodologia di lavoro degli Enti Locali e i Bilanci di Missione come strumenti di rendicontazione delle Aziende rappresentano due fattori determinanti per l'innovazione nei processi di programmazione e di gestione alla base della costruzione del nuovo welfare di comunità. Il Bilancio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



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

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

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



3.2 Universalità ed equità di accesso

Governo delle liste di attesa

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

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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

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

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

La procedura di lavoro seguita è la seguente:

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

Gli obiettivi del programma

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

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

**Adeguamento dell'offerta**

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

Razionalizzazione della struttura erogatrice

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

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e governo clinico

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

Miglioramento dell'accesso

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



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

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

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

Piano di produzione

Il Piano di produzione è stato attuato a due livelli:

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

Prestazioni a monitoraggio e livello di garanzia

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

Tempi di attesa per i ricoveri

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



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

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

Progetto SOLE

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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

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

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

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

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

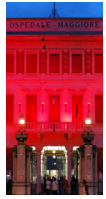
Nel corso dell'anno è proseguita l'attività di gestione del catalogo SOLE con particolare attenzione alla transcodifica degli esami in fase di refertazione per semplificare ulteriormente la fase di caricamento dei risultati nel software di cartella clinica.

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

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

In accordo con la Direzione Sanitaria e le Direzioni dei Dipartimenti di Cure Primarie dell'Azienda Usl sono stati individuati i Nuclei di Cure Primarie presso i quali attivare la sperimentazione delle reti orizzontali in SOLE. Inoltre sono anche state attivate le reti per gli NCP di Medesano e la medicina di rete "Amico Pediatra" a Parma.

Sono stati attivati i nuovi servizi di visualizzazione del cedolino del medico MMG/PLS sul portale del progetto SOLE e la gestione informatizzata della campagna vaccinale per l'influenza H1-N1, sia per i medici specialisti del Distretto di Sanità Pubblica, che per i medici MMG/PLS che hanno aderito.



Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso dell'anno 2009 è stata data piena attuazione ai contenuti ed alle novità introdotte con la D.G.R. 374/2008 in merito all'assistenza odontoiatrica.

L'introduzione della D.G.R. 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sanitaria e di vulnerabilità sociale, che permettono l'accesso alle cure.

Nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino al limite di euro 22.500 conseguentemente le fasce ISEE sono diventate cinque mentre per quanto riguarda la vulnerabilità sanitaria, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie.

Uno degli aspetti più rilevanti introdotti dalla Delibera riguarda gli assistiti con grave disabilità psicofisica, è stato pertanto istituito il percorso che consente alle Commissioni Invalidi Civili Aziendali, l'identificazione e la certificazione degli appartenenti a questa categoria di vulnerabilità.

È stato altresì attivato un sistema di monitoraggio semestrale delle certificazioni prodotte.

Per quanto attiene i pazienti oncematologici che sono stati di recente riconosciuti quale categoria di vulnerabili sanitari, è attivo un servizio di screening odontostomatologico con controlli periodici (ogni 4 mesi) sui pazienti oncematologici candidati a terapia con bifosfonati o sottoposti a trattamenti con bifosfonati ad alte dosi, al fine di ridurre, attraverso le cure odontostomatologiche e la corretta informazione dei pazienti, l'insorgenza di complicazioni quali l'osteonecrosi dei mascellari. Dall'anno 2004 ad oggi sono stati intercettati e trattati presso l'U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 146 pazienti affetti da tale condizione.

Per i pazienti con vulnerabilità sanitaria non collaboranti, dall'inizio del 2009 è stata ufficializzata l'attività odontoiatrica in anestesia generale presso le sale operatorie della Day Surgery dell'Azienda Ospedaliera.

Nell'anno 2009 le due Aziende hanno attivato le attività legate alle campagne di prevenzione previste nel Programma di Assistenza Odontoiatrica definito in coerenza con quanto stabilito nella D.G.R. 374/2008, per le quali nel corso del 2008 erano state promosse e realizzate le attività preliminari.

Campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia:

Il 23 Maggio 2009 si è tenuto il Convegno "prevenzione odontoiatrica nella gravidanza e nell'infanzia" rivolto a MMG, PLS, Pediatri di Comunità, Odontoiatri, personale sanitario del Servizio di salute donna, nell'ambito del quale è stato presentato l'opuscolo "La prevenzione odontoiatrica: inizia da un sorriso", che ha dato avvio alla prima campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta alle donne in gravidanza ed alla prima infanzia.

Campagna di prevenzione odontoiatrica rivolta ai bambini delle scuole primarie:

È stato predisposto in collaborazione con il Provveditorato agli studi e la Provincia il programma di prevenzione primaria "Sorridi alla prevenzione" indirizzato agli alunni delle classi seconde della scuola primaria, da avviarsi nel corso dell'anno scolastico 2009-2010 su tutto il territorio provinciale. Il Programma, che è stato inserito nei Piani di Offerta Formativa delle scuole, vedrà gli insegnanti, opportunamente formati da parte degli odontoiatri aziendali, direttamente coinvolti nel trasmettere agli alunni le buone pratiche per una corretta igiene orale.

Un'altra delle innovazioni apportate dalla D.G.R. 374/08 è rappresentata dall'utilizzo del flusso relativo all'attività di specialistica ambulatoriale ASA, dal secondo semestre 2008 il flusso ASA costituisce infatti la base informativa utile a verificare lo stato di attuazione del programma regionale di assistenza odontoiatrica all'interno delle aziende.

Anche al fine di monitorare la qualità di tale dato, nell'anno 2009 è stato attivato un gruppo di miglioramento costituito da personale sanitario e amministrativo delle due Aziende, operante nel campo dell'odontoiatria. Sarà inoltre compito del gruppo di lavoro, il superamento alcune delle criticità del sistema e l'approfondimento in particolare degli aspetti del Programma introdotti dalla D.G.R. 374/2008. Quanto elaborato verrà presentato in un documento tecnico in cui verranno anche sottolineati gli aspetti che permetteranno una rendicontazione dell'attività più coerente con quanto effettivamente erogato e conseguentemente di migliorare la qualità del dato ASA.



Per chiudere il quadro delle azioni 2009, si richiama brevemente l'installazione, terminata nel 2009 appunto, delle nuove attrezzature odontoiatriche e radiologiche (6 riuniti odontoiatrici completi con monitor e PC integrati e di sistemi di radiovisiografia digitale indorale) presso l'U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, compresa la sostituzione degli impianti di aspirazione e di compressione, acquistati con i finanziamenti Regionali previsti dal Programma di assistenza odontoiatrica approvato con D.G.R. 2678/04, che prevedeva il rinnovo graduale della dotazione tecnologica presente nelle strutture pubbliche (investimenti in Sanità, ex art. 36 L.R. 38/2002, odontoiatria seconda fase). È avvenuta, inoltre, l'integrazione del sistema di videoradiografia digitale con il sistema RIS/PACS aziendale.

L'Azienda Usl ha provveduto all'aggiornamento tecnologico impiantistico dei propri ambulatori con l'acquisizione nel corso del 2009 di cinque riuniti odontoiatrici finanziati tramite risorse regionali (Programma Regionale di investimenti in Sanità art.36 L.R. 38/2002).

Di questi, un riunito è stato destinato al Polo Sanitario di Fornovo Taro in sostituzione dell'esistente, gli altri quattro consentiranno, presumibilmente a partire dal 2010, un ampliamento dell'attività con l'apertura di un ambulatorio odontoiatrico presso il Polo Sanitario di Traversatolo e l'avvio del Polo Odontoiatrico di Medesano.

Programmi di screening: screening dei tumori del colon-retto

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

A partire da marzo 2005, il Servizio Sanitario Regionale ha avviato un programma regionale per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, rivolto a oltre un milione di persone, donne e uomini, dai 50 ai 69 anni.

Questo programma prevede l'esecuzione di un test semplice e gratuito, la ricerca del sangue occulto nelle feci, da ripetere ogni due anni. In caso di positività, viene proposta la colonscopia per approfondimento diagnostico ed ogni altro eventuale accertamento si rendesse necessario, sempre a titolo completamente gratuito.

A completamento dell'offerta di prevenzione, viene proposta la colonscopia o il test del sangue occulto ai familiari di primo grado a cui sia stato riscontrato un tumore maligno intestinale: sono previste inoltre iniziative rivolte alle persone tra 70 e 74 anni che non hanno effettuato alcun accertamento negli ultimi 10 anni.

Nella provincia di Parma il programma interessa più di 100.000 persone, il 40% delle quali residente in città. L'organizzazione si differenzia dagli altri screening di popolazione già in atto per alcune caratteristiche peculiari: fin dalla progettazione, si è trattato di progetto interaziendale, sviluppatosi attraverso la costituzione di un gruppo costituito da professionisti delle due Aziende sanitarie, all'interno del quale sono stati individuati un Responsabile di Programma e un Responsabile Organizzativo. Il Centro Screening, presso il presidio ospedaliero di Fidenza, ha il compito di segreteria organizzativa, gestione inviti e gestione agende secondo livello: i centri di secondo livello (colonscopie) agiscono in sinergia coordinati da un responsabile di secondo livello.

Altro carattere distintivo è la collaborazione attiva da parte del volontariato nella gestione della consegna e ritiro del test: partendo dalla considerazione che già da 15/20 anni le associazioni di volontariato del territorio hanno avviato campagne di sensibilizzazione sul tema della prevenzione del tumore del colon retto, ottenendo lusinghieri risultati in termini di partecipazione, e che tali associazioni sono presenti in modo capillare sul territorio, si è sviluppata una proficua collaborazione su tutto il territorio provinciale. A rotazione, nell'arco del biennio del round di screening, vengono attivati sportelli per la consegna e il ritiro dei campioni in comuni, sia presso le sedi delle associazioni che presso i comuni.

I risultati dei primi anni di campagna sono lusinghieri: la partecipazione si avvicina al 60%, e coloro che si presentano ai round successivi dopo avere effettuato il primo, sono più dell'80%.

Fasce d'età	Invitati anno 2009
50 - 54 anni	8061
55 - 59 anni	6760
60 - 64 anni	8258
65 - 69 anni	8253
Totale	31332



Fasce d'età	Aderenti anno 2009	%
50 - 54 anni	4088	50,7
55 - 59 anni	3854	57,0
60 - 64 anni	4954	60,0
65 - 69 anni	4635	56,2
Totale	17531	55,9

Occorre incentivare l'informazione sia verso la popolazione che presso i Medici di Medicina Generale, per aumentare l'adesione nelle fasce di età più giovani, per le quali si intravede un notevole margine di miglioramento.

Positività al FOBT riscontrata: n. 739 cittadini (4,21%).

Caratteristica unica a livello regionale è la collaborazione delle Associazioni di Volontariato su tutto il territorio provinciale per la informazione, la distribuzione e la raccolta dei contenitori per la ricerca del sangue occulto. Sarà oggetto di un percorso di miglioramento organizzativo il modello di distribuzione dei contenitori con supporto e integrazione con Punti AUSL in quelle realtà a più bassa adesione.

Prevenzione dell'obesità e promozione di stili di vita sani

Il sistema di rilevazione regionale emiliano-romagnolo PASSI ha riscontrato nel 2008 che poco meno della metà (43%) della popolazione regionale presenta un eccesso ponderale (dato sovrapponibile al 2007), che complessivamente circa 1 milione e 300mila persone di 18-69 anni sono in eccesso ponderale, di cui 300mila obesi, che l'eccesso ponderale nella popolazione cresce con l'età, con il basso livello d'istruzione, con le difficoltà economiche, senza differenze significative di prevalenza (dal 38% al 49%) tra le province della regione.

Risulta evidente la necessità d'intervenire soprattutto nella prevenzione dell'obesità, incidendo sullo stile di vita, ma anche utilizzando, quando necessario, nuove terapie farmacologiche e chirurgiche. In questa prospettiva, nell'ottobre del 2009 si è tenuta la II edizione dell'Obesity Week, settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita, iniziativa di sensibilizzazione su sovrappeso e salute. Per l'occasione, il Centro Obesi della SSD Dipartimentale Malattie del Ricambio e Diabetologia ha realizzato un'attività informativa ed educativa, in forma gratuita e ad accesso diretto per gli utenti.

Inoltre, il programma della settimana è stato caratterizzato da un insieme di otto tra eventi, convegni, seminari, tavole rotonde che hanno coinvolto a vario titolo, oltre all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, istituzioni locali, come Comune e Provincia di Parma, Azienda Usl di Parma, Università degli Studi, Croce Rossa Italiana (CRI), la Lega per la Lotta contro i Tumori (LILT), la Scuola internazionale di Cucina Italiana (ALMA), associazioni di volontariato, Camera di Commercio, industrie agro-alimentari (Parmalat, consorzi), eccetera.

Nel corso del 2009, è inoltre continuata la collaborazione con il Comune di Parma, già iniziata nel 2005 con il Progetto di "Prevenzione delle malattie croniche con una corretta alimentazione", con la partecipazione di un medico dell'Azienda alla Commissione Tecnico-Scientifica dell'Assessorato alle Politiche per l'Infanzia e per la Scuola, che ha studiato ed approvato il "Menù Scuole Primarie-Secondarie 1° grado e Scuole Infanzia Abbinate" e ha realizzato il Progetto "Crescere in Armonia. Educare al Benessere" per gli anni scolastici 2009/2010, con i sottoprogetti: "Il refettorio inteso come ambiente di benessere educativo"; "Analisi Scarti a Mensa"; "La Mensa si fa bella"; "Cucine e Dispense aperte, come scegliere e cucinare"; "Lezioni di Cucina"; "Food-Bus".

Assistenza ai cittadini migranti

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2009 è di 433.096 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 45.994, equivalente al 10,6% del totale dei residenti. Dal 1° gennaio 2007 al 1° gennaio 2009 nella provincia di Parma si è assistito ad un aumento del 35% della popolazione residente di origine straniera, passando dall'8,1% di tutta la popolazione residente del 2007 al 10,6% del 2009.

Per quanto riguarda la composizione della popolazione migrante residente, essa è costituita per la maggior parte da africani (35%), specialmente del Nord Africa (21% del totale), seguono gli europei dei paesi non comunitari (30%), gli europei comunitari (15%) e gli asiatici (14%).

Grafico1a - Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2009 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza

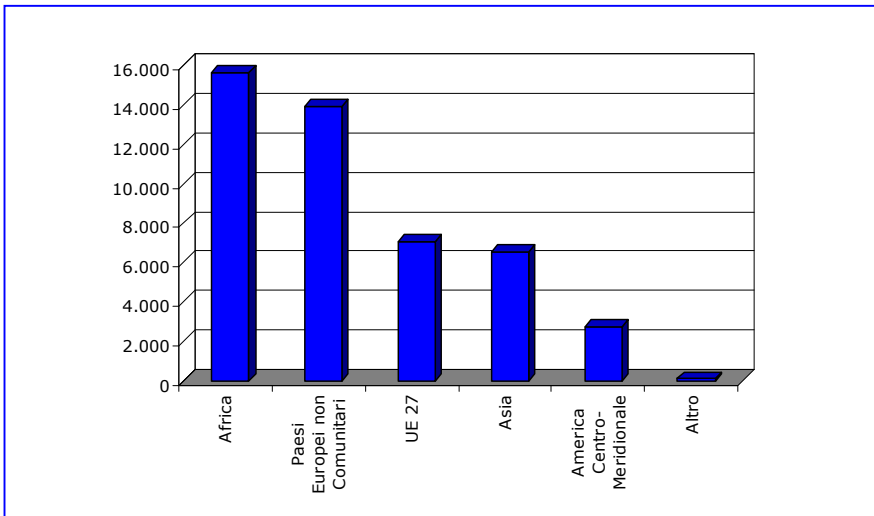
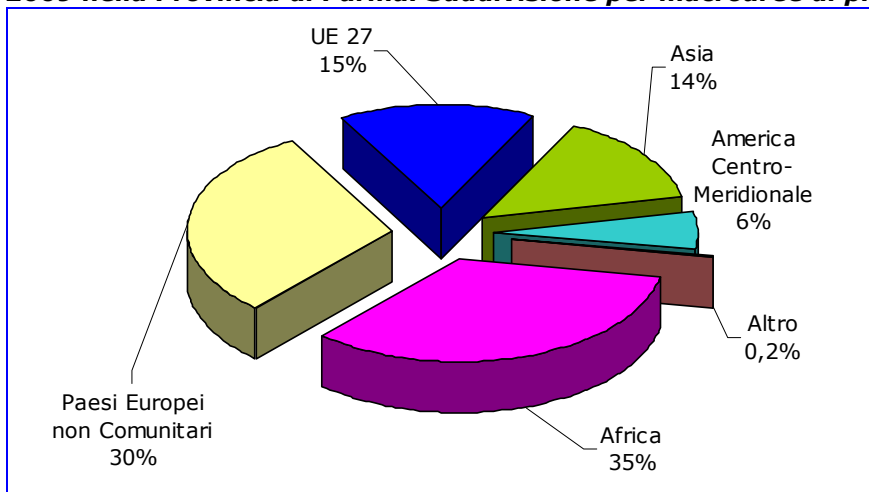


Grafico 1b - Composizione percentuale della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2009 nella Provincia di Parma. Suddivisione per macroaree di provenienza



Fonte: www.regione.emilia-romagna.it/statistica

Ricoveri ospedalieri

Nel 2009 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso il flusso regionale SDO, sono stati rilevati 5.254 ricoveri di pazienti stranieri, compresi 624 neonati, corrispondenti al 10% di tutti i ricoveri, di cui l'82% è stato effettuato in regime di ricovero ordinario e il 18% in regime diurno. Negli ultimi due anni è continuato il trend in aumento dei ricoveri nella popolazione straniera (nel 2009 + 15% rispetto al 2007), comunque in linea con l'aumento della popolazione straniera nella provincia di Parma (+ 35% rispetto al 2007).

Tra i pazienti dimessi di nazionalità non italiana, c'è una predominanza di africani, seguiti da pazienti provenienti dall'Est europeo, da asiatici e da europei comunitari, perfettamente corrispondente alla composizione della popolazione migrante residente. Le nazionalità più rappresentate sono quelle albanese, moldava, marocchina, tunisina e rumena, che da sole costituiscono il 50% dei ricoveri di pazienti di origine straniera.



Grafico 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2009

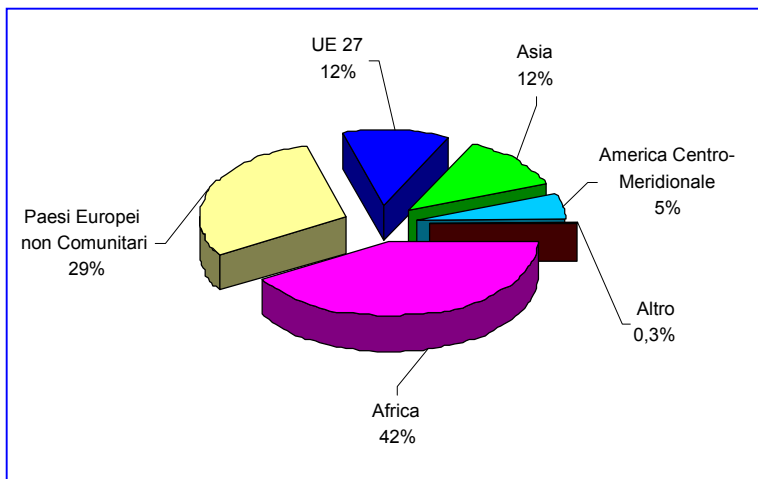
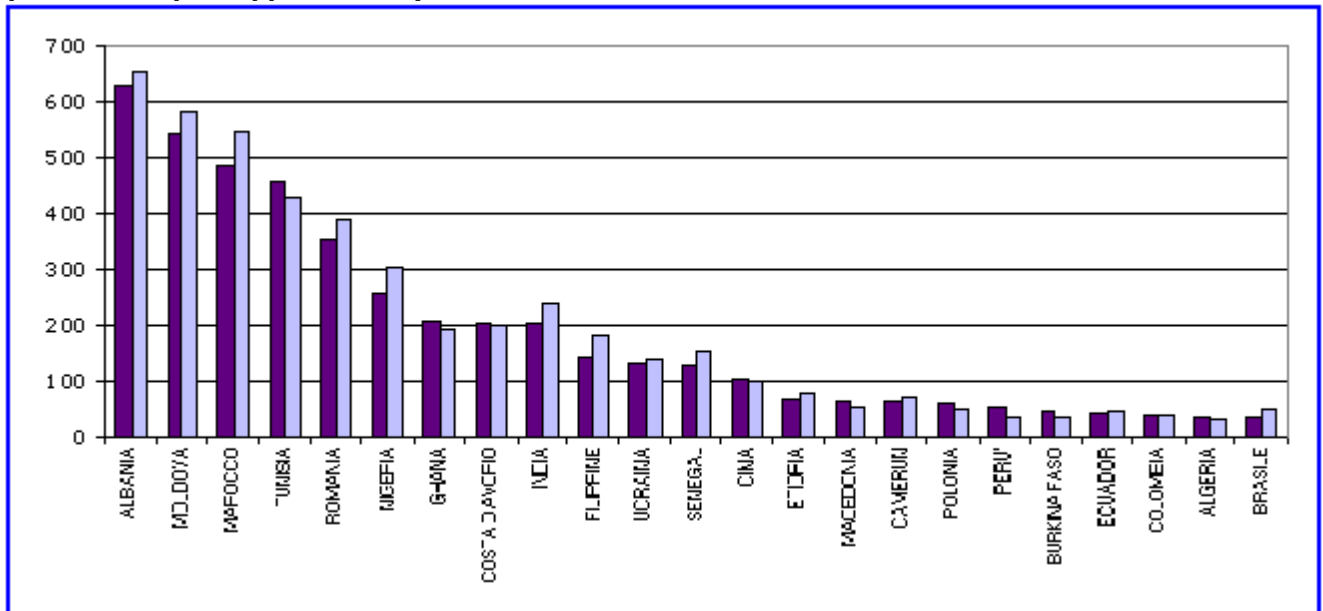


Grafico 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate). Confronto 2008-2009



Fonte: Banca dati SDO RER

Tabella 1 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2009

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
ALBANIA	656	12,49%	COSTA D'AVORIO	199	3,79%
MOLDOVA	580	11,04%	GHANA	194	3,69%
MAROCOCO	547	10,41%	FILIPPINE	179	3,41%
TUNISIA	429	8,17%	SENEGAL	154	2,93%
ROMANIA	392	7,46%	UCRAINA	140	2,66%
NIGERIA	303	5,77%	CINA	98	1,87%
INDIA	238	4,53%	ETIOPIA	79	1,50%

Fonte: Banca dati SDO RER

Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani adulti di età compresa tra i 21 e i 45 anni (50%) e di bambini sotto i 5 anni, che costituiscono il 25% dei ricoveri totali di pazienti non Italiani.

Gli africani, così come negli anni precedenti, sono presenti quasi esclusivamente nelle fasce di età adulto-giovanili, anche se negli ultimi anni si sono registrati ricoveri anche a carico delle fasce di età più avanzate.



Per quanto riguarda le fasce sopra i 50 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (41%) da popolazioni provenienti dai paesi europei, in linea con l'andamento degli anni scorsi.

Grafico 4 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per macroarea di provenienza e classe di età, anno 2009

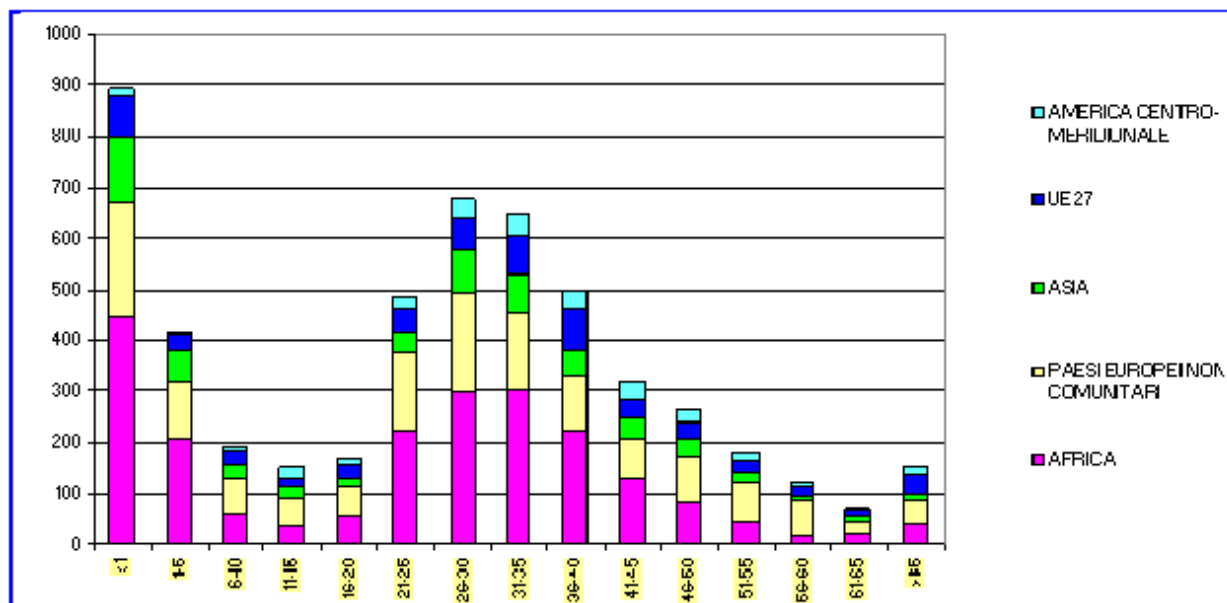
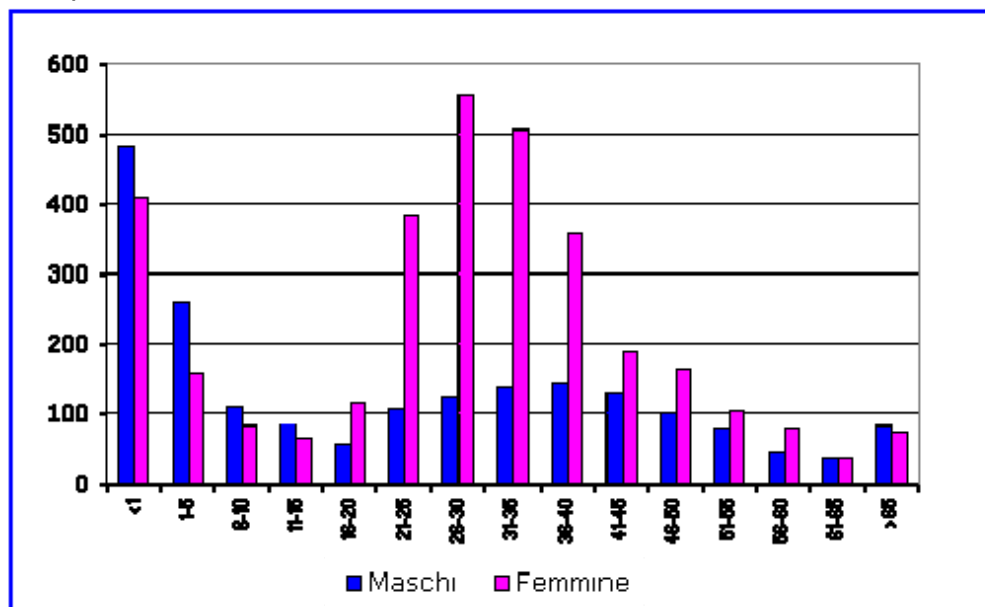


Grafico 5 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisione per classe di età e sesso, anno 2009



La distribuzione per sesso vede il 62% dei dimessi di sesso femminile e il 38% di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si nota come nella fascia adulto-giovanile (21-40), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 34% di tutti i ricoveri.

A conferma dei dati sulla prevalenza numerica dei ricoveri riguardanti le giovani donne e i bambini, si evidenzia come il reparto in cui è stato registrato il maggior numero di ricoveri nel 2009 è stata l'Ostetricia e Ginecologia (30,2%), seguita dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale), con il 28,9% di tutti i ricoveri. Nell'insieme i reparti del Dipartimento Materno-Infantile hanno accolto il 59% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.



Tabella 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante. Suddivisione per reparti di dimissione, anno 2009

Reparti di dimissione	N. casi	%
Ostetricia e Ginecologia	1588	30,2%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1521	28,9%
Reparti internistici	954	18,2%
Reparti chirurgici	794	15,1%
Ortopedie	292	5,6%
Terapie intensive	66	1,3%
Altro	69	0,7%
Totale	5254	100,00%

Grafico 6 Popolazione migrante: reparti di dimissione più frequenti, anno 2009

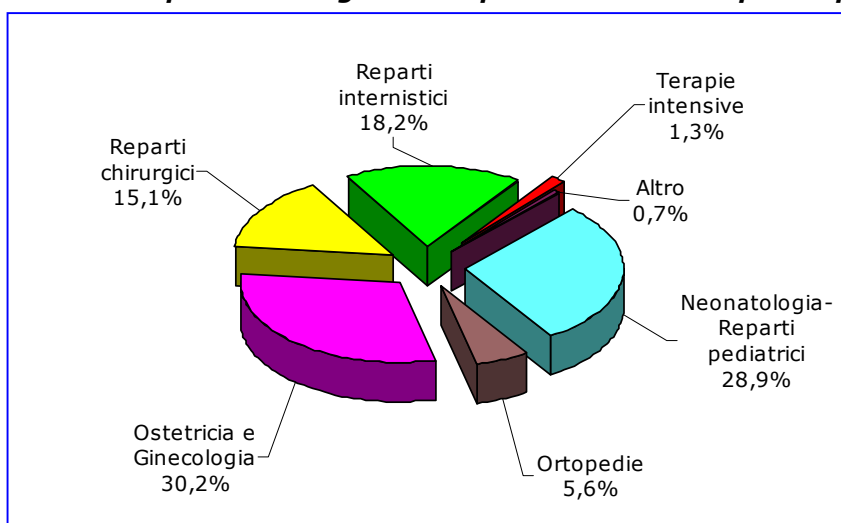
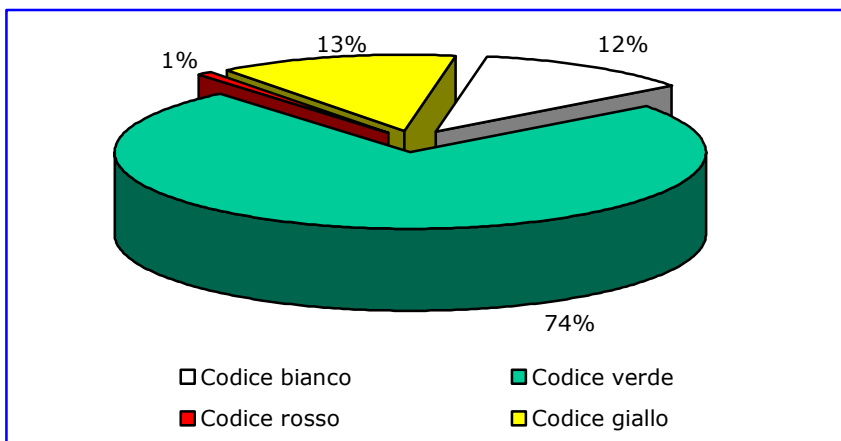


Grafico 7 Accessi in PS suddivisi per codice colore nella popolazione straniera, anno 2009



Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2009 il 18,23% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (14.995), con un lieve aumento percentuale rispetto al 2008, mentre la suddivisione della casistica per codice colore vede una percentuale maggiore per i codici bianchi (12% vs 7%) e i verdi (74% vs 68%), rispetto a tutti gli accessi. Per quanto concerne l'ospedalizzazione, il 17% dei pazienti immigrati è stato ricoverato in Medicina d'Urgenza, il 12% nelle Ortopedie, l'11% in Chirurgia d'Urgenza e il 6% alle Malattie Infettive.



Alcune azioni in tema di equità

L'intervento di mediazione culturale all'interno della nostra Azienda ha assunto da alcuni anni una certa stabilità, facendo registrare un incremento dell'utilizzo del servizio a supporto dei reparti per le pratiche di informazione connesse all'assistenza. Nel corso del 2009, in particolare, l'intervento dei mediatori culturali ha fatto registrare un utilizzo del servizio per un totale di 577 ore, registrando un incremento pari al 40% rispetto al 2008 (412 ore).

Relativamente all'anno in considerazione, l'intervento di mediazione ha interessato in prevalenza la lingua cinese (254 ore) e la lingua indiana, punjabi e hindi per 230 ore. Meno rilevante rispetto agli scorsi anni è il ricorso a mediatori di lingua araba o di idiomi africani.

L'evoluzione cui assistiamo di anno in anno nel ricorso allo strumento della mediazione è connesso ai cambiamenti che si registrano nella popolazione migrante, ma anche alla sempre maggiore consapevolezza degli operatori rispetto all'utilità di questo strumento nella costruzione dell'alleanza terapeutica. Il suo impiego porta ad agevolare la pratica clinica e, dunque, il lavoro e la sua organizzazione con effetti benefici anche in termini di gratificazione. In sostanza, dunque, la prestazione di mediazione culturale, nel suo utilizzo concreto nella pratica della vita ospedaliera quotidiana, esprime al meglio le sue potenzialità, aiutando ammalati e familiari, da una parte, e operatori sanitari dall'altra, nella necessità - talvolta pressante - di comunicare reciprocamente, ma anche contribuendo all'avvicinamento e alla comprensione reciproca di culture diverse.

Gli operatori stessi segnalano la necessità di comunicare con il paziente e la famiglia per comprendere la persona nella sua globalità psichica, fisica, sociale e culturale, oltre all'obbligo giuridico e medico-legale, in particolare nel caso di ricovero di un minore, sia nella fase diagnostica che terapeutica, che impone la necessità di rapportarsi in modo chiaro ed inequivocabile con chi esercita la potestà genitoriale.

Con riferimento all'anno 2009, abbiamo assistito ad un aumento di ricongiungimenti familiari di coppie indiane. Sono arrivate mogli giovani in stato di gravidanza e figli minori con pesanti patologie.

La comunità indiana è radicata maggiormente nella provincia e in modo particolare in due territori: Comunità Montana Val Taro e Val Ceno e Bassa Parmense (Comuni di Busseto, Zibello, Polesine Parmense). L'occupazione lavorativa è mano d'opera nelle campagne e nella cura di bestiame.

La comunità indiana residente in città è composta da famiglie allargate (fratelli, cugini) e sono occupati in ditte alimentari e metalmeccaniche. La comunità di Parma è formata da persone giovani, con buona cultura. Il mediatore è stato attivato per garantire una buona comunicazione sia in fase diagnostica che terapeutica e per essere certi di una corretta informazione delle risorse sanitarie e sociali dell'Ospedale e del Territorio. Le aree in cui maggiormente si concentrano gli interventi sono quelle di maggior accesso, ossia l'area pediatrica e quella ostetrica o il Pronto Soccorso. Si evidenzia un ulteriore ambito in cui l'intervento di mediazione pare risultare (anche per le altre comunità) via via più necessario ed è la chirurgia d'urgenza e la rianimazione.

Nella comunità cinese non si registrano grosse variazioni. È una comunità chiusa, autonoma, autosufficiente. Le persone accedono in Ospedale per motivi strettamente sanitari e spesso in urgenza.

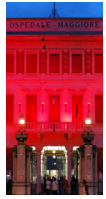
La mediatrice è stata utilizzata in maggior parte in Maternità per donne cinesi arrivate in Italia in tempi recenti per garantire una buona comunicazione per prescrizioni mediche, per sensibilizzazione all'allattamento al seno (l'allattamento al seno non rientra nella cultura della donne cinesi impegnate, anche dopo pochi giorni dal parto, nel lavoro).

L'utilizzo della mediatrice nelle altre unità operative è rivolta a persone adulte con gravi patologie o in fase d'urgenza per incidenti stradali.

La comunità araba (marocco, tunisia, algeria) è diventata una comunità stanziale con nuclei familiari numerosi (in media 4 figli) e integrati, benché radicati rispetto alla cultura islamica di provenienza. È da sottolineare che sono nuclei familiari ben informati sulle risorse assistenziali del territorio.

La mediatrice è stata richiesta dai reparti pediatrici per consentire una consapevole comunicazione ed informazione ad entrambi i genitori sulla diagnosi e percorso clinico del bambino.

Altri interventi di mediazione, più sporadici e legati a bambini che hanno avuto un accesso particolare ed urgente presso l'Azienda Ospedaliera, hanno riguardato mediatori delle etnie ghanese, senegalese e ucraina.



Il fenomeno dell'immigrazione ha portato ad un profondo ripensamento nelle modalità anche nel fornire assistenza.

Nello specifico, la Direzione del Servizio Assistenziale e il Settore Formazione ed Aggiornamento, hanno promosso diverse iniziative sul tema dell'interculturalità.

Nel corso del 2009, è stato ripetuto per il terzo anno il corso d'aggiornamento rivolto a tutti i professionisti sanitari del comparto e della dirigenza sul tema dell'interculturalità dal titolo " Percorsi di cura in una Società Multiculturale". Il corso è stato organizzato in 4 giornate, per un totale di 28 ore ed ha coinvolto circa 30 professionisti.

La finalità del corso è stata quella di sensibilizzare i professionisti per comprendere meglio i bisogni espressi dall'utenza straniera e nel contempo individuare strategie personalizzate di risposta assistenziale.

Il corso è nato da un'indagine, effettuata nel 2005, rivolta al personale sanitario delle unità operative che vengono maggiormente a contatto con l'utenza straniera, l'indagine si proponeva di individuare le principali difficoltà riferite dagli operatori nel rapportarsi con l'utenza straniera.

Il corso prevede, oltre alla lezione frontale, la partecipazione attiva dei discenti con docenti esperti, la narrazione di casi ed esperienze, il role-playing e l'analisi e discussione di casi.

Si è enfatizzata molto la narrazione del vissuto professionale degli operatori durante il processo di cura e si è data loro la possibilità di esprimere le problematiche riscontrate nella relazione con il paziente straniero e la sua famiglia.

Durante le lezioni sono stati presenti anche i tutor d'aula, ovvero operatori dell'azienda in possesso di competenze specifiche nel tema dell'interculturalità e in occasione dei lavori di gruppo la presenza di mediatori culturali sui singoli gruppi come facilitatori.



3.3 Centralità del cittadino

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

Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti

Il Comitato Consultivo Misto istituito con Legge Regionale n. 19/94 della Regione Emilia Romagna così come modificato dalla Legge Regionale n. 3/99, nasce con la funzione principale di favorire la partecipazione dei cittadini al processo decisionale aziendale inerente gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi a disposizione degli utenti con particolare attenzione ai percorsi di accesso.

Nel 2009 è stato rinnovato il CCM per il triennio 2009-2011 in sostituzione del precedente, giunto a fine mandato.

Il Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è composto da rappresentanti, a livello Aziendale, di membri eletti delle Associazioni di tutela e volontariato, da rappresentanti Aziendali o delegati, da un componente dell'Ordine dei Medici e del Comune di Parma.

Funzione fondamentale del CCM è quella di:

- assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- sperimentare l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale, che tengano conto di specificità locali ed effettuati con il coinvolgimento degli organismi di partecipazione dell'utenza;
- utilizzare la sperimentazione sulle modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio come attività di ricognizione dell'attuale realtà ospedaliera e del progredire del suo sviluppo.

A tal fine l'Azienda, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, coinvolge il CCM sulle indagini della qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino per la realizzazione e l'affidamento nelle fasi di attuazione e a conclusione delle stesse con lo scopo di discutere ed analizzare insieme gli esiti e le criticità.

Il Comitato Consultivo Misto, di recente istituzione, ha promosso un'approfondita ricognizione della realtà aziendale. In accordo e collaborazione con la Direzione ha avviato una serie di incontri che hanno visto di volta in volta protagonisti, unitamente al CCM, i Direttori di Dipartimento ed i Referenti Assistenziali di Dipartimento al fine di conoscere le singole realtà organizzative e di evidenziarne eventuali criticità stimolando di conseguenza suggerimenti.

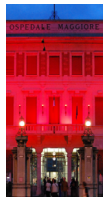
Il CCM ha effettuato inoltre un momento di verifica e di confronto con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche e la Responsabile del Settore Progetti affrontando le criticità relative alla segnaletica interna ed esterna e al regolamento di accesso e di sosta nelle aree di pertinenza dell'Azienda. È stato esaminato inoltre lo stato avanzamento lavori del nuovo Ospedale dei Bambini di ampio interesse per la cittadinanza.

Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva

Il tema dell'umanizzazione delle cure, intesa come attenzione alla persona nella sua totalità e dunque ai suoi bisogni organici, psicologici e relazionali, assume un ruolo di rilievo nel confronto sui modelli organizzativi e sulle scelte gestionali all'interno e intorno alle organizzazioni sanitarie.

Di particolare interesse, sia a livello locale che nel contesto regionale, sono i percorsi di umanizzazione di contesti di cura molto peculiari come le terapie intensive, strutture ad alta intensità assistenziale e fortemente tecnologizzate, dove si affrontano condizioni di particolare criticità-instabilità di vita del paziente ed estrema complessità di approccio ed intervento. Si tratta di ricercare, anche in area critica, modalità clinico-organizzative di conduzione dell'assistenza orientate alla considerazione del paziente come "persona", essere unico ed insostituibile, con un suo specifico contesto relazionale e quindi di creare un triangolo relazionale tra équipe medico-infermieristica, persona assistita e famiglia.

A livello aziendale, sono in corso diversi progetti sia presso la Struttura Semplice di unità operativa Terapia intensiva cardiocirurgica (che accoglie tutti i pazienti che hanno appena terminato l'intervento di cardiocirurgia e che devono essere stabilizzati prima del trasferimento nel reparto di degenza ordinaria,



così come pazienti critici, provenienti da altri reparti o altri ospedali, che devono essere stabilizzati prima dell'intervento) che nella struttura semplice di unità operativa Terapia intensiva post-operatoria (centro di terapia intensiva e rianimazione che garantisce assistenza e terapia a tutti i pazienti in condizioni estremamente critiche provenienti dai settori chirurgici e medici a esso afferenti, dal Pronto soccorso, o da altre strutture dell'ospedale che necessitano di cure intensive e rianimatorie).

La Terapia intensiva cardiocirurgica (affidente al Dipartimento Cardio-Polmonare), da alcuni anni, si occupa del tema *Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva*, ponendo particolare attenzione sia ai bisogni del malato, sia al rapporto con i familiari o caregiver (persone di riferimento) nell'ambito di un progetto interno chiamato "Percorsi del Prendersi Cura", in piena sintonia con gli obiettivi dello specifico programma sperimentale del modello assistenziale "Terapie Intensive Aperte" promosso dalla Regione Emilia-Romagna.

Il Progetto, che vede coinvolte tutte le figure sanitarie dell'unità operativa, è iniziato dalla consapevolezza che il "prendersi cura" richiede una metamorfosi del modello organizzativo complessivo, che superando l'aspetto puramente tecnico-assistenziale (sempre prevalente nelle TI, in ragione dell'elevata complessità dei pazienti trattati), assicuri cure ed assistenza rispondenti alle esigenze manifestate dai malati e dalle loro persone di riferimento.

Nel corso del 2009, il progetto si è sviluppato, con le seguenti iniziative:

- o indagine conoscitiva ad hoc, condotta dalla Terapia intensiva cardiocirurgica, che ha coinvolto oltre 65 Centri di Cardiocirurgia a livello nazionale. L'elaborazione dei dati, ha messo in evidenza la necessità, da parte del personale sanitario, di approfondire alcuni temi di particolare rilevanza del processo assistenziale, tra cui il dolore, la morte, la sofferenza, quotidianamente presenti sia nel malato sia nel parente, ma che coinvolgono anche il professionista, nelle dinamiche emotive e relazionali.
- o realizzazione di un Convegno Nazionale "La sofferenza e la morte nelle TI - Percorsi del prendersi cura" promosso dal Dipartimento Cardio-Polmonare in collaborazione con ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) ed il patrocinio dell'Associazione per l'assistenza e la ricerca in Cardiocirurgia e l'IPASVI di Parma, che ha coinvolto:

Partecipanti Totale	Partecipanti locali	Partecipanti esterni	Intra regione	Extra regione	Osservatori non sanitari
301	212	89	49	37	3

Categoria di appartenenza					
Infermieri	Medici	Fisioterapisti	Tecnici perfusionisti e radiologia	Settore formazione e tutor didattici	Oss
209	8	4	3	3	4

- o nel mese di settembre è iniziato un percorso formativo interno, che terminerà a dicembre 2010, rivolto a tutti i professionisti della struttura, che si è sviluppato come segue:
 - è stato proposto, prima dell'inizio del percorso, il questionario MBI (Maslach Burn Out Inventory), idoneo a determinare il grado di stress del personale sanitario che opera in TI, che ha evidenziato livelli di stress fra il personale bassi, confermati anche dalla percentuale di malattia ed infortuni, rilevata dai dati dell'Ufficio Gestione del Personale e relativi agli ultimi quattro anni. Questo servirà a valutare come si modifica nel tempo il valore, apportando modifiche organizzative coinvolgenti (ad esempio aumento dello stress per apertura TI di 2 ore con parenti presenti anche durante l'assistenza al proprio congiunto);
 - durante il momento formativo d'aula sono stati approfonditi, con alcuni specialisti del settore, le seguenti tematiche: le problematiche inerenti il dolore (demoetnoantropologa), il gruppo come risorsa (sociologo), fondamenti generali di bioetica (Presidente del Comitato Etico Aziendale). Nel corso del 2009 sono state effettuate 60 ore di formazione (lezioni frontali, role playng, focus group, eccetera). Gli incontri si svolgono nella giornata del lunedì, prevedendo due edizioni una al mattino e, sempre la stessa ripetuta anche al pomeriggio. Questa metodologia ha favorito il diffondersi dei contenuti didattici in modo contemporaneo ed uniforme a tutto il personale della Terapia Intensiva: Cardiocirurghi, Medici Intensivisti (3), Coordinatore, Infermieri (24), OSS (6).
- o Implementazione del protocollo per la gestione del dolore nei pazienti, realizzato con i Medici della TI



- Variazione e applicazione del protocollo di gestione del delirio post-operatorio in collaborazione con Neurologo e Psichiatra aziendale, con limitazione dell'uso della contenzione fisica come trattamento delle psicosi acute, eventi abbastanza frequenti nei pazienti ricoverati in TI.
- Personalizzazione dell'ambiente di TI (ad esempio nome di battesimo del paziente scritto ben visibile sul monitor dedicato, istituzione del briefing del mattino, momento di confronto tra i professionisti sul programma di cura personalizzato per il malato, favorire la presenza di oggetti translazionali del paziente, eccetera).

La Terapia intensiva post-operatoria, afferente al Dipartimento Chirurgico, partecipa al progetto dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva". Obiettivo di tale progetto è promuovere l'innovazione nei modelli organizzativi e assistenziali dei servizi di cure intensive per rispondere ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari anche attraverso l'umanizzazione delle modalità di assistenza e la necessaria attenzione agli aspetti relazionali.

Sin dalla sua inaugurazione, nella Terapia intensiva post-operatoria era ammessa la visita ai degenti da parte di un solo familiare al giorno, per un periodo di 20 minuti. Ai visitatori era richiesto di indossare calzari e sovra-camicce.

Il processo informativo era condotto esclusivamente dal medico nell'area di disimpegno antistante la terapia intensiva per due volte al giorno (una prima volta attorno alle 13.30 senza che il familiare potesse successivamente entrare, ed una seconda al letto dell'assistito nel momento di visita serale).

Con l'attivazione del progetto, i momenti di visita dei familiari alle persone ricoverate sono diventati due: una prima fascia oraria dalle 13 alle 14, ed una seconda dalle 18.30 alle 20.30. I visitatori ammessi al reparto sono due per ogni ricoverato ad ogni visita.

Con la necessaria discrezionalità legata alla condizione clinica e relazionale della persona assistita, il personale di servizio si riserva di aumentare o diminuire i limiti appena esposti, per rispondere al meglio alle esigenze manifestate dalla diade persona assistita-famiglia.

La vestizione con l'utilizzo di calzari e sovra-camicce è richiesta, anche se è in valutazione la possibilità di superare la necessità di ricorrere all'utilizzo di tali DPI con la sola esclusione dei casi in cui sia necessario applicare l'utilizzo di precauzioni aggiuntive (presenza di germi multi-resistenti, infezioni respiratorie in atto da parte del visitatore).

A tutte le persone che entrano ed escono dalla terapia intensiva, compresi gli operatori sanitari in consulenza, è richiesto di provvedere al lavaggio delle mani.

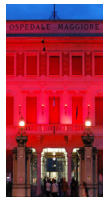
Il processo informativo/comunicativo con i familiari è gestito una volta al giorno da medico ed infermiere congiuntamente (al letto dell'assistito, durante la visita meridiana) e una volta dal solo infermiere responsabile dell'assistenza (durante l'apertura serale). Idonee eccezioni sono previste in caso di aggravamento del quadro clinico o in caso di ricovero pomeridiano presso il nostro reparto.

L'estate del 2009 è stata utilizzata come "banco di prova" su cui determinare l'applicabilità del disegno "terapia intensiva aperta" con modalità che fossero compatibili con il modello organizzativo ma soprattutto nel rispetto delle esigenze di privacy delle persone ricoverate e di quelle relazionali dei relativi familiari.

Il gruppo che segue il progetto ha realizzato, prima dell'attivazione del nuovo modello organizzativo per l'accesso dei familiari, un focus group con un gruppo multiprofessionale di operatori della struttura sulla prospettiva di "apertura".

Percorsi colore

Il nuovo progetto dell'Ospedale di Parma è nato con l'obiettivo di assicurare la qualità dell'ambiente nel suo complesso, mediante un insieme articolato di interventi, realizzati secondo un approccio di progettazione teso ad integrare aspetti funzionali, strutturali, impiantistici, ambientali e sociali e a superare la vecchia concezione della struttura a padiglioni. In questa logica, il complesso del progetto del Nuovo Ospedale nel corso del 2009 ha percorso una nuova importante tappa, enfatizzata anche dalla modalità con la quale è stata realizzata. Si tratta del completamento del raccordo tra la nuova area – definita ospedale polispecialistico – con la parte già esistente, attraverso la rifunzionalizzazione del padiglione Centrale (ex Monoblocco). Ma è appunto la modalità con la quale questa tappa è stata compiuta che rende eloquente il senso dello sforzo fatto: un percorso a colore semplice, facilmente identificabile e ben visibile. Queste le principali caratteristiche della guida cromatica realizzata per districarsi nel raccordo tra la parte nuova dell'Ospedale e quella già esistente. Si tratta di percorsi-colore



tratteggiati lungo il pavimento che conducono ai padiglioni Ala Est e Ala Ovest (*viola*), al Centro del cuore (*rosso*), all'Ortopedia (*blu*) e alla Torre delle Medicine (*azzurro*); l'asse portante che guida l'utente dal padiglione Centrale (ex Monoblocco) all'ingresso di via Volturmo è il "binario" principale, di colore *nero*. Punto di snodo dei nuovi percorsi-colore per gli utenti è l'edificio di acciaio e policarbonato eretto nel cortile del padiglione Centrale. Il grande parallelepipedo trasparente, alto più di 12 metri, ha alla sommità un giardino pensile accessibile di 250 metri quadrati, con alberi, sedute e una passerella di vetro. Al primo piano, alle spalle dell'ingresso del padiglione Centrale, il nuovo stabile accoglie gli utenti con scale e ascensori per accedere al secondo piano, nel quale iniziano i percorsi guidati. L'edificio è stato progettato dall'architetto Haig Uluhogian. Il percorso si snoda dal padiglione Centrale e, viceversa, anche dal nuovo ingresso di via Volturmo, ad accogliere i cittadini che accedono alla nostra Azienda e a i suoi servizi attraverso la sua nuova porta, che si presenta con una funzione specifica di soglia e offrendo subito un servizio informativo.

Il percorso colore è una proposta di raccordo funzionale e logistico alle varie parti dell'Ospedale e simbolo di un approccio di umanizzazione che si propone come elemento disponibilità, di volontà di accompagnamento e accoglienza, di valorizzazione di una nuova etica del prendersi cura. Il percorso colore, inoltre, è affiancato e valorizzato da un'iniziativa di comunicazione mirata all'orientamento del cittadino su bisogni specifici. Si tratta di un progetto realizzato dall'Ufficio relazioni con il pubblico che ha elaborato uno strumento, in linea con la nuova segnaletica, da consegnare al cittadino al momento della prenotazione CUP: una scheda contenente le indicazioni sul percorso più breve e più semplice da utilizzare, per facilitare l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali.

Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Nel corso del 2009 è stato realizzato un progetto per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali, curato dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in collaborazione con l'Ufficio gestione risorse attività ambulatoriale ed il Servizio attività tecniche e logistiche. Lo scopo principale è stato quello di migliorare sempre di più i rapporti con l'utenza e semplificare l'ingresso del cittadino a tutte le strutture ambulatoriali aziendali.

Per raggiungere l'obiettivo è stato effettuato uno studio di fattibilità, una dettagliata progettazione ed infine l'implementazione e la realizzazione dei seguenti aspetti:

- o definizione di percorsi specifici per il raggiungimento degli ambulatori aziendali mediante l'elaborazione di idoneo strumento in linea con la nuova segnaletica, da consegnare al cittadino al momento della prenotazione CUP. E' stata infatti predisposta una scheda contenente precise indicazioni sul percorso più breve e più semplice da utilizzare per facilitare l'accesso degli utenti alle strutture ambulatoriali, iniziando dall'ingresso più vicino da cui accedere fino ad accompagnarli all'ubicazione esatta della struttura erogante la prestazione, avvalendosi dei percorsi cromaticamente segnalati per accompagnare i cittadini che devono recarsi, ad esempio, verso i padiglioni est e ovest (percorso viola), al centro del cuore (percorso rosso), all'ortopedia (blu) e alla torre delle medicine (azzurro), posizionati sul pavimento dal Servizio attività tecniche e logistiche. Nella scheda di orientamento è stata colta l'occasione anche per aggiungere due informazioni utili al cittadino, una riferita al bus navetta, servizio gratuito, attivo dal lunedì al venerdì, che collega in 8 fermate, i principali punti dell'area ospedaliera e l'altra per ribadire l'esistenza del numero verde 800219978 (già pubblicizzato nella prima pagina delle prenotazioni) per informazioni, prenotazioni e disdette.
- o adeguamento di tutti gli indirizzi delle agende specialistiche contenute nella banca dati CUP, nel rispetto della nuova denominazione dei padiglioni; in particolare è stato modificato l'indirizzo di ogni ambulatorio in coerenza con i criteri adottati dalla nuova segnaletica che vede il numero del padiglione quale guida iniziale dal momento in cui si varcano i cancelli d'ingresso.
- o semplificazione della denominazione stessa degli ambulatori allo scopo di facilitarne la lettura e la relativa comprensione, cercando, in una prima fase, di ridurre al minimo l'utilizzo di abbreviazioni e acronimi, nei limiti consentiti dallo spazio messo a disposizione dall'applicativo CUP, successivamente estesa a tutte le unità specialistiche; siamo in attesa delle modifiche tecniche richieste ai gestori del sistema informatico CUP, al fine di ottenere il 100% dei risultati attesi.

Nel complesso sono state:

- o trattate n. 371 agende specialistiche per quanto concerne la denominazione e la modifica degli indirizzi;
- o elaborati n. 47 differenti percorsi specifici collegati ad ogni singola prestazione delle 289 unità specialistiche di prenotazione.



È stato inoltre integrato, con le nuove modalità di pagamento (modulo MAV e on-line), l'allegato informativo che viene stampato al momento della prenotazione.

A partire dalle prime modifiche inserite le informazioni e indicazioni venivano messe direttamente in linea nella banca dati CUP e quindi fruibili in tempi reali dai cittadini che si recavano a prenotare già dal mese di settembre 2009.

Sarà effettuato, nel corso del 2010, un monitoraggio continuo delle segnalazioni specifiche che giungeranno all'U.R.P., sul lavoro effettuato in relazione ai percorsi al fine di verificarne l'evoluzione nella logica di raccogliere opinioni e suggerimenti.

La prima percezione è comunque positiva, in quanto gli utenti che si recano all'U.R.P. disorientati sono ampiamente diminuiti e le richieste di informazioni sono prevalentemente di mera conferma.

Il pagamento dei ticket

Nel corso del 2009, è stato sviluppato il progetto, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, per consentire il pagamento online dei ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di laboratorio eseguite presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, senza l'applicazione di nessuna commissione. L'utilità di tale servizio per i cittadini è che è attivo 24 ore su 24, dal lunedì alla domenica, tutti i giorni dell'anno. Il pagamento avviene tramite carte di credito (circuiti Visa e Mastercard, anche prepagate). Il progetto ha trovato applicazione all'inizio del 2010.

A partire dal 22 settembre 2009 è stata attuata una nuova procedura per il pagamento dei ticket delle prestazioni di specialistica ambulatoriale denominata MAV (Pagamento Mediante Avviso).

Questa nuova modalità di versamento facilita l'utente nel percorso di pagamento dei ticket in quanto è possibile presentarsi presso qualsiasi sportello bancario e pagare in contanti senza oneri aggiuntivi oppure chiedere l'addebito sul conto corrente bancario presso la propria Banca.

Il progetto è stato realizzato congiuntamente all'Azienda Usl di Parma e alla collaborazione dell'Istituto Cassiere.

Sono, inoltre, attivi gli altri mezzi di pagamento: bollettini di conto corrente postale, macchinette riscuotitrici e POS.

Aspetti alberghieri e servizi alla persona

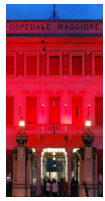
Pare opportuno ricordare preliminarmente che l'accoglienza dei pazienti, il miglioramento del comfort per gli utenti, l'umanizzazione degli ambienti dedicati all'assistenza sono obiettivi che sono al centro del progetto Nuovo Ospedale, che costituisce ormai una realtà per la maggior parte delle Unità Operative aziendali, già trasferite nelle nuove strutture.

In tema di erogazione di servizi non sanitari, l'affermazione della centralità del paziente nella quotidianità delle attività ospedaliere rappresenta in primo luogo uno dei sistemi più efficaci per presidiare la qualità degli stessi servizi. L'ascolto dei bisogni, delle critiche e dei suggerimenti dell'utente finale, oltre che costituire di per sé un obiettivo cruciale, rappresenta anche un insostituibile supporto per l'Azienda nella sua volontà di continuo miglioramento.

Nel corso del 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha posto in essere numerose azioni mediante le quali è stata fattivamente promossa la centralità del paziente.

Innanzitutto è stata potenziata la struttura aziendale dedicata alla verifica, al presidio, al miglioramento dei servizi di tipo alberghiero, le cui attività si basano sul monitoraggio di indicatori immediatamente percepibili dai pazienti durante la propria permanenza in ospedale (ad esempio, composizione del vassoio dei pasti, pulizia degli spazi comuni, eccetera). Le verifiche, condotte sulla base di check-list, hanno riguardato il rispetto dei parametri quali-quantitativi previsti dai capitolati d'appalto e sono state eseguite sulla base di un programma mensile e delle segnalazioni pervenute dai "clienti interni" (principalmente coordinatori infermieristici e tecnici) e utenti. Ad esempio, il servizio di ristorazione, sul quale, soprattutto in una città come Parma, sono particolarmente alte le aspettative da parte dei degenti, è stato oggetto nel corso del 2009 di circa 2.600 verifiche, il servizio di lavanderia circa 1.000 e il servizio di pulizie circa 700 per quanto attiene le sole verifiche di tipo alberghiero.

L'Azienda ha inoltre promosso un costante e proficuo confronto con le imprese appaltatrici dei servizi alberghieri, sia contestando, in caso di verifiche dall'esito negativo, le inadempienze e non conformità, sia promuovendo incontri periodici finalizzati al miglioramento dei servizi. A tal proposito, sono state di fondamentale importanza le valutazioni, le opinioni e i suggerimenti dei pazienti e dei loro famigliari,



raccolte sia direttamente nel corso delle già citate verifiche, sia dal personale assistenziale, sia con le segnalazioni trasmesse dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Per il 2009, l'Azienda ha proseguito l'erogazione di un servizio particolarmente apprezzato dagli utenti che inizialmente era stato avviato in via sperimentale, il bus navetta interno gratuito che collega i vari padiglioni dell'area ospedaliera e i principali parcheggi.

In tema di vigilanza interna, tramite le segnalazioni delle guardie giurate, anche con sistema informativo dedicato, nonché grazie al fondamentale contributo di utenti e operatori, è stato possibile il monitoraggio di situazioni anomale e potenzialmente critiche in modo da permettere, ove necessario e a seconda delle circostanze, un intervento diretto degli addetti, una richiesta alle Autorità di Pubblica Sicurezza o un'analisi delle soluzioni operative da porre in essere, in modo da adottare le opportune azioni correttive per una maggiore sicurezza.



3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Interventi sull'accessibilità

Il tema dell'accessibilità è ricorrente nella gestione dei servizi sanitari, essendo uno dei fattori determinanti della qualità dell'assistenza. La possibilità di fruire al meglio dei servizi necessari e disponibili presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dotata di quasi tutte le tipologie di reparti e ambulatori specialistici, è condizionata prevalentemente dal tempo di erogazione delle prestazioni. È ormai noto che qualsiasi intervento correttivo che si intende attuare per migliorare l'accessibilità ai servizi e alle cure deve essere sostenuto e condiviso dagli amministratori e dagli operatori sanitari.

Nel corso degli ultimi anni sono stati due gli interventi significativi, il primo volto alla riduzione della permanenza non necessaria in ospedale e l'altro alla definizione di protocolli standard per la gestione del paziente in fase di pre-intervento chirurgico (con riferimento a questo secondo intervento vedi la sezione Governo delle liste di attesa nel paragrafo *Universalità ed equità di accesso* del presente capitolo).

Riduzione giornate di degenza non necessarie

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si registrano, da alcuni anni, giornate di degenza in eccesso rispetto ai valori medi regionali. Per risolvere il problema, si è deciso di attuare uno studio, dal titolo "Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili: strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia", con l'obiettivo di valutare l'efficacia di una strategia volta a rendere responsabili i clinici sulle problematiche connesse a degenze eccessive evitabili e capaci di individuare misure correttive (secondo i principi del Governo Clinico). Poiché dall'analisi della letteratura emergeva la presenza di studi prevalentemente osservazionali e limitati alla valutazione dell'impatto di un solo intervento, si è disegnato uno studio randomizzato a due bracci che prevede l'attuazione di una serie di interventi sui reparti del braccio attivo e l'osservazione del fenomeno (senza alcun intervento di miglioramento) nel braccio di controllo. Gli interventi (reminder, audit e feedback) sono stati desunti dalla letteratura [Grol R, Grimshaw J. - Lancet. 2003] e scelti per intervenire sulle principali cause di giornate di degenza in eccesso: ritardi nell'erogazione di prestazioni, dimissioni difficili, indisponibilità di posto letto, difficoltà di trasporto dei pazienti, comunicazione inadeguata tra ospedale e territorio o tra medici diversi che hanno in cura il paziente.

Il progetto, disegnato e condotto da un team di clinici della U.O. Lungodegenza Critica e da metodologi della U.O. Ricerca e Innovazione, è stato finanziato dalla Regione nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2009; lo studio prevede la rilevazione periodica, da parte di personale medico addestrato, delle cause di degenze eccessive in tutti i reparti partecipanti tramite scheda ad hoc, desunta e adattata dalla letteratura, e interventi mirati a comprendere le cause e apportare interventi correttivi (solo per i reparti del braccio attivo). Dall'analisi preliminare dei dati si evince una riduzione statisticamente significativa nel gruppo attivo delle giornate di degenza giudicate non necessarie. I risultati verranno diffusi e pubblicati nel 2010.

Interventi sui processi assistenziali

Il miglioramento dell'appropriatezza rappresenta uno degli obiettivi principali perseguiti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma da molti anni, attraverso interventi e strategie multiapproccio scientificamente validati (la cui efficacia è documentata in letteratura).

La definizione di appropriatezza, condivisa a livello internazionale, è quella secondo cui una prestazione è appropriata se oltre ad essere efficace viene fornita avendo identificato correttamente i pazienti che ne possono beneficiare, il setting assistenziale più idoneo (comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti) e il momento che rende più favorevole il profilo beneficio-rischio. L'appropriatezza viene in genere distinta in due componenti: organizzativa e clinica.

L'appropriatezza organizzativa concerne prevalentemente l'ambito nel quale gli interventi sono erogati e l'utilizzo ottimale delle risorse economiche disponibili. Viene esaminata mediante strumenti e indicatori ad hoc, finalizzati a verificare se la pratica è conforme rispetto a standard condivisi (per esempio, casi trattati in regime di ricovero ma trattabili in altri setting assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse) e a monitorare l'andamento dei fenomeni nel tempo, ad esempio per verificare l'effetto di interventi correttivi. A Parma da molti anni l'appropriatezza dei ricoveri



e delle durate di degenza viene verificata e monitorata sistematicamente mediante l'analisi di un campione di cartelle cliniche, e utilizzando come riferimento un set di variabili prestabilite, individuate quali criteri di giudizio di appropriatezza di ricovero in un ospedale per acuti: questa modalità di approccio è l'Appropriateness Evaluation Protocol, in Italia denominato PRUO (Protocollo di Revisione per l'Uso dell'Ospedale).

Nel 2009, l'obiettivo di valutazione e promozione dell'appropriatezza dei ricoveri e della corretta rilevazione delle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, è stato perseguito dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attraverso i seguenti step:

- estrazione di un campione casuale di cartelle cliniche, rappresentativo dei ricoveri trattati in Ospedale;
- estrazione di un campione "selezionato" di cartelle cliniche, individuato in seguito all'analisi di fenomeni verificatisi nel corso dell'anno (incremento o decremento significativo di alcuni DRG) o per particolari DRG (ad esempio ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario - DGR 1171 del 27.07.09);
- esame della documentazione clinica e rilevazione dei criteri mediante un'apposita scheda;
- presentazione dei risultati ai clinici interessati ed eventuale individuazione di correttivi per risolvere le problematiche emerse.

L'analisi dell'appropriatezza ha riguardato un campione di 1188 ricoveri in degenza ordinaria, dimessi nell'anno 2009, di cittadini residenti e non nella provincia di Parma, pari al 2,8% del totale dei ricoveri.

Oltre al Protocollo P.R.U.O. sono stati di riferimento per la rilevazione:

- la Delibera della Regione Emilia-Romagna 1 marzo 2000, n. 559 "Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno (day surgery)";
- il Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali (versione 2006 e successive modificazioni).

La tabella seguente [fonte: Banca dati RER] evidenzia come per l'AOU, nel triennio 2007-2009 si è verificato un trend costante della percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati, dato peraltro uguale alla media regionale rilevata per le Aziende Ospedaliere.

Tabella 3 Ricoveri potenzialmente inappropriati – confronto AOU e totale Aziende Ospedaliere RER, anni 2007-2009

Aziende di ricovero		Ricoveri con DRG individuati da D.G.R. 1872/04 (*)	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale dei ricoveri
2007	AOU Parma	1.513	51.758	2,9%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.252	272.499	3,0%
2008	AOU Parma	1.571	52.040	3,0%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	8.092	270.313	3,0%
2009	AOU Parma	1.406	50.886	2,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	7.479	266.689	2,8%

(*) Ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata >1 giorno ed età compresa tra 16 e 64 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella Tavola 1 dell'Allegato alla D.G.R. 1872/2004.

Nota: l'estrazione è stata effettuata prima del 13° invio

Il consolidamento di questo risultato è dovuto ai seguenti interventi intrapresi nel triennio in esame:

- il progressivo trasferimento di attività dal regime ordinario a quello di day hospital e ambulatoriale;
- la realizzazione di attività di formazione e aggiornamento sulla tenuta della documentazione clinica;
- la effettuazione di incontri ad hoc con i clinici interessati, successivi ai controlli congiunti sulle cartelle cliniche, finalizzati all'individuazione/condivisione di soluzioni per ovviare al problema dell'inappropriatezza rilevata.

Gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero

L'Azienda effettua mediante la reportistica trimestrale trasmessa alle unità operative il monitoraggio dei ricoveri ripetuti. Se nel trimestre viene osservato un incremento significativo rispetto al trend precedente o se in una U.O. si osserva una percentuale di casi superiore a quanto rilevato in altre di pari disciplina, viene convocato un incontro con il responsabile dell'U.O. o suo delegato e si analizzano i casi (patologie concomitanti,, complicanze, età, residenza, eccetera) anche attraverso l'esame delle cartelle cliniche.



Tale azione, nel tempo, ha portato l'Azienda a contenere il fenomeno al di sotto della media regionale, così come si evidenzia nella tabella seguente, i cui dati sono stati desunti dalla reportistica predefinita della Regione Emilia-Romagna.

	Finestra temporale 0-1 gg.		Finestra temporale 2-7 gg.		Finestra temporale 0-15 gg.	
	% Ricoveri ripetuti anno 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009	% Ricoveri ripetuti anno 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009	% Ricoveri ripetuti anno 2008	% Ricoveri ripetuti anno 2009
AOU PR	0,34	0,28	1,17	1,22	1,44	1,38
Totale Aziende osp. della Regione	0,44	0,41	1,49	1,45	1,69	1,68

Fonte: Banca dati SDO Regione Emilia-Romagna

Ulteriori azioni di miglioramento sono in atto per alcune casistiche selezionate (dimessi con scompenso cardiaco e ictus cerebrale ischemico) e comprendono l'attuazione di percorsi assistenziali in grado di prevenire e minimizzare ulteriormente il ricorso al ricovero ospedaliero con il coinvolgimento dell'Azienda USL di Parma (Nuclei di Cure Primarie).

Le Linee di Programmazione RER 2009 sottolineano come il processo di innovazione non si limiti all'adozione di tecnologie, ma debba comprendere anche attività volte ad introdurre cambiamenti nei contesti clinico-assistenziali, sul piano della organizzazione dei servizi, dei ruoli professionali, dei percorsi e dei processi assistenziali dei pazienti. Tra le diverse iniziative di questo tipo che la Regione riconosce e valorizza, assumono particolare rilevanza i programmi volti a favorire la diffusione delle innovazioni attraverso la creazione o il consolidamento di network professionali. In quest'ottica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attribuisce da molti anni una fondamentale importanza alla collaborazione multidisciplinare e interprofessionale di cui costituisce testimonianza il programma aziendale sui Percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Frutto di un lavoro iniziato nel 1996, attuato nell'ambito di un programma di ricerca finanziato dal Ministero della Salute nel biennio 2000-2002, il programma è stato successivamente inserito nelle attività istituzionali; di fatti, una parte degli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti include l'attuazione di PDT specifici, desunti dalla letteratura scientifica e condivisi dai professionisti. I PDT sono documenti realizzati da team multidisciplinari, dedicati a patologie di particolare rilevanza, che stabiliscono indicazioni condivise sull'iter di gestione del paziente, dalla diagnosi fino al follow-up. Questi strumenti hanno l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza clinica, intesa in termini di adesione alle indicazioni presenti in letteratura, e giungere ad un inquadramento clinico-strumentale e terapeutico omogeneo.

Complessivamente, dal 2000 ad oggi sono stati realizzati 15 PDT, coinvolti circa 200 professionisti di 40 unità operative diverse e trattati oltre 7000 pazienti l'anno. Il requisito fondamentale per la realizzazione del Percorso diagnostico-terapeutico è la partecipazione al gruppo di lavoro di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della patologia in oggetto, al fine di poter integrare i diversi punti di vista e trovare soluzioni comuni alle problematiche emerse. Oltre a permettere il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica, la discussione che caratterizza il lavoro dei gruppi multidisciplinari offre spunti per la realizzazione di innovativi progetti di ricerca multiprofessionali.

La metodologia adottata per la realizzazione dei PDT è quella validata nell'ambito del progetto di ricerca summenzionato, i cui risultati sono stati pubblicati su BMC Healthcare Research nel 2005.

Per ciascun PDT è stato individuato un set minimo di indicatori di "qualità", monitorato prospetticamente per misurare l'adesione alle evidenze scientifiche. In caso di scostamento il GLM ha analizzato (durante incontri trimestrali) le cause e individuato azioni correttive. La tabella riporta i risultati conseguiti nell'anno 2008 per singolo PDT, in termini di grado di adesione al Percorso e grado di conseguimento degli obiettivi specifici.

Percorsi Diagnostico-Terapeutici di riferimento dell'Azienda - indicatori EBM, monitoraggio anno 2008

Percorso	N. eleggibili/anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
Tumore polmonare Data di avvio: giugno 2001	200-220	99%	Valutazione entro 2 settimane dal sospetto	91%	>=90%	Chirurgia Toracica; Oncologia Medica; Radioterapia; Medicina Riabilitativa; Clinica
			Diagnosi confermata entro 4 settimane	89%	>=90%	
			Misurazione del dolore all'ingresso	90%	100%	
			Presenza dello stadio	99%	100%	



3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Percorso	N. eleggibili/anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
			Discussione collegiale per pazienti di stadio III	100%	100%	Pneumologica; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Scienze Radiologiche; Anatomia e Istologia Patologica.
			Riabilitazione preoperatoria	98%	>=90%	
			Intervento chirurgico aderente ai criteri	93%	100%	
			Trattamento combinato per eleggibili di stadio III	93%	>=90%	
Tachiaritmie sopraventricolari Data di avvio: marzo 2002	680-700	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Tasso di ricovero	25%	<40%	Cardiologia; Clinica e Terapia Medica; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico; Medicina Interna a Indirizzo Angiologico e Coagulativo.
			Dimessi da PS/OBI in ritmo sinusale	95%	>=90%	
Linfomi non Hodgking Data di avvio: giugno 2003	90-110	100%	Diagnosi confermata entro 2 settimane	100%	>=90%	Ematologia e CTMO; Clinica e Terapia Medica; Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica; Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo; Medicina Nucleare; Oncologia; Radioterapia; Anatomia Patologica; Scienze Radiologiche.
			Esecuzione tempestiva biopsia	86%	>=90%	
			Esecuzione tempestiva TAC	86%	>=90%	
			Presenza dello stadio	81%	>=90%	
			Discussione collegiale	100%	>=90%	
Inizio chemioterapia	75%	>=90%				
Melanoma Data di avvio: Gennaio 2003	120-140	100%	Diagnosi confermata entro 4 settimane	99%	>=90%	Dermatologia; Anatomia e Istologia Patologica; Chirurgia Plastica; Clinica Chirurgica e Terapia Medica; Medicina Nucleare.
			Presenza dello stadio	100%	>=90%	
			Discussione collegiale per pazienti con linfonodo sentinella positivo	no linf. positivo	>=90%	
			Rapida radicalizzazione entro 6 settimane	93%	>=90%	
			Tempi di refertazione entro 1 settimana	80%	>=90%	
Ictus cerebrale ischemico Data di avvio: gennaio 2000	300-330	100%	Esecuzione TAC	100%	>=95%	Neurologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Centrale Operativa 118 - "Parma Soccorso"; Psichiatria; Neuroradiologia; Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa.
			Ricovero presso un reparto dedicato	84%	>=90%	
			Visita fisiatrica tempestiva	90%	>=90%	
			Destinazione alla dimissione	92%	>=90%	
			Poor outcome	36%	<60%	
			Visite di follow-up a 1 mese	84%	>=90%	
Tromboembolia polmonare Data di avvio: aprile 2004	180-200	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Documentazione della probabilità clinica in PS (Geneva score)	73%	>=90%	Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Nucleare; Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo; Cardiologia; Clinica Pneumologica; Pneumologia; Clinica Geriatrica; Scienze Radiologiche.
			Documentazione della probabilità clinica in reparto (Weels score)	Non rilevabile in quanto il grado di adesione è < 75%	>=90%	
		22%	Appropriatezza d'uso della ANGIO-TC	>=90%		
			Appropriatezza d'uso della trombolisi	>=90%		
			Appropriatezza d'uso dell'eparina	>=90%		
BPCO Data di avvio: gennaio 2001	370-400	93%	Allocazione nel reparto in base alla gravità	100%	>=90%	Clinica Pneumologica; Clinica Geriatrica; Medicina Riabilitativa; Pneumologia; Fisiopatologia Respiratoria; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.
			Utilizzo della spirometria	100%	>=90%	
			Utilizzo della ventilazione non invasiva	97%	>=90%	
			Miglioramento grado di disabilità (scala MRC)	94%	>=70%	
			Durata di degenza secondo i criteri stabiliti dal GLM	93%	100%	
			Consulenza antifumo	88%	>=75%	

Percorso	N. eleggibili/anno	Grado di adesione	Principali indicatori di verifica	Risultato	Valore atteso	Unità Operative coinvolte
			Vaccino antinfluenzale	94%	>=75%	
			Esecuzione riabilitazione	100%	>=75%	
Cirrosi epatica Data di avvio: dicembre 2001	450-490	100%	Allocazione in base alla gravità	93%	>=90%	Malattie Infettive ed Epatologia; Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.
			Reingressi entro 30 giorni	8%	<=10%	
			Somministrazione di albumina	100%	>=90%	
Dolore toracico Data di avvio: gennaio 2001	2000-2300	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	Trasferimento in UTIC di paziente con TIMI Risk Score >=4	26%	>=90%	Cardiologia; Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; Medicina Interna a Indirizzo Cardiologico; Cardiochirurgia; Clinica Geriatrica.
			Pazienti sottoposti ad angioplastica primaria con door-to-balloon time <=90 minuti	73%	>=90%	
			Ricoveri ripetuti	2%	<=2%	
Parto Data di avvio: gennaio 2001	2200-2500	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale	% parti cesarei	37%	<=30%	Ostetricia e Ginecologia; Neonatologia.
			Parti cesarei senza indicazione clinica	40%	<15%	
			Travaglio di prova nelle precesarizzate	24%	>=30%	
Protesi d'anca Data di avvio: ottobre 2002	350-390	Non prevista in quanto l'analisi viene effettuata utilizzando il Sistema Informativo Aziendale e le Cartelle Cliniche	Punteggi WOMAC	0%	>=90%	Clinica Ortopedica; Ortopedia; Medicina Riabilitativa; Immunoematologia e Trasfusionale; Radiologia; 2° Servizio Anestesia Rianimazione.
			Tempi di attesa	32%	>=90%	
			Punteggi VAS	61%	>=90%	

Dal 2009 il monitoraggio di ogni PDT è a cura del coordinatore clinico, il quale deve attuare la revisione del documento, alla luce delle recenti evidenze scientifiche, e realizzare incontri periodici del GLM, per la condivisione di interventi di miglioramento e la verifica dell'impatto nella pratica routinaria.

Nel 2009 ha preso avvio la realizzazione di un PDT per la Patologia Tiroidea, in collaborazione tra le due Aziende Sanitarie della Provincia di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL.

La patologia tiroidea nodulare e non nodulare ha una incidenza significativa nella Provincia di Parma, anche per la presenza della Dorsale Appenninica, e rappresenta uno dei più frequenti DRG in ambito endocrinologico. Allo scopo di garantire un approccio adeguato e possibilmente omogeneo in pazienti con tale patologia, è stato istituito un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare interaziendale costituito da Medici operanti negli Ospedali e negli ambulatori specialistici di Endocrinologia e dai Medici di Medicina Generale col fine di delineare un percorso clinico, diagnostico e terapeutico condiviso dagli Specialisti Endocrinologi, dai Laboratoristi, Medici Nucleari, Anatomo-Patologi, Citologi, Oncologi, Radiologi, Oculisti, Chirurghi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi Maxillo-Facciali e dai Medici di Medicina Generale. Tale percorso, redatto secondo le più recenti Evidence-based, vuole mettere in evidenza come la gestione integrata, fra Ospedale e Territorio, dei pazienti con patologie tiroidee, permetterà un miglior uso di prestazioni ed indagini strumentali per condurre ad una velocizzazione della diagnosi precoce e ad un miglioramento nella prognosi della malattia.

Interventi sulla sicurezza dei pazienti

Progetto eventi avversi

Tra i diversi aspetti della qualità dell'assistenza, gli eventi avversi (EA) meritano particolare attenzione, per frequenza e gravità. L'evento avverso è un danno causato dalla gestione clinica misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione [Brennan 1991], che comporta conseguenze negative sia per il paziente, sia in termini di oneri economici per i servizi sanitari.



Una recente metanalisi sulla incidenza e natura degli eventi avversi riporta che in media 1 paziente su 10 subisce almeno un evento avverso durante la degenza, e che quasi la metà di questi episodi sarebbe potenzialmente prevenibile. In letteratura sono riportati diversi metodi di rilevazione degli EA in ospedale, nessuno dei quali però è privo di limiti. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con le Aziende USL di Parma e Piacenza, ha ideato un progetto "Screening degli eventi avversi nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", finanziato dalla Regione stessa nell'ambito del Programma di Modernizzazione, con l'obiettivo di validare un sistema automatizzato volto a segnalare la presenza di "potenziali" eventi avversi avvenuti durante il ricovero, attraverso le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), quindi da dati già disponibili. Lo scopo è quello di sviluppare e validare una strategia condivisa con il personale medico e infermieristico e di facile applicazione, che permetta di analizzare le cause degli EA in Azienda e di identificare possibili soluzioni per la quota prevenibile. Ovviamente il sistema non consente di misurare la frequenza degli accadimenti, ma è uno strumento utile per catturare i fenomeni "negativi" e favorire la messa in atto di interventi preventivi.

La metodologia dello studio ha compreso le seguenti fasi:

- Selezione dalla letteratura di un set di indicatori (Brennan 1991, Woolf 1996, Zhan 2003) e di una scheda raccolta dati per l'identificazione degli Eventi Avversi (Michel 2004)
- Realizzazione del programma di screening in SAS (a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale)
- Formazione del personale infermieristico e medico (2 giornate)
- Estrazione cartelle cliniche "segnalate" dal programma di screening, più il 3% di "non segnalate" (per misurare i falsi negativi)
- Analisi delle cartelle cliniche e compilazione delle schede, prima da parte degli infermieri e poi, solo per i casi 'sospetti', da parte dei medici

Lo studio si è concluso nel 2009 e i risultati sono in corso di pubblicazione. In breve, sono stati utilizzati 7 indicatori :

- Morte
- TVP o embolia polmonare
- Arresto cardiaco
- Trasferimento in terapia intensiva
- Ritorno in sala operatoria entro 7 giorni durante il ricovero
- Ricovero non programmato entro 28 giorni dalla dimissione
- Degenza >21 giorni

e analizzati dal sistema di screening tutti i dimessi transitati dai 15 reparti chirurgici delle 3 Aziende coinvolte, in un trimestre.

La Prevalenza di EA è stata del 6%. 50 casi sono iatrogeni (50/77 pari al 65%), di cui 13 prevenibili. Il processo di revisione ha richiesto 16 incontri per gli infermieri (per 330 ore lavoro) e 13 per i medici (84 ore lavoro). La capacità predittiva positiva del sistema di screening è stata del 17% e il valore predittivo negativo del 96%.

In conclusione, la strategia di individuazione degli eventi avversi, ideata e testata in questo studio, è estremamente utile ed efficiente (riduce di 1/3 il numero di cartelle da visionare per individuare un EA). Il set di indicatori richiede un ampliamento (per aumentare la capacità predittiva positiva) ed un aggiornamento periodico da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, al fine di dotare tutte le Aziende di un programma di screening automatizzato uniforme e "testato". Prima della generalizzazione è necessario un corso di formazione mirato, volto a istruire il personale sull'utilizzo della scheda e a garantire l'uniformità del giudizio. È necessaria la tempestività della rilevazione (entro 1 mese dalla dimissione) e l'esecuzione di audit sistematici.

[Interventi sulla continuità assistenziale](#)

Compito essenziale dei servizi sanitari è attuare un'adeguata prevenzione, intesa non solo come prevenzione dell'insorgenza di malattie, ma anche delle complicanze di patologie esistenti, aiutando il paziente a convivere con il suo problema di salute e ad effettuare tutte le cure necessarie per ridurre/posticipare le sequele. In particolare, le patologie croniche, in costante aumento, presentano un'alta incidenza di complicanze, spesso potenzialmente evitabili, con la stretta collaborazione tra Ospedale e Territorio. Per poter analizzare la situazione a livello locale, è indispensabile disporre di dati facilmente rilevabili, valutabili nel tempo e confrontabili con quelli di altre realtà, anche allo scopo di sviluppare interventi di miglioramento e verificarne l'efficacia. Esistono in letteratura varie esperienze volte a individuare indicatori per verificare l'attuazione della continuità assistenziale. Una delle più note è quella dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), che individua 16 indicatori, i **Prevention**



Quality Indicators (PQI), relativi a 14 patologie, costruiti per l'applicazione alle Schede di Dimissione Ospedaliera, quindi a dati già disponibili. Sebbene si basino su informazioni relative ai ricoveri, i PQI forniscono indicazioni utili sull'intero processo assistenziale che deve essere garantito in modo integrato dai professionisti e dai Servizi sia dell'Ospedale che del Territorio. Inoltre, pur essendo i PQIs già ampiamente utilizzati a livello internazionale, occorre comunque tener presente alcuni limiti che ne caratterizzano l'applicazione: ad esempio, non è sempre possibile distinguere gli effetti della qualità dell'assistenza da altri fattori che dipendono dalla popolazione di un'area geografica (status socioeconomico, preferenze del paziente, capacità ospedaliere, condizioni ambientali che predispongono a certe patologie) o dalla qualità dei dati contenuti nella SDO.

Sono due le patologie su cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha "sperimentato" i PQI: lo Scompenso cardiaco e il Diabete, malattie particolarmente rilevanti per frequenza, mortalità e tasso di complicanze, con conseguente oneroso carico assistenziale ed economico. Di seguito vengono brevemente illustrati gli indicatori, la metodologia e l'interpretazione dei risultati.

Scompenso cardiaco

Nonostante la natura cronico-degenerativa dello Scompenso Cardiaco (SC) implichi necessariamente per alcuni pazienti molteplici ricoveri in ospedale, una parte delle ammissioni è anche dovuta a cause non intrinseche alla patologia – non adeguata assistenza ambulatoriale post-dimissione, non compliance terapeutica del paziente, difficoltà di accesso all'assistenza disponibile – e sarebbe quindi potenzialmente evitabile. Il tasso di ricovero per SC pertanto può rappresentare un indicatore dell'avvenuta continuità assistenziale del paziente. Al fine di confrontare aree geografiche diverse, tuttavia, è opportuno standardizzare per età e sesso a beneficio di quelle aree che potrebbero presentare casistiche particolari (ad esempio più anziane). Come riportato in tabella, si rileva per i pazienti residenti nella provincia di Parma un tasso standardizzato inferiore al parametro di riferimento indicato dall'AHRQ e del tutto sovrapponibile a quello regionale.

Tabella 4 Tasso di ricovero per scompenso cardiaco su 100.000 abitanti

Anno di ricovero	Residenti provincia di Parma		Residenti Regione Emilia-Romagna		Valore atteso P.Q.I.
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	
2007	393	412	441	430	521
2008	372	401	445	435	
2009	399	447	446	426	

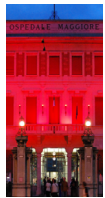
Diabete mellito

Le complicanze a breve termine del diabete (chetoacidosi diabetica, iperosmolarità e coma), conseguenza di uno squilibrio dei valori di glucosio e insulina, sono spesso dovute a scostamenti dalla gestione ottimale del paziente. Il tasso di ricovero per complicanze a breve termine del diabete risulta un indicatore della qualità della gestione ambulatoriale/territoriale di soggetti diabetici. Per effettuare confronti fra aree diverse, è opportuno aggiustare il tasso eliminando le differenze per età e sesso; è importante però tener presente che la prevalenza di pazienti diabetici può variare tra aree geografiche, ad esempio per la composizione razziale o le condizioni socioeconomiche dei cittadini, creando possibili bias di interpretazione dell'indicatore.

Come riportato in tabella, si rileva per i pazienti residenti nella provincia di Parma un tasso standardizzato inferiore al parametro di riferimento indicato dall'AHRQ ma lievemente superiore a quello regionale; il trend risulta comunque in decremento, sia a livello provinciale che complessivamente in Regione.

Tabella 5 Tasso di ricovero per complicanze a breve termine del diabete su 100.000 abitanti

Anno di ricovero	Residenti provincia di Parma		Residenti Regione Emilia-Romagna		Valore atteso P.Q.I.
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	Tasso grezzo	Tasso standardizzato per età e sesso	
2007	21	20	17	18	36
2008	22	21	18	19	
2009	20	19	16	16	



Governo clinico del farmaco

Assistenza farmaceutica ospedaliera.

Nel 2009 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è ulteriormente consolidata ed ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 19.491 con 1.859.327 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di 382.260 € corrispondente ad un costo pari a 1.444.730 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per la struttura sanitaria pari a 1.062.470 €.

Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2009 pari a 19.890.800 €.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, le attività sono state orientate in particolare ai progetti di gestione delle gare in unione d'acquisto di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e regionali (INTERCENT-ER), di centralizzazione logistica, di monitoraggio ed appropriatezza dei trattamenti, di monitoraggio dei consumi e di implementazione dell'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale.

L'andamento dei consumi e della spesa conseguente per beni sanitari si pone nell'anno 2009 in linea con l'obiettivo che il documento di programmazione 2009 prevedeva come contenimento della spesa rispetto a quella del 2008. Tali andamenti e la loro stima confermano la crescita media che coinvolge i consumi e la spesa conseguente.

Uso razionale dei farmaci potenzialmente innovativi e attività di gestione del Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), del Prontuario dei Farmaci Aven e delle gare dei beni sanitari in unione d'acquisto.

L'attività si è svolta con una partecipazione continua e attiva sia ai tavoli delle commissioni tecniche dei sanitari per lo studio delle equivalenze terapeutiche / sovrapposibilità cliniche, sia ai tavoli gestionali per la produzione dei capitolati tecnici e l'allestimento delle gare in unione d'acquisto.

Tale attività, sia di tipo scientifico che di tipo gestionale, condotta anche come capofila, ha concorso alla formulazione dei giudizi di equivalenza terapeutica dei farmaci, alla loro applicazione e/o al consolidamento della loro applicazione nella prescrizione riguardo una quindicina di categorie di farmaci.

L'attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull'appropriatezza prescrittiva e sull'adesione della prescrizione ai termini delle equivalenze terapeutiche attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, che hanno coinvolto il Servizio di Farmacia, la Commissione Provinciale del Farmaco (CPF) e la Commissione del Farmaco Aven (CFAven), ha permesso e mostrato risultati più che soddisfacenti. Dalla rilevazione relativa ai consumi dell'anno 2009, l'adesione alle gare in unione d'acquisto e, particolarmente, ai lotti in equivalenza terapeutica, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata superiore alla media attesa.

Ciò ha consentito contestualmente il miglioramento della qualità della cura uniformando la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative delle equivalenze terapeutiche e trasmettendo tali caratteristiche alla prescrizione territoriale nell'ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero - medico di medicina generale (MMG).

Il Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), interamente revisionato ed aggiornato, è riconosciuto come lo strumento fondamentale del governo clinico sui farmaci ed è stato applicato rispettando i vincoli regionali e gli orientamenti della Commissione Regionale del Farmaco (CRF). E' iniziata e si è già consolidata l'attività della CFAven ed è in costruzione il PTAven.

La Commissione Terapeutica Provinciale del Farmaco (CPF) ha operato con continuità valutando, in armonia con le decisioni della CRF, le domande di inserimento di nuovi farmaci in PTP e svolgendo un'azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo diretta al monitoraggio d'uso dei farmaci specialistici da parte dei centri prescrittori individuati, dell'uso dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, Antimicrobici generali per uso sistemico con particolare riguardo agli Antiretrovirali, Emoderivati, farmaci dell'Apparato Gastrointestinale e del Metabolismo, del Sistema Cardiovascolare, del Sistema Respiratorio ed i farmaci derivati dagli anticorpi monoclonali per l'uso in diversi campi specialistici. Il PTP presenta inoltre una versione molto omogenea con quelli delle Aziende di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) ed aderente alle acquisizioni in unione d'acquisto.

In tutto l'anno 2009 è stata condotta una partecipazione continua agli incontri di coordinamento tra rappresentanti delle segreterie scientifiche delle Commissioni Terapeutiche Provinciali di area vasta e con la segreteria scientifica della CTR al fine di rendere omogenee le versioni dei rispettivi PTP. Sono stati



condotti audit in collaborazione con l'AUSL di Parma presso alcuni Dipartimenti ospedalieri coinvolgendo tutti i prescrittori specialisti assegnati.

Sono stati recepiti e divulgati tutti i documenti scientifici prodotti dalla CTR collegati al PTR e quelli elaborati dai gruppi multidisciplinari RER (GREFO e Specialisti Psoriasi).

L'attività gestionale sul farmaco ha concorso all'applicazione di tutte le tranche di gara in unione d'acquisto sui farmaci ed alla prosecuzione del programma gare in ambito Dispositivi Medici.

L'attività sul farmaco e sui Dispositivi Medici è stata aderente ed espletata in linea anche con la programmazione e l'aggiudicazioni di gare Intercent-ER.

È stata nominata la Commissione Aziendale sui D.M. (CADM).

Si rappresenta di seguito il dettaglio dell'andamento dei consumi e della spesa per farmaci nell'anno 2009.

Tabella 6 Andamento della prescrizione, dei consumi e della spesa per farmaci in Azienda, anno 2009

Consumi Specialità Medicinali (registrate in Italia) in ed extra Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP)					
Totale unità erogate anno 2009	Totale valore erogato anno 2009	Unità erogate in dimissione anno 2009	Valore erogato in dimissione anno 2009	Unità erogate al netto da dimissione	Valore erogato al netto da dimissione
7.928.929	29.194.797	1.855.687	378.677	6.073.242	28.816.120

La tabella si riferisce alle sole specialità medicinali (registrate in Italia) presenti nel Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) o acquistate in deroga al PTP secondo le decisioni assunte dalla Commissione Provinciale del Farmaco (CPF), inclusa la somma a compensazione economica.

Nell'anno 2008 la spesa per farmaci in valore totale al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione era stata di € 24.828.372.

Quindi la spesa di € 28.816.120 per farmaci intra ed extra PTA al netto dall'erogazione ai pazienti in dimissione ha fatto registrare nel 2009 un aumento di circa il 16% rispetto a quella del 2008.

Tabella 6a Consumi e spesa di tutta la categoria "farmaco" (inclusi i farmaci erogati a pazienti in dimissione)

Totale pezzi	Totale valore
10.360.047	33.167.172

Il dato riportato in tabella è relativo al consumo e al costo con riferimento solo all'utilizzo interno ospedaliero, di farmaci in PTP ed extra PTP, compresa l'erogazione dei farmaci in dimissione, comprensivo anche di soluzioni di largo volume, emoderivati, farmaci diagnostici e mezzi di contrasto, stupefacenti, galenici, sieri e vaccini e farmaci esteri nell'intero anno 2009, inclusa la somma a compensazione economica (vedi tabella 9).

Nel 2008 la spesa corrispondente era stata di € 29.083.697 che, rapportata alla spesa di € 33.167.172 del 2009 determina un aumento di circa il 14% nel 2009 rispetto al 2008.

Se dal totale valore di spesa 2009 pari a € 33.167.172 si sottrae il valore della compensazione economica dei farmaci prodotta nel 2009 (pari a € 19.890.800 vedi tabella 9) l'aumento della spesa per consumo interno dei farmaci per pazienti ricoverati è risultato pari solamente a circa il 3,4%. Quindi lo sfioramento della spesa rispetto al tetto del 8% indicato dalla RER per il 2009 è sostenuto in grande parte dai farmaci consegnati ai pazienti ambulatoriali in assistenza diretta, utenti delle rispettive AUSL di provenienza.

Nella successiva tabella 10 sono descritte le evidenze che mostrano i riferimenti di responsabilità degli aumenti rilevati.

Tabella 7 Consumi e spesa totali (farmaco e non farmaco)

Totale pezzi	Totale valore
18.011.733	34.717.971

Nella tabella 7 è riportato il valore di spesa totale per materiali sanitari erogati ai reparti e servizi nel 2009 comprensivo quindi di tutti i farmaci e dei prodotti "non farmaco" relativi a materiali di medicazione, disinfettanti, materie prime, alimenti, strisce reattive eccetera.



Tabella 8 Erogazione farmaci ai pazienti in dimissione, anno 2009

	1 gennaio – 31 dicembre 2009
Numero dei paz. dimessi con farmaci	19.491
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fl, cpr, cer,...)	1.859.327
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	382.260 euro
Spesa territoriale corrispondente (applicato sconto medio del 3,7% praticato da AUSL alle farmacie al pubblico)	1.444.730 euro
Risparmio per il SSN	1.062.470 euro

La tabella 8 mostra l'andamento 2009 dell'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione relativamente agli adempimenti della Legge 405/2001 ed all'obiettivo assegnato alle UU.OO nella negoziazione di budget.

L'attività si è ulteriormente consolidata relativamente sia al numero di pazienti assistiti che di dosi singole erogate. Da ciò si stima la realizzazione di un risparmio di circa € 1.062.470 a favore delle AUSL di appartenenza dei pazienti dimessi.

I benefici del risparmio prodotto da tale attività sui pazienti della Provincia di Parma sono negoziati all'interno del contratto di fornitura con l'AUSL di Parma.

Tabella 9 Farmaci a compensazione economica 2009

Compensazione economica Totale:					
cod_causale	causale	2008	2009	Delta	Delta %
SC1	Dimissione Degenze	467.100	431.844	- 35.255	-8%
SC3	Ambulatoriale	10.977.516	12.885.558	1.908.042	17%
SC4	DH	1.732.274	2.177.291	445.016	26%
SC6	Fattori della Coagulazione	554.850	1.637.142	1.082.292	195%
SC9	Circ. 3/07 DH	2.150.126	2.564.447	414.321	19%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	173.572	194.518	20.946	12%
S11	Prestazione con erogaz.farmaci	1.647		- 1.647	-100%
Totale complessivo		16.057.085	19.890.800	3.833.715	24%
Compensazione economica Parma e Provincia:					
cod_causale	causale	2008	2009	Delta	Delta %
SC1	Dimissione Degenze	372.250,28	342.008,39	- 30.242	-8%
SC3	Ambulatoriale	8.790.087,84	10.274.420,71	1.484.333	17%
SC4	DH	1.064.450,00	1.377.651,02	313.201	29%
SC6	Fattori della Coagulazione	486.981,62	292.376,71	- 194.605	-40%
SC9	Circ. 3/07 DH	1.911.001,26	2.249.640,70	338.639	18%
S10	Circ. 3/07 regime ordinario	128.899,75	157.801,17	28.901	22%
S11	Prestazione con erogaz.farmaci	208,67		- 209	-100%
Totale complessivo		12.753.879,42	14.693.898,70	1.940.019	15%

Nel 2009 l'attività di governo clinico si è ulteriormente consolidata attraverso la raccolta ed il controllo di tutta la rilevazione della compensazione economica dei farmaci ed ha condotto alla determinazione di una compensazione economica totale in crescita del 24% rispetto al 2008. Con riferimento alla distribuzione diretta solo per Parma e Provincia l'aumento è stato del 15%.

In termini di bilancio aziendale, il dato di entrata per compensazione economica 2009 è da ritenersi positivo in quanto dimostra, come si è già detto, un aumento della crescita interna della spesa per pazienti in ricovero ordinario o Day Hospital di 540.366 € pari a solo + 3,4% sul 2008.

Tabella 10

ATC	Descrizione	Unità 2009	Valore 2009	% sul valore totale	% cumulativa
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	299.508	14.086.953	42,56	42,56
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.654.740	9.559.275	28,88	71,45
B	Sangue e organi emopoietici	2.730.640	5.052.641	15,27	86,71

V	Vari	174.590	1.067.786	3,23	89,94
N	Sistema nervoso	1.107.536	1.025.099	3,10	93,04
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.517.036	747.118	2,26	95,30
M	Sistema muscolo-scheletrico	391.217	624.731	1,89	97,18
C	Sistema cardiovascolare	1.546.054	207.947	0,63	97,81
R	Sistema respiratorio	283.968	195.223	0,59	98,40
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	75.981	186.870	0,56	98,97
H	Prep ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	378.534	151.301	0,46	99,42
S	Organi di senso	120.372	83.698	0,25	99,68
D	Dermatologici	41.639	69.642	0,21	99,89
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	30.915	37.674	0,11	100,00
	Totale	10.352.730	33.095.958		

Nella tabella 10 mancano i farmaci privi di classificazione ATC (ad esempio alcuni farmaci galenici, farmaci esteri, eccetera) che costituiscono la differenza tra € 33.167.172 della tabella 6a e € 33.095.958 della stessa Tab. 10.

La tabella 10 mostra l'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC nel 2009. Come appare evidente le categorie dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, dei farmaci Antimicrobici e dei farmaci del Sistema Sangue costituiscono una spesa pari all'86.71% della spesa totale.

In particolare la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2009 un aumento della spesa relativa di circa il 19% rispetto a quella del 2008, a sua volta già in aumento del 14% rispetto a quella del 2007.

Tale aumento (2.272.327 €) nel 2009 assorbe da solo oltre il 55% dell'aumento totale (4.108.519 €) della spesa per farmaci classificati come ATC nella tabella 10.

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

La categoria dei farmaci del sangue ha fatto registrare un aumento della spesa rispetto al 2008 (1.051.790 €) dovuta al maggior utilizzo di fattore VII ricombinante (Novoseven) e VIII ricombinante (Feiba) per un paziente emofilico in trattamento di immunotolleranza. Un minor aumento della spesa si è verificato per l'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 di risparmio sono registrati nelle categorie dei farmaci del sistema gastro-intestinale, cardiovascolare, respiratorio, del sistema genito-urinario, dei preparati ormonali e dei farmaci dermatologici.

Centralizzazione delle strutture e dell'attività dei laboratori per l'allestimento dei farmaci antineoplastici.

L'attività si inserisce nei progetti e nella promozione dell'eccellenza tecnologica, dell'appropriatezza clinica organizzativa, dell'efficienza, dell'efficacia, della sicurezza e dell'innovazione mirata a migliorare le condizioni di effettiva appropriatezza di uso dei materiali sanitari e delle tecnologie, nonché nello sviluppo di sistemi gestionali più adatti all'abbattimento del rischio e protezione dei soggetti. Il progetto di centralizzazione e l'attività di UMaCA (Unità di Manipolazione Chemioterapici Antineoplastici) sottodescritti sono stati realizzati dal Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco.

Nel corso del 2009 il carico di lavoro è andato progressivamente aumentando con il coinvolgimento delle Unità Operative di Oncologia degenza e D.H., Ematologia degenza, D.H. e CTMO, Clinica e Terapia Medica degenza e D.H., Neuroradiologia, raggiungendo così circa il 95% del programma di arruolamento delle UU.OO.

Secondo gli indirizzi regionali è stato ampliato il programma degli allestimenti per linea di prodotto, definito Drug-Day, in particolare per i seguenti farmaci:

- bortezomib (VELCADE),
- azacitidina (VIDAZA)
- nimustine (ACNU)
- bevacizumab (AVASTIN)
- trastuzumab (HERCEPTIN)



ATTIVITA' UMaCA ANNO 2009	
TOTALE UU.OO. ARRUOLATE	22
TOTALE PAZIENTI PRESI IN CARICO	1604
TOTALE ACCESSI	oltre 10.000
TOTALE ALLESTIMENTI (oncologici e terapie di supporto)	27.297
TOTALE SCHEMI TERAPEUTICI (convalidati e inseriti in Database)	oltre 300
ALLESTIMENTI PER PRINCIPIO ATTIVO E SCHEMA TERAPEUTICO dal 01/01/2009 al 31/12/2009	
ONCOLOGICI *	
N°TOTALE TERAPIE ALLESTITE	13.720 (11.910 citotossici - 1810 anticorpi monoclonali)
N° TOTALE PRINCIPII ATTIVI MANIPOLATI	54 (48 citotossici - 6 anticorpi monoclonali)
*dato comprensivo delle terapie sperimentali approvate dal C.E. e prescritte presso le UU.OO. di Ematologia e Oncologia D.H.	
TERAPIE DI SUPPORTO (ANCILLARI)	
N°TOTALE TERAPIE ALLESTITE	13.577
N° TOTALE PRINCIPII ATTIVI MANIPOLATI	13

Gestione del rischio

Rischio clinico

Nel corso del 2009 l'Azienda ha ulteriormente sviluppato la funzione aziendale di gestione del rischio in coerenza con il Piano Programma Pluriennale datosi dall'Azienda ed espressivo di obiettivi di breve e medio periodo che connettono la valutazione dei rischi con azioni risultate opportune, sostenibili e documentabili in un report annuale dedicato.

Nel corso dell'anno, tramite le fonti informative aziendali, ha completato l'identificazione gli errori e i near-miss più frequenti nei principali processi clinico-assistenziali, definendo quindi specifici eventi sentinella da monitorare.

È stato inoltre implementato un percorso formativo strutturato avente l'obiettivo di:

- diffondere la cultura della sicurezza e della prevenzione dell'errore,
- favorire la conoscenza e l'applicazione della scheda di Incident Reporting,
- promuovere l'impiego di metodi e procedure volte a contenere il rischio clinico-assistenziale,
- rendere trasparente l'attività assistenziale
- ridurre la possibilità di contenzioso Paziente-Azienda Ospedaliera
- condividere le priorità

Durante il 2009 è stato quindi completato il percorso con 5 edizioni rivolte a tutti gli operatori sanitari, con particolare riguardo a Direttori di Dipartimento, Direttori e Coordinatori Infermieristici di Struttura Complessa, Referenti Dipartimentali del Rischio Clinico, Dirigenti del Servizio Assistenziale. Particolare enfasi è stata data ai corsi per i Dipartimenti Testa Collo, Polispecialistico 2, Radiologia e Diagnostica per Immagini, Materno-Infantile, Geriatrico-Riabilitativo, Polispecialistico 1, Laboratorio, in quanto coinvolti nelle procedure di accreditamento.

Il sistema di incident reporting è stato consolidato nei Dipartimenti oggetti di autorizzazione.

Per ogni dipartimento sono state inoltre individuate due segnalazioni di incident reporting di eventi avversi rilevanti in quanto verificatisi in percorsi/e processi d'interesse aziendale.

La definizione e l'analizzare delle criticità di tali percorsi sono stati approfonditi tramite la Root Cause Analysis.

Sulla scorta delle criticità riscontrate e dell'analisi effettuata, sono state individuate azioni di miglioramento quali: momenti formativi, modifiche organizzative, stesura di procedure/istruzioni operative eccetera.

Sono state inoltre condotte azioni per individuare la corretta identificazione del paziente, per definire correttamente il lato del sito chirurgico, per evitare la dimenticanza di materiale all'interno del sito chirurgico e per prevenire le lesioni da decubito.



È inoltre proseguita regolarmente l'Attività della Commissione per il Buon Uso del sangue che ha lavorato su nuove iniziative di sensibilizzazione e formazione dei Sanitari, oltre che sull'aggiornamento delle linee-guida esistenti.

Gestione del contenzioso

All'interno della Azienda il processo di ascolto e mediazione dei conflitti è una realtà consolidata. Esso è garantito dalla esistenza di un Gruppo di Mediazione costituito da tre dipendenti (il Responsabile del Settore Medico Legale, la Responsabile dell'URP e una impiegata dello stesso ufficio). Anche nel corso del 2009 il Gruppo ha portato a termine 40 mediazioni. Le procedure di attivazione del percorso di mediazione sono state oggetto di revisione anche nell'ottica di assicurare un monitoraggio della qualità, efficacia e frequenza delle azioni svolte.

In un'ottica di corretta gestione della sinistrosità ospedaliera, il Settore Medico Legale aziendale mantiene l'implementazione dei rapporti di interazione e collaborazione con le Unità Operative i cui professionisti sono coinvolti nella gestione valutativa dei sinistri denunciati alla Compagnia Assicuratrice e nelle successive fasi di contenzioso giudiziario.

L'attività del Settore Medico Legale si è ormai consolidata nel corso degli anni ed è precipuamente indirizzata alla cogestione assicurativa del contenzioso. In particolare specifici accordi con la Compagnia Assicuratrice consentono una istruttoria medico legale completa di visita del paziente che ha presentato richiesta risarcitoria e successiva valutazione medico legale del caso con parere motivato sia sull'an che sul quantum del caso specifico. Il successivo iter risarcitorio prevede la condivisione della decisione (liquidazione del danno o resistenza in giudizio) con l'Ufficio Legale e il Centro Liquidazione Danni della Compagnia in sede di Commissione Valutazione Sinistri. Il Settore Medico Legale, inoltre, attraverso l'istituto della Pronta Disponibilità garantisce un servizio ininterrotto di supporto e consulenza ai professionisti nella risoluzione di problemi specifici.

I reclami vengono monitorati al fine di valutare anche le problematiche di non stretta pertinenza tecnico professionale, intervenendo mediante i processi di ascolto e mediazione al fine di migliorare e risolvere le problematiche relazionali evidenziate.

L'Azienda, attraverso il Settore Medico Legale, partecipa al sottoprogetto regionale "Malpractice claims dataset and policy" finalizzato alla implementazione del database regionale inerente i sinistri sanitari e alla creazione di un "Minimum data set" per informazioni inerenti la sinistrosità sanitaria regionale da inviare al Ministero della Salute. Tali dati consentiranno anche di mappare meglio la sinistrosità aziendale in termini di frequenza, gravità e luogo di occorrenza.

La revisione della procedura inerente la corretta acquisizione del consenso informato è stata ultimata e pubblicata, a partire dal gennaio 2010, sul sito Intranet Aziendale così da renderla fruibile agli operatori.

Sono in via di definizione anche le iniziative volte a formulare Linee Guida Aziendali inerenti la corretta gestione della cartella clinica.

Sono stati calendarizzati eventi formativi inerenti sia la Gestione del Rischio sia aspetti medico legali specifici (ad esempio contenzione, consenso informato, eccetera).

Attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere

Sorveglianza delle malattie infettive

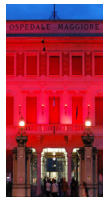
Prosecuzione del controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive provenienti dalle singole unità operative, che ha consentito il monitoraggio puntuale degli eventi infettivi in ambito nosocomiale, la tempestiva messa in atto delle misure di controllo e contenimento della diffusione e l'attivazione dei servizi territoriali preposti, per le opportune considerazioni epidemiologiche e gli eventuali interventi preventivi post-esposizione.

Indagini di prevalenza ripetute

Nel corso del 2009 è proseguita l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza tramite l'esecuzione sistematica di indagini di prevalenza, utilizzando il protocollo del progetto HELICS (European Link for Infection Control through Surveillance).

Il sistema di sorveglianza attiva impiegato, oltre a fornire dati epidemiologici, determina un maggior presidio delle attività correlate alla prevenzione del rischio infettivo, contribuendo indirettamente ad innalzare l'attenzione di tutti i professionisti coinvolti nell'attività assistenziale e fornisce alcuni degli elementi specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie, tra cui il tasso delle infezioni ospedaliere, considerato indicatore di valutazione delle performance delle UU.OO.

Le indagini di prevalenza hanno interessato tutte le Unità Operative afferenti ai Dipartimenti Materno Infantile e Medico Polispecialistico 1.



Lo studio ha preso in esame n. 207 pazienti.

- I dati raccolti hanno permesso di correlare l'insorgenza del processo infettivo ed i fattori di rischio intrinseci ed estrinseci al paziente, come ad esempio l'esecuzione di procedure invasive o di intervento chirurgico, la presenza di device, eccetera.
- Al termine dell'elaborazione dei dati raccolti, è emerso che il tasso di prevalenza delle infezioni nosocomiali risulta sovrapponibile a quanto riportato nella letteratura di riferimento. Contestualmente sono stati trasmessi a ciascuna unità operativa coinvolta i report riepilogativi, in modo da agevolare le opportune valutazioni epidemiologiche e clinico assistenziali, soprattutto in considerazione della criticità dei pazienti trattati e, in caso di riscontro di "non conformità" delle procedure in essere, sono state fornite indicazioni specifiche per la loro risoluzione.

Sorveglianza dei microrganismi sentinella

In linea con il DGR 186/2005, è proseguita l'attività di sorveglianza degli eventi epidemici e degli eventi sentinella. La sorveglianza ha incluso anche la raccolta ed analisi segnalazioni riguardanti alcune specie microbiche di particolare rilevanza epidemiologica; è stato quindi possibile mantenere aggiornata la mappatura della diffusione degli MDR in ambito locale.

In tale contesto, sono stati realizzati:

- audit clinici mirati, per verificare la correttezza dell'applicazione delle misure assistenziali previste per ogni caso di specie promuovendo, ove necessario, eventuali azioni di miglioramenti rispetto alle "non conformità" riscontrate;
- interventi formativi, nell'ambito del progetto "Lotta alla Sepsis in Emilia Romagna" già in essere, per sensibilizzare il personale sulla corretta e tempestiva applicazione delle misure preventive e di isolamento;
- implementare l'indagine epidemiologica, promossa dall' Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Area Rischio Infettivo, in merito alla sorveglianza delle enteriti sostenute da C. difficile.

Pandemia influenzale A/H1N1

In linea con il Piano Regionale per la Pandemia influenzale, sono state elaborate e diffuse le indicazioni igieniche atte a sorvegliare e controllare l'epidemia da virus influenzale A/H1N1.

Sono state effettuate numerose iniziative volte all'implementazione di linee guida aziendali ad hoc, in collaborazione anche con il Gruppo Interaziendale e Strategico Pandemia, con particolare riguardo all'elaborazione e diffusione delle misure di isolamento ospedaliero, misure igieniche e protocolli per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati, per il trasporto in sicurezza dei pazienti e per la sanificazione/sanitizzazione ambientale.

E' stata predisposta una specifica campagna multimediale (opuscoli, poster, seminari ecc.) di informazione/formazione degli operatori sulla necessità di sottoporsi alla vaccinazione contro il virus A H1/N1. comprendente anche l'elaborazione dei dati relativi all'attività vaccinale svolta

Sono stati inoltre realizzati alcuni interventi specifici, volti al contenimento dell'infezione che hanno riguardato l'installazione dei distributori di sapone e della carta asciugamani nei servizi igienici aperti al pubblico, il potenziamento dell'impiego del gel idroalcolico, anche attraverso l'installazione di appositi dispenser a muro, per potenziare l'igiene delle mani, misura strategica per il contenimento del rischio infettivo, in piena sintonia con il progetto "La prevenzione è nelle tue mani" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità.

Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori

In linea con il Piano Regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza ed il controllo delle malattie trasmesse da Aedes albopictus (Chikungunya e Dengue) e Culex (West-Nile Disease), si sono effettuati diversi interventi volti sia a fornire indicazioni comportamentali (accorgimenti per limitarne l'attrattiva, acquisizione ed impiego di repellenti cutanei), sia a realizzare interventi strutturali (installazione zanzariere, corretta gestione e manutenzione delle aree verdi esterne e delle aree di cantiere) per limitarne l'infestazione all'interno ed all'esterno delle strutture.

Inoltre, d'intesa con l'Azienda municipalizzata e con le strutture dell'Azienda USL, sono state intraprese, su tutto il territorio aziendale, una serie di attività riguardanti la lotta alla zanzara tigre, tra cui la pulizia dei pozzetti fognari prima dell'inizio della lotta antilarvale ed al bisogno, l'organizzazione degli interventi anti-larvali nell'ambito del controllo igienico-gestionale delle attività di disinfestazione/derattizzazione appaltata e disinfestazioni mirate in presenza di infestazione particolarmente significativa.



Prevenzione e controllo della Legionellosi in Ospedale

Nell'ambito delle attività di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione e controllo della Legionellosi in ambito nosocomiale, è stato elaborato dal Gruppo Operativo Aziendale Multidisciplinare Gestione del Rischio da Legionella il documento "Valutazione del rischio da Legionella per tutte le Unità Operative aziendali" e il "Programma di Controllo della Legionellosi".

Entrambi i manufatti sono stati valutati e valicati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dall'ISPESL. Sulla scorta degli elementi contenuti nei precitati documenti è proseguita:

- ✓ la sorveglianza di tutte le polmoniti ospedaliere e comunitarie con diagnosi differenziale di Legionella;
- ✓ la pianificazione delle attività correlate alle indagini microbiologiche sulla rete idrica, compresi gli eventuali interventi di disinfezione (iperclorazione, shock termico ripetuto, biossido di cloro degli impianti) in caso di "non conformità";
- ✓ la filtrazione dei terminali idrici, delle UU.OO considerate ad alto rischio, tramite l'impiego di filtri antibatterici.

Prevenzione del rischio infettivo

CIO aziendale

Le principali attività svolte dal Comitato Infezioni Ospedaliere sono state:

- la prevenzione della legionellosi in ambito nosocomiale;
- la prevenzione delle polmoniti nosocomiali
- la lotta alla sepsi

Prevenzione e controllo delle infezioni nei pazienti a rischio

Per uniformare i comportamenti, tra quanti coinvolti nei processi clinico-assistenziali di pazienti considerati ad alto rischio dal punto di vista infettivo, sono state realizzate raccomandazioni specifiche, per le UU.OO di Neonatologia e TIN, Oncologia Degenza Alte Dosi, Pediatria Infettivi Degenza, CTMO ed Ematologia.

Prevenzione e controllo delle infezioni in Terapia Intensiva e in Comparto Operatorio

Proseguimento del Progetto Regionale "Monitoraggio delle Infezioni in reparti a rischio - SITiER - Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva" con l'obiettivo di vigilare sistematicamente le infezioni nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le TI.

Si è provveduto a monitorare, nelle TI e nei CO, le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale attraverso l'esecuzione di specifici sopralluoghi e di indagini microbiologiche ed aerobiologiche ambientali. Tali verifiche consentono, oltre all'attenta valutazione dell'adeguatezza delle attività di sanificazione e sanitizzazione ambientale poste in essere, anche la verifica del rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali di area critica.

Prevenzione e controllo delle infezioni in Endoscopia

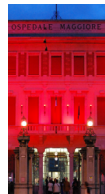
Nell'ambito del Progetto Regionale "Reprocessing degli Endoscopi", nel corso del 2009, si è realizzata l'implementazione e la distribuzione del Documento di Linee Guida RER "Reprocessing degli Endoscopi - Indicazioni Operative" pianificando lo svolgimento dell'audit clinico regionale, per la verifica dell'adozione di misure sicure nei centri di Endoscopia Digestiva e Respiratoria di I e II livello. Contestualmente si è provveduto alla revisione delle indicazioni relative alla prevenzione del rischio infettivo in corso di procedura operativa complessa, quale la Toracosopia Medica al fine di migliorare gli standard igienici e di sicurezza.

Prevenzione delle infezioni correlate all'utilizzo di dispositivi medici

Sono stati sviluppati alcuni progetti legati alla prevenzione delle infezioni correlate al cateterismo vascolare (periferico e centrale) ed al cateterismo vescicale.

In particolare, in collaborazione con il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, si è provveduto a:

- acquisire nuove medicazioni semipermeabili trasparenti per cateteri vascolari periferici e centrali, acquisite nell'ambito della gara Intercent-ER. Tale intervento è da ritenersi sicuramente migliorativo ed in linea con le linee guida di riferimento, in quanto l'impiego di tali medicazioni garantisce, oltre al monitoraggio puntuale del punto di inserzione del dispositivo intravascolare, ridotte manipolazioni sul sistema e una maggior dilazione dell'intervallo di cambio della medicazione stessa.
- Introdurre le sacche di drenaggio a circuito chiuso, in particolar modo per i pazienti che necessitano di cateterizzazione a lungo termine, in quanto sulla scorta della letteratura di



riferimento, l'utilizzo di un sistema di drenaggio a circuito chiuso, unito ad un'adeguata gestione del catetere vescicale, è in grado di ridurre l'incidenza delle infezioni delle vie urinarie nei pazienti ricoverati di oltre il 50 %.

Contestualmente, al fine di agevolare gli operatori sanitari durante l'utilizzo dei nuovi dispositivi, sono state elaborate e diffuse specifiche indicazioni generali d'impiego (scelta, modalità di applicazione, precauzioni di impiego e di gestione).

Antisepsi e disinfezione in ospedale

L'antisepsi e la disinfezione rappresentano momenti fondamentali di una buona pratica sanitaria, perché in grado di incidere in modo significativo nel processo di diagnosi, cura ed assistenza della persona malata. Anche per il 2009 si è provveduto ad incrementare la diffusione della conoscenza dei fattori che influenzano l'efficacia degli interventi di disinfezione, tra cui le caratteristiche del principio attivo, le corrette indicazioni d'uso, le modalità di impiego, che risultano di fondamentale importanza per i singoli professionisti, chiamati a garantire l'appropriatezza e qualità della prestazione sanitaria.

Con il Gruppo di Coordinamento Comitato Infezioni Ospedaliere Regionale, sono stati analizzati i contenuti dei documenti realizzati a livello Regionale da gruppi di lavoro ad hoc "Memo Regionale – Guida all'antisepsi ed alla disinfezione in ambito sanitario e socio-sanitario" e "Memo Regionale – Igiene delle Mani". Sempre nell'ambito delle attività Regionali sono stati individuati i referenti aziendali, un medico ed un infermiere della UO Neonatologia, che hanno collaborato alla realizzazione del documento regionale riguardante l'Antisepsi in Neonatologia di prossima diffusione

A seguito dell'esame delle recenti Linee Guida francesi su temi riguardanti l'antisepsi in Pediatria, si è ritenuto opportuno fornire indicazioni operative alle UO afferenti al Dipartimento Materno Infantile, per migliorare le procedure di antisepsi pediatrica tramite l'impiego di idonei prodotti disponibili a livello aziendale.

Sicurezza igienica di attrezzature sanitarie e dispositivi medici

È proseguita l'attività di valutazione degli aspetti di sicurezza igienica legati all'utilizzo di attrezzature sanitarie e di dispositivi medici in ambito aziendale, attraverso la valutazione delle schede tecniche, relative alle attrezzature/presidi sanitari, sia di nuova acquisizione, sia di impiego corrente, al fine di fornire indicazioni puntuali per il trattamento e ricondizionamento, in relazione al rischio infettivo correlato all'impiego. L'attività si è sviluppata con la realizzazione di protocolli operativi specifici.

Sono state introdotte guaine monouso sterili per trasduttori ecografici presso il Centro Senologico, da impiegare in corso di procedura complessa, migliorando gli standard di sicurezza igienica sia per l'utenza, sia per gli operatori coinvolti nelle procedure di ricondizionamento dei trasduttori stessi, eliminando l'impiego di glutaraldeide.

Al fine di ottimizzare il tempo-operatore e standardizzare le attività di bonifica dei trasduttori ecografici durante l'impiego tra un paziente ed il successivo, si è ritenuto opportuno sperimentare salviette pronte all'uso per la pulizia dei trasduttori per ecografia. Al termine della stessa, considerata la praticità d'uso, l'efficacia del prodotto chimico con funzione detergente e il gradimento ottenuto tra gli operatori coinvolti, si è provveduto a richiederne l'acquisto sulla scorta delle previsioni di consumo annuo, calcolato dalle singole UU.OO. utilizzatrici.

Sicurezza igienica ambientale

Verifiche igieniche

È proseguito il fitto calendario di controlli igienici all'interno delle UU.OO. aziendali, dando priorità alle UU.OO. sottoposte a procedura di autorizzazione/accreditamento. Le eventuali "non conformità" riscontrate sono state segnalate ai Servizi competenti per la risoluzione.

Parimenti è proseguito il monitoraggio igienico del servizio di sanificazione ambientale del Global Service. Si è mantenuta aggiornata, ai fini igienico-preventivi, la mappa delle destinazioni d'uso dei locali aziendali.

Sono stati elaborati e diffusi protocolli di lavoro specifici riguardanti la sanificazione e sanitizzazione ambientale delle principali aree ad alto rischio infettivo.

A seguito di trasferimenti di Unità Operative/Servizi o ristrutturazione di aree sanitarie esistenti, sono state poste in atto le attività di competenza per assicurare idonei standard igienici agli operatori ed all'utenza ivi ricoverata.

Sono state realizzate e diffuse specifiche disposizioni, da applicare sia durante che al termine dello svolgimento di lavori edili di ristrutturazione/manutenzione strutturale, per la sanificazione ambientale di aree a medio ed alto rischio, comprensive dei controlli microbiologici ambientali, al fine di garantire adeguate condizioni di sicurezza igienica alla ripresa dell'attività sanitaria.



Per quanto concerne il servizio di lavanolo, per verificare la corretta applicazione delle indicazioni/disposizioni igieniche inserite nel capitolato d'appalto, eventuali "non conformità" sono state puntualmente segnalate ai competenti uffici.

Sono stati, inoltre, messi in campo interventi di monitoraggio dell'inquinamento indoor determinato dalle divise e dalla teleria verde delle aree critiche, che hanno condotto a specifiche contestazioni alla ditta fornitrice e ad azioni di miglioramento della situazione ambientale.

Definizione percorsi

Nel corso del 2009 si è provveduto, rispetto ai vincoli strutturali e di cantiere, ad individuare, nelle varie strutture aziendali, percorsi igienicamente corretti per utenti, operatori e visitatori, oltre che per l'approvvigionamento del materiale "pulito" e lo smaltimento del materiale "sporco".

Disinfestazione, derattizzazione

È proseguita l'attività di coordinamento e controllo del servizio appaltato di disinfestazione e derattizzazione ambientale in tutte le aree aziendali, per la prevenzione ed il contenimento degli infestanti.

L'attività si è articolata su più livelli, pianificando incontri periodici con i tecnici della ditta appaltatrice per valutare le problematiche emergenti, proponendo interventi volti ad individuare e risolvere eventuali criticità strutturali e programmando, ove necessario interventi di manutenzione e bonifica.

È continuata l'attività di monitoraggio e contenimento delle colonie animali presenti in azienda.

Attività di formazione

Nell'arco del 2009 sono state svolte le seguenti attività formative:

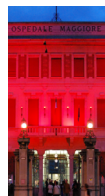
1. nell'ambito del Corso Integrato di "Infermieristica Generale e Teoria dell'Assistenza Infermieristica" del 1° anno del Corso di Laurea in Infermieristica di Base dell'Università degli Studi di Parma è stata svolta attività didattica integrativa nell'anno accademico 2008-2009 sui seguenti temi:
 - "Le infezioni correlate all'assistenza (ICA)"
 - "L'igiene delle mani"
 - "I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)"
 - "Le precauzioni standard"
 - "La gestione dei rifiuti sanitari"
2. corso formativo sul Rischio Clinico, in linea con gli obiettivi fissati dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
3. interventi formativi specifici in tema di prevenzione delle infezioni, svolte nell'ambito del progetto "Lotta alla Sepsis in Emilia Romagna", inerenti:
 - l'igiene delle mani, in cui sono state divulgate le linee guida promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, durante la campagna mirata a promuovere la sicurezza del paziente (Global Patient Safety Challenge) attraverso la corretta igiene delle mani (Clean Care is safer Care);
 - la gestione dei devices intravascolari e dei cateteri vescicali, in modo da sensibilizzare gli operatori sanitari sulla prevenzione del rischio infettivo correlato;
4. attività di formazione al VI Corso Nazionale Teorico Pratico di Pneumologia Interventistica
5. iniziative di formazione nell'ambito dei corsi istituzionalmente previsti per i preposti ai sensi del D. Lgs. 81/2008 su temi riguardanti la prevenzione del rischio biologico: inquadramento normativo, infezioni associate all'assistenza sanitaria, prevenzione, scelta ed utilizzo di idonei DPI, vaccinazioni e sorveglianza sanitaria;
6. attività di formazione nell'ambito dei moduli formativi obbligatori per il personale sanitario aziendale in tema di prevenzione della sindrome influenzale A/H1N1.

Progetto LASER (Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna)

Il Team Sepsis aziendale ha proseguito anche nel corso del 2009 le attività correlate al progetto "Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna" con l'obiettivo di promuovere il trasferimento nella pratica degli interventi efficaci a ridurre l'impatto sulla mortalità della sepsi, avviato nell'anno 2007 dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nell'ambito del Programma Ricerca ed Innovazione (PRI E-R).

Lo sviluppo del progetto ha previsto:

- o il completamento del percorso formativo avviato nel novembre 2008, con l'obiettivo di diffondere le conoscenze e gli strumenti per il precoce riconoscimento ed il corretto trattamento dello stato



di sepsi, sepsi grave e shock settico, tramite lo svolgimento nel 2009, di ulteriori quattro edizioni di corso, che hanno coinvolto 281 discenti, di cui 202 Infermieri, 35 Medici, 29 Medici Specializzandi, 6 Ostetriche, 7 OSS, 2 Tecnici di Laboratorio.

Ogni edizione, della durata di 12 ore, è stata strutturata in una sessione plenaria di 8 ore, in cui si sono stati affrontati gli argomenti legati alla sepsi attraverso l'esecuzione di lezioni magistrali ed una sessione specialistica di 4 ore, ripetuta 4 volte, in cui si sono discussi i casi clinici.

Complessivamente nei 24 mesi di durata del percorso formativo inerente il progetto regionale "Lotta alla Sepsis in Emilia Romagna - LaSER", sono state svolte 10 edizioni, per un totale di 240 ore di corso e sono stati formati:

	Area medica	Area chirurgica	Area intensiva	Altro	Totale
Infermieri	295	128	92	22	537
Medici	91	27	17	8	143
Medici specializzandi	50	2	5	-	57
Ostetriche	-	22	-	-	22
Oss	4	-	3	-	7
Tecnici di laboratorio	-	-	-	2	2
					768

- o la rilevazione delle criticità aziendali inerenti il percorso clinico assistenziale del paziente settico, ha permesso l'individuazione delle soluzioni operative più efficaci atte a sanare le criticità emerse, come ad esempio l'individuazione e l'ubicazione dei monitor multi-parametrici non invasivi presenti a livello aziendale, la possibilità di posizionare un CVC H24, eccetera.

Nel mese di marzo 2009, l'Azienda Ospedaliera di Parma è stata oggetto di verifica da parte dei Referenti dell'Agenzia Sanitaria Regionale per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto in questione. Il team sepsi aziendale ha provveduto ad elaborare i dati relativi al percorso formativo ed al percorso assistenziale del paziente settico, richiesti tramite questionario specifico.

Nel mese di maggio 2009, l'Azienda Ospedaliera di Parma ha partecipato al Convegno rivolto a tutti i membri del Team sepsi delle Aziende Sanitarie della Regione e a tutti i partecipanti al corso di formazione sulla Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva, in cui sono stati forniti i dati sullo stato di avanzamento del progetto LaSER nelle singole realtà locali, ed è stato presentato il documento di indirizzo sulla Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva.

L'accreditamento

Nel corso del 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha sostenuto l'attività finalizzata alle visite di accreditamento previste sulla base della programmazione regionale. Nel mese di aprile 2009 sono state eseguite da parte della Regione le visite per i Dipartimenti Medico Polispecialistico 2, Testa-Collo, Radiologia e Diagnostica per Immagine e nel mese di novembre la visita al dipartimento Geriatrico Riabilitativo. Di seguito si riportano i grafici relativi al risultato delle visite in relazione ai requisiti del dipartimento suddivisi per capitoli, secondo il modello regionale.

In sintesi i capitoli esprimono:

Il capitolo **politica** esprime la mission la vision , gli obiettivi generali e specifici e la loro diffusione all'interno del dipartimento

Il capitolo **pianificazione** identifica le responsabilità assegnate all'interno della organizzazione per raggiungere gli obiettivi prefissati (articolazione operativa), il piano annuale di attività in relazioni agli obiettivi, le risorse necessarie, il catalogo dei prodotti, le regole generali di funzionamento della organizzazione, soprattutto per quanto riguarda le interfacce e gli indicatori finali per la verifica del raggiungimento dei risultati.

Il capitolo **comunicazione** definisce le modalità attraverso cui viene gestita la comunicazione all'interno del dipartimento e verso l'esterno, sia dentro l'Azienda e verso le altre aziende e i cittadini. In questo rientra anche la modalità di gestione della qualità percepita.

Il capitolo **struttura** è prevalentemente riferito al possesso dei requisiti autorizzativi per l'esercizio di prestazioni sanitarie

Il capitolo **attrezzature** definisce le modalità di valutazione del fabbisogno, di acquisizione e di corretta gestione(manutenzione) delle attrezzature da parte del personale .

Il capitolo **formazione** riguarda sia le modalità di inserimento del personale neo assunto che le modalità di mantenimento della clinical competence attraverso l'aggiornamento continuo, le modalità di condivisione e la valutazione dell'efficacia della formazione

Il capitolo **sistema informativo** definisce le modalità di gestione dei dati e dei documenti che permettono al dipartimento di gestire e valutare le proprie attività

Il capitolo **procedure** definisce le modalità di gestione e quali procedure sono necessarie per il governo dei processi fondamentali.

Il capitolo **verifica dei risultati** è strettamente correlato ai capitoli politica e pianificazione e rappresenta le modalità di verifica del raggiungimento degli obiettivi pianificati attraverso gli indicatori adottati. Il risultato della verifica porta al **capitolo miglioramento**, ossia a progettare le azioni di miglioramento necessarie a seguito degli scostamenti rispetto al monitoraggio degli indicatori.

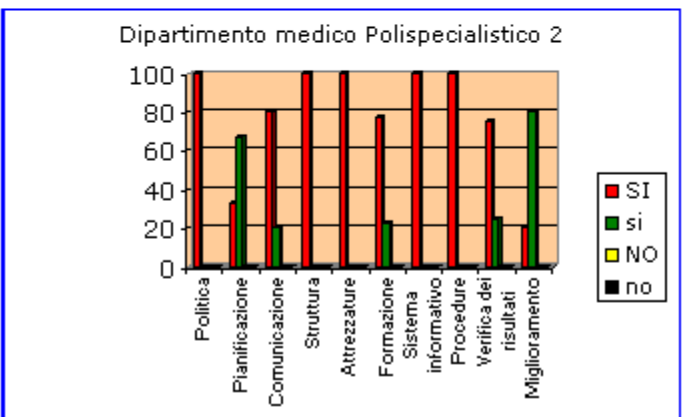
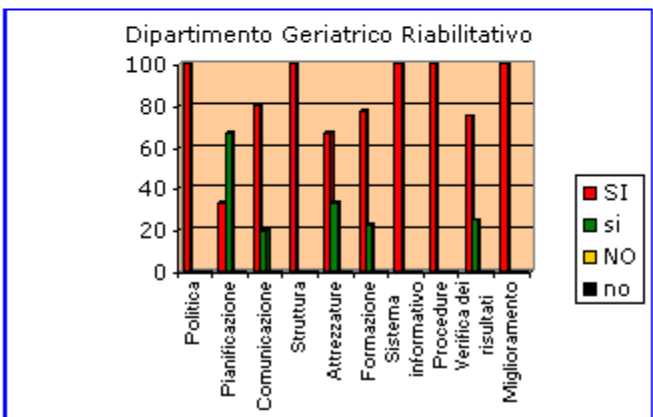
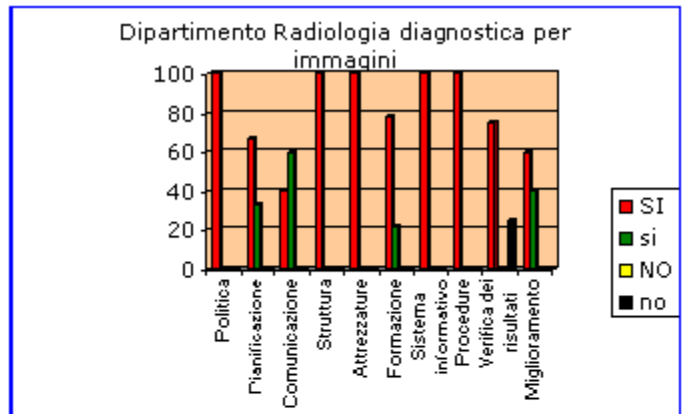
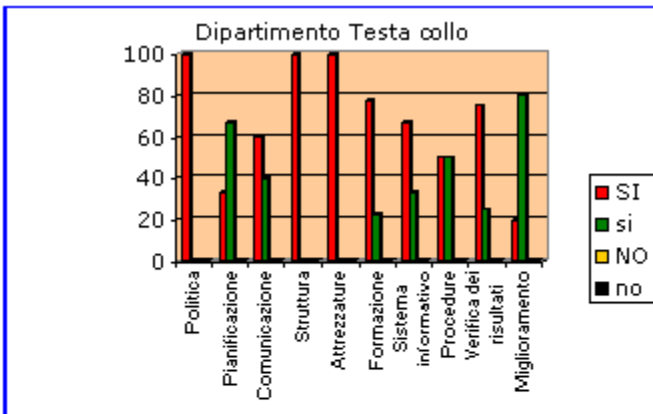
I criteri di valutazione previsti sono:

NO: Il requisito non è posseduto.

no: l'organizzazione si sta attrezzando per soddisfare quanto richiesto dal requisito o esistono solo prassi consolidate

si: Solo una parte del criterio è realizzata, o la realizzazione non è completa. Esistono prassi consolidate parzialmente documentate

Si. Il requisito è posseduto pienamente e c'è documentazione di riferimento.



A seguito dell'analisi dei verbali delle visite di verifica sostenute ad aprile sono stati effettuati incontri con i dipartimenti per una valutazione dei risultati e per la identificazione e pianificazione delle azioni di miglioramento da intraprendere.

L'attenzione è stata rivolta in particolare alla pianificazione e alla valutazione dell'attività annuale pianificata.

Tra le iniziative intraprese al proposito è di rilievo l'attivazione di un progetto che ha coinvolto il Controllo di Gestione, la Direzione sanitaria, l'Ufficio Qualità e le strutture aziendali con la creazione di un portale per il monitoraggio degli obiettivi di budget allineato alla necessità dei dipartimenti di attuare una verifica periodica dell'andamento degli obiettivi assegnati. Il progetto è stato presentato nel corso di verifica di accreditamento del dipartimento Geriatrico Riabilitativo

L'attività già avviata nel 2008 e legata alla programmazione delle visite di accreditamento aveva evidenziato la necessità di una ricognizione dello stato delle autorizzazioni all'esercizio sia per le strutture



che erano oggetto di accreditamento, sia per le numerose altre strutture soggette a spostamento di sede o inserimento in dipartimenti diversi.

Sono quindi proseguite le attività del gruppo di lavoro aziendale per l'autorizzazione all'esercizio che ha come obiettivi, la ricognizione delle strutture da autorizzare, l'effettuazione di sopralluoghi interni nelle strutture che necessitano di autorizzazione per verificare il soddisfacimento/mantenimento dei requisiti autorizzativi, la predisposizione della documentazione da inviare al Comune di Parma ed alla Commissione per l'autorizzazione, l'organizzazione e la partecipazione ai sopralluoghi fissati dalla Commissione per l'autorizzazione.

È stato redatto un programma delle autorizzazioni che sono state poi effettuate nel corso dell'anno 2009, con particolare riferimento ai dipartimenti per i quali la Regione ha pianificato la visita di accreditamento nei mesi di aprile e novembre e per i dipartimenti che ancora devono sostenere la visita che sono: Materno Infantile, Diagnostica di Laboratorio e Medico Polispecialistico 1. Per tutto il 2009 sono quindi proseguite parallelamente alle attività rivolte all'accreditamento anche quelle per l'autorizzazione.

Nel corso del 2009, oltre all'attività di supporto svolta dall'ufficio Qualità Accreditamento nei confronti dei dipartimenti sottoposti a visita sono comunque proseguite le attività di tutoraggio, formazione e audit interno, ai fini dello sviluppo del percorso di accreditamento, rivolte ai dipartimenti Materno Infantile, Diagnostica di Laboratorio e Medico Polispecialistico 1.

Audit interni effettuati 2008-2009

Dipartimento	audit interno
Medico Polispecialistico 2	19 gennaio 2009
Testa collo	18 dicembre 2008
Geriatrico Riabilitativo	11 Giugno 2009
Radiologia e diagnostica per immagini	23-24 settembre 2008
Patologia e medicina di laboratorio	15-16 giugno 2009
Medico Polispecialistico 1:	
• SC Clinica e terapia medica	28 luglio 2009
• SC Endocrinologia	
• SC Clinica e immunologia medica	4 agosto 2009
• SC Oncologia	7 agosto 2009
• SC Genetica Medica	11 agosto 2009

Per il mantenimento e la vigilanza sullo stato di accreditamento dei dipartimenti già visitati dalla Regione nel 2006, sono stati inseriti nel processo di budget gli obiettivi specifici per l'area Qualità Accreditamento ed attivati incontri con le direzioni dei dipartimenti e l'Ufficio Qualità Accreditamento al fine della valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati .

Per quanto riguarda le attività non strettamente connesse all'accreditamento istituzionale dei dipartimenti ad attività integrata, a seguito della identificazione da parte della Regione della bozza di "Requisiti per l'Accreditamento Istituzionale della Funzione Formazione per Formazione Continua per la Sanità e la Salute", è proseguito il percorso già attivato nel 2008 per l'accreditamento della Struttura di Staff Formazione Aggiornamento..

Si è concluso a marzo 2009 il progetto di Formazione sul campo in capo all'ufficio Qualità e Accreditamento avente come oggetto lo sviluppo delle tematiche inerenti il Governo Clinico l'Accreditamento e l'integrazione delle Strutture in staff e line della Direzione. Sono stati realizzati una serie di incontri tematici di approfondimento sulle attività trasversali svolte dai servizi a cui ha fatto seguito la redazione di una raccolta di documenti e l'avvio di percorsi integrati fra le strutture coinvolte nel processo di autorizzazione/accreditamento.

L'azienda ha inoltre aderito al progetto regionale per l'estensione dello studio sull'impatto dell'accreditamento nelle aziende della Regione. Nel mese di ottobre è stato presentato e somministrato il questionario proposto dalla regione a tutti i professionisti coinvolti nel processo di accreditamento nel 2006, compresi i servizi tecnici di supporto e le strutture di staff. L'adesione all'indagine è stata alta con una restituzione di questionari superiore all'80%.

I dati saranno elaborati dall'Agenzia sanitaria e Sociale RER e comunicati alle aziende nel 2010.



Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Diabete

Dal Dossier 2009 della Regione Emilia-Romagna, emerge che, nel 2007, il 7,17% della popolazione adulta (oltre 35 anni) e quasi il 5% dell'intera popolazione è affetto da diabete, che il diabete assorbe il 18% della spesa complessiva sanitaria e che costo per un soggetto diabetico è circa tre volte superiore a quello di un non-diabetico.

Sulla base del database della Agenzia Sanitaria regionale e dalla integrazione con i Registri della patologia diabetica a livello provinciale (attualmente solo le province di Parma, Ravenna e Piacenza hanno completato la costruzione del registro della patologia diabetica), nella nostra provincia sono presenti oltre 28.000 soggetti diabetici, dei quali 21.500 in trattamento farmacologico, con una prevalenza che aumenta progressivamente con il crescere dell'età e che raggiunge quasi il 14% nella fascia >75 anni. Di questi poco più della metà sono assistiti dalle strutture diabetologiche sia territoriali (a livello dei Distretti di Parma, di Fidenza, di Valli Taro e Ceno e di Sud-Est) e delle strutture ospedaliere di Parma, Fidenza-Vaio e Borgotaro.

Il Progetto Regionale di Gestione Integrata (GI) del paziente con Diabete di tipo 2

Poiché in passato il sistema d'assistenza al paziente diabetico non prevedeva l'integrazione professionale tra Struttura diabetologica e MMG, con risultati spesso discordanti, già nel 1994 su iniziativa della Associazione Medici Diabetologi e della SIMMG, prese corpo un progetto nazionale di revisione delle modalità di assistenza al paziente diabetico. L'orientamento era di far gestire direttamente ai medici di famiglia quella porzione di pazienti diabetici afferenti alle strutture diabetologiche e che per grado di compenso, età, adesione alla terapia, assenza di gravi complicanze non richiedessero un ricorso sistematico allo specialista e potessero essere gestiti secondo modalità condivise e perciò in modo "integrato" tra specialista diabetologo e medico di famiglia.

Il Progetto incontrò non poche difficoltà di applicazione e solo nel 2000 fu rivisto e riproposto, sulla scorta anche di precisi orientamenti ministeriali e di autonome decisioni regionali (Lombardia, Piemonte e Toscana), a cui nel 2004 si aggregò anche la Regione Emilia-Romagna. Nel 2005 la provincia di Parma aderì al progetto e venne iniziato l'arruolamento dei pazienti. I MMG hanno progressivamente aderito alla gestione integrata del diabete, raggiungendo alla fine di 2009 l'81,5% del totale, pari a 246 Medici di Medicina Generale.

Il passaggio dei pazienti dall'assistenza da parte delle strutture diabetologiche alla Gestione Integrata (GI) è andato gradualmente aumentando, malgrado la "finestra di arruolamento" sia abbastanza stretta (valore di emoglobina glicata basso, nessuna complicanza importante, solo terapia dietetica o con antidiabetici orali, ecc) ed ha raggiunto uno "steady state" verso la fine del 2008, con circa il 90% dei pazienti arruolabili che aderiva al progetto, circa il 10% che non accettava di lasciare la struttura diabetologica ed un numero di nuovi entrati e di pazienti che abbandonavano la GI praticamente sovrapponibile.

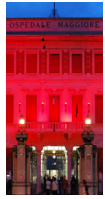
Alla fine del 2009, nella provincia di Parma i pazienti in GI erano di poco superiore a 2600, di cui 1021 appartenenti al Distretto di Parma, 734 a quello di Fidenza, 500 al Sud-Est e 327 al Distretto Valli Varo, con una mediana di 10,9 pazienti per MMG (min 0, max 40).

Al totale dei pazienti in Gestione Integrata le strutture diabetologiche della Azienda Ospedaliero-Universitaria alla fine del 2009 hanno contribuito per il 35,2%.

Alla fine dello stesso periodo è stato possibile ottenere i primi indicatori di processo, attraverso l'incrocio tra il flusso dati della Gestione Integrata e il flusso ASA, riguardo l'esecuzione del dosaggio della emoglobina glicata, prevista ogni quadrimestre per i pazienti in GI. È così risultato un valore di 1,87 dosaggi/anno per paziente in GI, contro un valore di 0,98 dosaggi/anno per quelli rimasti in cura presso le strutture diabetologiche.

La implementazione del progetto di Gestione Integrata ha permesso inoltre, attraverso la creazione di un gruppo di lavoro *ad hoc*, che comprende tutti i responsabili delle strutture diabetologiche della provincia, i rappresentanti dei MMG, i responsabili dei Distretti, le rappresentanze dei pazienti e le Direzioni Sanitarie delle due Aziende, di giungere ad una serie di accordi, che hanno riguardato:

- le modalità di visita per la concessione ed il rinnovo della patente di guida ai pazienti diabetici;
- i criteri per la concessione dei presidi per il monitoraggio domiciliare della glicemia e le modalità distributive degli stessi;
- i criteri per la concessione e la gestione per i sistemi di infusione continua di insulina (microinfusori).



Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Il potenziamento dell'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito del percorso nascita si realizza attraverso la stesura e l'attuazione di progetti comuni e trasversali con i Distretti, i Servizi Sociali ed il Volontariato.

In questa prospettiva le Aziende sanitarie si pongono come obiettivo la creazione di alleanze utili al rafforzamento del percorso nascita in una logica di sinergia di intenti e di azioni con gli interlocutori delineati.

Lo sviluppo dell'attività, a partire dal secondo semestre 2008, è proseguito anche nel corso del 2009, in sinergia con le linee di Area Vasta ed in un'ottica di forte integrazione con il territorio, attraverso la definizione di Progetti che danno risposta alla D.G.R. 533/2008. Le Aziende sanitarie in stretta collaborazione hanno, in questa ottica, attivato gruppi di lavoro interistituzionali e interprofessionali per definire/potenziare gli interventi comuni per il raggiungimento degli obiettivi proposti da raggiungere nel triennio 2008-2011.

Si propone di seguito una elencazione e una breve descrizione dei progetti attivati:

1. "Utilizzo di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale (razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche)": è stata effettuata la formazione alla consulenza al personale delle due Aziende.

In questo ambito è stato definito il percorso per garantire la possibilità di effettuare, a partire da marzo 2009, "TRANSLUCENZA NUCALE + BI-TEST" a tutte le gravide che afferiscono al Servizio Assistenza alla Gravidanza (SAG) della Clinica Ostetrica e al Servizio Salute Donna di Parma e Fidenza con l'obiettivo di allargare l'offerta secondo un cronogramma stabilito. Attualmente gli step di tale cronogramma sono stati solo parzialmente raggiunti: 1) per quanto attiene l'AUSL, è stata portata a termine la formazione di un operatore ecografista che, peraltro, non ha potuto essere operativo in quanto entrato in congedo di maternità; 2) per quanto riguarda l'Azienda AOU, l'unico operatore abilitato, non può soddisfare la richiesta in quanto impegnato a scavalco tra le due Aziende; non è stato possibile addestrare nessun nuovo operatore per indisponibilità di personale strutturato.

Ciononostante, sono state eseguite nel periodo marzo - dicembre 2009 presso l'Azienda USL 197 Trasluccenze Nucali (130 nel Distretto di Parma e 67 in quello di Fidenza), presso il servizio di Ecografia della Clinica ostetrica n. 67 Trasluccenze Nucali.

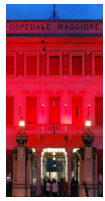
Si fa presente che dalla presa in carico della paziente al momento dell'esecuzione del test combinato, la gravida completa in caso di necessità tutto l'iter diagnostico previsto dal protocollo interaziendale, con piena attuazione dell'obiettivo prefissato.

2. "Migliore definizione della prognosi e offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna (predisposizione di un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici)": sono stati definiti i percorsi tra il 1° livello del territorio e il 2° livello della Clinica Ostetrica per l'approfondimento delle patologie fetali e i conseguenti interventi diagnostico-terapeutici ed è stato strutturato uno specifico DAY-SERVICE c/o l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia come risposta organizzativa a tale obiettivo. Il servizio di ecografia è l'unico punto di ecografia di 2° livello del territorio provinciale al quale afferiscono tutte le richieste di ecografia ostetrica di 2° livello, di ecografie urgenti anche da professionisti esterni al percorso nascita. A tale proposito, la criticità che emerge deriva dall'elevato numero di accessi impropri per quanto attiene la motivazione e la richiesta cosiddetta "urgente". In linea generale, si osserva un evidente aumento nel 2009 delle ecografie ostetriche di 2° livello (incremento del 50%). Sono state effettuate, inoltre, n. 203 ecocardiografie fetali con la presenza dello Specialista Cardiologo neonatale che permette di eseguire un immediato counseling d'équipe anche nei casi giunti dal percorso dell'obiettivo n.1.
3. "Applicazione delle linee di indirizzo regionale per la ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e la sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita (gravidanza, parto, puerperio), con la costruzione di modelli assistenziali che vedono al centro la donna e la sua famiglia": nella degenza ostetrica dell'U.O. Ostetricia e ginecologia è stato introdotto un nuovo modello organizzativo che vede la figura dell'ostetrica quale riferimento globale per la diade madre-bambino ("modello a settori"); presso l'Azienda USL si è proseguito nel progetto di Assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica, diversificando i percorsi assistenziali tra gravidanza a basso/ medio-alto rischio.



4. "Valutazione e modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto in termini di appropriatezza degli interventi e di definizione dei ruoli professionali, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia (promozione e consolidamento dell'adozione della linea guida sul "Controllo del benessere fetale in travaglio di parto")": sono state prodotte le Linee Guida condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'AUSL; in Azienda Ospedaliera le Linee guida hanno trovato applicazione da marzo 2009.
5. "Miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali delle donne in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita": è stato definito, ma non ancora attuato, il progetto per l'attuazione dell'obiettivo prevedendo un corso di formazione multidisciplinare ed interaziendale per operatori con l'obiettivo di attivare la capacità di rilevazione della depressione e del disagio relazionale, della presa in carico dei casi meno gravi e dell'accompagnamento eventuale al confronto con un professionista dell'aiuto.
6. "Attuazione di interventi di supporto alla relazione madre-bambino e promozione e sostegno all'allattamento al seno": è stata ridefinita la buona prassi per il parto naturale e l'allattamento al seno con il precoce contatto madre-bambino e controllo del corretto attaccamento al seno . Inoltre nel 2009 è stata condivisa la programmazione di un'ulteriore formazione interaziendale per il sostegno e la promozione dell'allattamento al seno da parte dei formatori WHO interni all'Azienda (già in atto nel primo semestre 2010) ed affinato il percorso della dimissione appropriata propedeutico al sostegno dell'allattamento al seno.
7. "Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici": il relativo progetto prevedeva la rilevazione del vissuto delle donne nel "percorso" nascita attraverso appositi Focus group che sono stati attuati nel corso del 2009. E' una tecnica di rilevazione qualitativa che consente di ricavare una notevole mole di dati con campioni di piccole dimensioni; i dati sono ancora in via d'analisi, ma ad una prima valutazione gli elementi che vengono percepiti come punti di forza sono sicuramente ,nella fase pre-parto, i corsi di accompagnamento alla nascita e nella fase post-parto la dimissione appropriata. Nei corsi si riconosce l'importanza della relazione con l'ostetrica in un contesto sereno in cui la conoscenza di altre gravide/coppie svolge una funzione di "normalizzazione" delle paure, oltre che di condivisione dell'esperienza. Come era prevedibile gli elementi di maggiore criticità o comunque più disturbanti dal punto di vista emotivo riguardano la comunicazione fra operatori e donna/coppia nella fase parto intesa sia come travaglio-parto che degenza post-parto.
8. "Garantire un miglioramento della prassi diagnostico assistenziale in caso di nato morto, evidenziando gli interventi atti a ridurre la natimortalità e favorire un miglioramento nella qualità dei dati raccolti, nella comunicazione e negli interventi di supporto rivolti alle famiglie": è stato avviato ma non ancora completato il progetto di adattamento locale degli strumenti proposti dal testo diffuso dal Ministero attraverso adozione di cartella clinica del nato morto e di un protocollo diagnostico condiviso con l'Anatomia Patologica.
9. "Garantire un'assistenza qualificata al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero" (mantenimento della collaborazione già assodata con il Territorio).
10. "Garantire a tutte le gravide i corsi prenatali di base in quanto interventi educativi a tutela della maternità e sperimentare un'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata": l'obiettivo è stato attuato attraverso l'applicazione di un modello di Corsi di accompagnamento alla nascita condiviso tra le due Aziende sanitarie e offerto in modo gratuito.
11. "Aumentare la conoscenza e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema 'il dolore del parto', anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche":
 - le nuove Linee Guida sull'assistenza al travaglio/parto descrivono le metodiche finalizzate al sostegno non-farmacologico;
 - la parto-analgesia farmacologia sottende una progettualità in Area Vasta che è ancora in via di definizione.

Nel 2009 è proseguita la collaborazione tra il Centro per le Famiglie del Comune di Parma e i Consultori Familiari del Distretto di Parma per l'attivazione e il potenziamento di interventi ed iniziative finalizzate al sostegno alla genitorialità e alla maternità con particolare riguardo al periodo perinatale. Ciò ha consentito di strutturare un'offerta attiva di incontri per le future mamme in collaborazione con il personale dei due Enti, con particolare riguardo alle primipare gravide e alle donne in situazioni di svantaggio differenziando le proposte:



- corsi di accompagnamento per gruppi di mamme al primo figlio o che hanno già avuto bambini, di coppie, per donne provenienti da altre culture;
- incontri informativi per le gravide che accedono agli ambulatori consultoriali o S.A.G. e non fanno i corsi;
- incontri a libero accesso per tutto il periodo di gravidanza per donne con problemi di comprensione linguistica facilitanti l'alfabetizzazione per consentire una prima comprensione dei percorsi per l'assistenza alla mamma e al neonato.

Percorso diagnostico-terapeutico dello scompenso cardiaco

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso del 2009 il PDT dello Scompenso Cardiaco è stato definitivamente approvato dalla Commissione Cardiologica Provinciale e presentato, con appositi convegni, nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, presso l'Ordine dei Medici ed ai Medici di Medicina Generale attraverso incontri organizzati nei Distretti Sanitari dell'AUSL di Parma.

L'analisi dei dati epidemiologici ha confermato una peculiarità positiva riguardante il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco della provincia di Parma.

La quota di casi trattati in regime di day hospital è significativamente maggiore a Parma (12 %) rispetto a quella regionale (3 %).

Questo dato si accompagna ad un tasso di riammissione ospedaliera a breve termine inferiore a Parma (8%) rispetto al tasso regionale (12%).

Vi è una maggiore operatività chirurgica nei pazienti di Parma (10 %) rispetto a quella regionale (7 %) con una mortalità intra-ricovero più bassa, 9.2 % a Parma rispetto al 12.5 % regionale.

Questi dati confortano rispetto alle scelte compiute dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, dove l'Unità Operativa di Cardiologia ha assunto funzioni di Hub provinciale per le attività concernenti l'impianto di defibrillatori e pace-makers biventricolari nei pazienti più critici, mentre si rafforzava l'attività del Day Hospital Cardiologico di Parma, al quale è stato affiancato un Day Hospital Cardiologico operante presso l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Fidenza.

Il gruppo di lavoro costituito per la redazione del capitolo riguardante la Cardiologia del nuovo PAL 2009-2011 ha indicato come priorità strategica la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per la gestione della patologia cardiaca cronica, a partire dai pazienti affetti da Scompenso Cardiaco.

Nel Distretto di Parma è stato attivato un Ambulatorio Territoriale dello Scompenso Cardiaco, coordinato con il Day Hospital dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, ispirato ai modelli organizzativi della 'presa in carico' delle patologie croniche.

In tal modo, nel 2009, è iniziata concretamente la operatività della cardiologia territoriale, integrata con le due Aziende Sanitarie e con i Medici di Medicina Generale, necessaria per completare il quadro dei servizi previsti dal PDT dello Scompenso Cardiaco.

La rete cardiologica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

La Commissione Cardiologica provinciale ha proseguito l'attuazione della rete per l'infarto del miocardio nell'anno 2009.

Tutte le sedi di auto medica sono state attivate, consegnando le dotazioni tecnologiche necessarie a S. Secondo, a Traversetolo, a Borgotaro ed a Collecchio.

Nell'anno 2009 la Commissione Cardiologica, alla luce delle nuove linee guida della Società Europea di Cardiologia ha indicato l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma come Hub unico per la terapia dell'infarto del miocardio con sopraslivellamento del tratto ST, considerando l'angioplastica primaria come trattamento di elezione in tutti i casi, viste le caratteristiche geografiche della realtà della provincia di Parma, che consente, di norma, tempi di trasporto in grado di consentire il successo di questo intervento.

Contestualmente al pieno sviluppo della terapia dell'infarto del miocardio in fase acuta, si è affrontato il tema della prevenzione delle recidive nei pazienti con infarto o sindrome coronarica acuta.

L'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma ha attivato un percorso clinico formale di collaborazione con gli specialisti della prevenzione secondaria, al fine di ridurre l'incidenza di recidive, migliorare l'aderenza agli stili di vita indicati ed alla terapia farmacologica.

L'Azienda USL di Parma ha costituito un gruppo aziendale di lavoro interprofessionale per promuovere programmi di continuità assistenziale ospedale-territorio, individuare percorsi differenziati cui avviare i



pazienti in funzione della loro stratificazione di rischio , programmare la prevenzione degli errori di terapia a domicilio .

Dimissioni difficili/protette

Nell'ambito dei percorsi integrati Ospedale-Territorio nel corso del 2009 è stato implementato il percorso delle dimissioni difficili.

In tale contesto il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) ha rivestito un ruolo fondamentale come interfaccia naturale nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati Ospedale-Territorio, in grado di attivare le risorse della struttura ospedaliera, dei servizi socio-sanitari territoriali, del volontariato interno ed esterno .

Tramite una specifica scheda, le unità di degenza attivano il SSO nelle situazioni che, in base ad una dettagliata anamnesi, che comprende la rilevazione di indicatori sociali e/o assistenziali si rende necessaria l'attivazione del Percorso per le Dimissioni Protette.

Il percorso delle Dimissioni Difficili/Protette assicura la continuità assistenziale nei casi di "anziani e adulti con patologie assimilabili, che non hanno più bisogno di rimanere in Ospedale, per i quali tuttavia persiste un bisogno assistenziale e/o sanitario che non può essere tempestivamente e adeguatamente accolto e soddisfatto dal paziente e/o dalla sua rete familiare".

Obiettivo principale del percorso in questione è infatti quello di garantire che la continuità delle cure sia innanzitutto considerata in quanto parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale.

Soprattutto nel caso di pazienti 'fragili', la programmazione della dimissione richiede la valutazione multidimensionale e integrata degli aspetti sanitari e sociali e la pianificazione dei passaggi necessari per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.

Nell'ambito del Percorso per le Dimissioni Protette il Servizio Sociale Ospedaliero è intervenuto per:

- valutare i bisogni sociali e assistenziali dei pazienti;
- fornire la consulenza psico-sociale necessaria ad ottenere l'adesione del paziente e della famiglia al progetto per la dimissione protetta;
- svolgere un'azione di segretariato sociale, per promuovere la conoscenza dei servizi della rete territoriale;
- segnalare al Servizio Assistenza Anziani le situazioni per le quali è necessario attivare risorse dei servizi territoriali (assistenza di base, case protette, RSA, centri diurni, eccetera);
- collaborare con gli operatori della rete territoriale alla definizione del programma assistenziale individualizzato, necessario a consentire la dimissione protetta.

Nel corso del 2009 è stata sviluppata l'attività di analisi e studio dell'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette a cui partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Azienda USL di Parma e dei Comuni del Distretto di Parma con l'obiettivo di confrontare le criticità emerse nella gestione dei percorsi integrati Ospedale-Territorio e monitorare la realizzazione degli obiettivi definiti nei Piani di Zona.

Il percorso valutativo avviato ha consentito di raggiungere alcuni obiettivi di miglioramento:

- messa a punto di linee guida per i percorsi assistenziali integrati per individuare gli attori, i compiti e i tempi di attivazione dei Servizi Territoriali;
- individuazione di soluzioni ad hoc per le tipologie di pazienti con problematiche socio-assistenziali che non rientrano nella definizione dell'attuale Protocollo (es. disabilità acquisite, patologie neoplastiche, condizione degli stranieri irregolari);
- omogeneizzazione degli strumenti operativi per individuare la dimissibilità clinica e l'accesso alle strutture territoriali;
- formazione degli operatori coinvolti per promuovere modalità di lavoro multiprofessionale;
- apertura del sistema, nella sua interezza e complessità, alla cultura della valutazione, tramite l'individuazione e l'utilizzazione di indicatori di esito sia in termini di variabili organizzative che di obiettivi di salute conseguiti.

Tra le azioni implementate nel 2009 vale la pena ricordare

1) la messa a punto della nuova Scheda di Raccolta Dati (Scheda Report), funzionale alla rilevazione di informazioni rispetto a:

- motivo della segnalazione di dimissione difficile
- tempi di attivazione del percorso dal momento del ricovero
- tempi per la valutazione del territorio
- data di reale dimissione dall'ospedale



- o tempi di attivazione delle risorse attivate al momento della dimissione.

Dopo la sperimentazione effettuata nel 2008, la nuova scheda ha consentito di valutare il percorso del paziente dall'ingresso in Ospedale alla dimissione, evidenziando le criticità organizzative interne ed esterne all'Azienda Ospedaliera-Universitaria nella gestione delle dimissioni protette.

- 2) La revisione della flow chart che individua gli attori e i tempi di attivazione di ciascun servizio coinvolto, proposta all'Osservatorio per le Dimissioni Difficili.
- 3) L'impiego consolidato della nuova scheda di segnalazione (alternativa a quella allegata al protocollo per le Dimissioni Protette) per la segnalazione al Territorio delle situazioni di fragilità sociale. Un giudizio positivo sulla nuova scheda è stato infatti espresso dal Distretto di Parma dell'Azienda USL, dal Comune Capoluogo, oltre che dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
- 4) L'analisi dei percorsi assistenziali per i pazienti con patologie neoplastiche.
- 5) Il consolidamento della prassi di inviare un report quindicinale al Servizio anziani del Comune di Parma relativamente ai casi presenti nelle lungodegenze per facilitare il ricovero in strutture protette o il rientro al domicilio.
- 6) L'estensione del progetto "Dimissioni protette" agli adulti con patologie assimilabili a quelle della popolazione anziana
- 7) La realizzazione di momenti di confronto per condividere con i principali attori lo strumento delle dimissioni protette per migliorare le modalità per l'utilizzo dello stesso.
- 8) La realizzazione di interventi informativi per il personale dipendente dell'Azienda.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha inoltre fattivamente contribuito alla definizione e alla implementazione dei progetti inclusi nei Piani di Zona del Distretto di Parma (Tavolo Anziani, Disabili, Povertà e Inclusione Sociale), con particolare riguardo ai progetti di:

- o continuità assistenziale Ospedale Territorio per pazienti anziani e di altri soggetti (es. disabili, adulti privi di rete familiare) che evidenziano necessità di presa in carico dei bisogni assistenziali e sanitari conseguenti alla malattia,
- o potenziamento della rete sociosanitaria a tutela dell'anziano fragile,
- o sostegno di coloro che soffrono di demenza,
- o sviluppo del Servizio Assistenza Anziani,
- o qualificazione dei servizi residenziali.

Va inoltre sottolineato che nel corso del 2009 è stata messa a punto la nuova scheda di segnalazione di bisogni di tipo esclusivamente sanitario.

In tale contesto è stato reso operativo, proprio per rispondere tempestivamente ai soli bisogni di tipo sanitario, un case-manager infermieristico che ha facilitato i percorsi di accesso alle reti sanitarie del territorio (presidi, ADI, eccetera).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha inoltre preso parte ai programmi per la prevenzione del rischio nei soggetti anziani fragili esposti ad eventi climatici particolarmente sfavorevoli.

Ha infine partecipato al gruppo di lavoro "La rete" coordinato dal Comune di Parma ed impegnato nella programmazione per l'attuazione locale del FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza).

Programma Stroke Care

I risultati conseguiti nell'ambito del Programma Stroke Care nel 2009, in accordo con le direttive regionali del Documento di Indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con Ictus - *Programma Stroke Care* (D.G.R. 1720/2007), vengono sintetizzati nei seguenti punti:

Riorganizzazione della gestione intra-ospedaliera del paziente colpito da stroke Sulla base dei dati epidemiologici è prevista la identificazione di 2 aree dedicate per un totale di 20 posti letto. 6 in ambito neurologico per i pazienti fino a 70-75 anni e per tutti pazienti sottoposti a trombolisi i.v., 14 in ambito geriatrico per i pazienti di età superiore a 70-75.

Documento PDT - *ictus cerebrale ischemico ed emorragico*

Il documento, inizialmente limitato alle sole forme ischemiche, viene esteso anche alle forme emorragiche e conterrà il Percorso Integrato Interaziendale tra AOU di Parma e AUSL di Parma.

Verifica del grado di implementazione e di efficacia del PDT ictus

L'attività svolta nel 2009 nell'ambito del Percorso Diagnostico Terapeutico dell'Ictus è stata valutata attraverso una serie di indicatori di processo e di outcome predefiniti. Dall'analisi dei dati del 2009 si confermano i risultati degli anni precedenti.



Tabella 11 Adesione agli indicatori dal 2006 al 2009

INDICATORI	anno 2006 (95%IC)	anno 2007 (95%IC)	anno 2008 (95%IC)	anno 2009 (95%IC)
Esecuzione TAC	97% (95-99)	97% (95-99)	100% (100-100)	100% (100-100)
Ricovero presso reparti dedicati	80% (76-85)	79% (74-84)	84% (78-89)	80% (75-87)
Visita fisiatrica tempestiva < 48 h	84% (75-93)	89% (82-95)	90% (81-98)	91% (82-99)
Destinazione alla dimissione	90% (80-99)	95% (89-100)	92% (76-100)	92% (76-100)
Visite di follow-up a 1 mese	30% (26-36)	75% (68-81)	84% (77-91)	90% (80-92)

Attività ambulatoriale

Nel corso del 2009 è stata potenziata l'attività ambulatoriale per le malattie cerebrovascolari con 2 funzioni fondamentali:

- follow-up dei pazienti colpiti da ictus, ricoverati e arruolati nel PDT, con visite programmate ad 1 - 6 - 12 mesi ed oltre con finalità specifica di continuità terapeutica e di prevenzione secondaria;
- inquadramento diagnostico e attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria per tutti i pazienti, non arruolati nel PDT, afferenti agli ambulatori dal territorio.

Integrazione tra AOU e AUSL di Parma

Prosegue il processo di integrazione tra l'AOU e l'AUSL di Parma e riguarda la fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.

Fase pre ospedaliera - In collaborazione con l'AUSL sono stati realizzati alcuni incontri di educazione della popolazione finalizzati al riconoscimento precoce dei sintomi ed all'importanza di un tempestivo allertamento della Centrale Operativa 118 per un trasporto rapido verso i presidi ospedalieri organizzati secondo un modello stroke care.

Fase ospedaliera acuta - Nell'AOU e nei presidi ospedalieri dell'AUSL la gestione del paziente con ictus viene attuata secondo percorsi aziendali sostanzialmente sovrapponibili ed in linea con il modello *stroke care*.

Fase post-ospedaliera riabilitativa - Per ogni paziente è prevista la costruzione di un progetto riabilitativo e assistenziale personalizzato in collaborazione con le figure di riferimento territoriali al fine di una dimissione precoce, concordata e organizzata. Il Case Manager Ospedaliero ha un ruolo fondamentale nella realizzazione del progetto assistenziale.

Protocollo Trombolisi

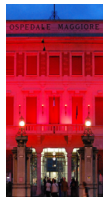
Il Protocollo Trombolisi è stato attivato il 1° ottobre 2008 nell'ambito di tutto il territorio provinciale (Rete Stroke Provinciale) con 2 presidi di riferimento, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Ospedale di Fidenza, in grado di eseguire la trombolisi i.v.

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono coinvolte le seguenti U.O.: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico. L'eleggibilità (anamnestico-clinica, Tac e laboratoristica) del paziente viene verificata in Pronto Soccorso, mentre la fase terapeutica (somministrazione del farmaco ed osservazione delle prime 24 ore) viene effettuata presso l'area monitorata della Neurochirurgia che soddisfa i requisiti richiesti dal D.M. 24 luglio 2003. Il recente trasferimento della Neurologia nel "monoblocco", logisticamente vicino al Pronto Soccorso ed alla Neuroradiologia, ha sensibilmente migliorato la fase diagnostico-terapeutica. A tutt'oggi sono stati eseguiti 15 trattamenti trombolitici i.v..

Emergenza territoriale

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nel corso dell'anno 2009, nell'ambito della attività del Sistema della Emergenza Urgenza 118, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda Unità Sanitaria Locale, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato, hanno portato avanti i percorsi iniziati in precedenza e dato l'avvio a nuove iniziative a valenza locale e regionale.



Attivazione della rete radio multiservizi R3 in tecnologia TETRA: la nuova rete "R3", alla fine del 2009, non è operativa per il soccorso sanitario 118 e necessita di sviluppi ad hoc per renderla in grado di supportare le procedure e le applicazioni informatiche per la gestione integrata dei mezzi di soccorso nelle Centrali regionali. Continua la sperimentazione a livello regionale.

Accreditamento del soccorso territoriale e del trasporto non urgente svolto a mezzo autoambulanza: è stato licenziato il documento elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale. Il percorso di Accreditamento si realizzerà nel corso del triennio 2009/2011. Propedeutico al percorso è stato l'invio, chiesto dalla Regione alle Aziende Sanitarie entro il 30 Giugno 2009 (Delibera della Giunta Regionale n. 44 del 26/01/2009), della verifica degli standard previsti dalla D.G.R. 1349/2003.

Le Aziende Sanitarie hanno elaborato, come previsto dalla D.G.R. 44/09, il documento di verifica delle performance del sistema aziendale di emergenza territoriale e trasporto infermi producendo una relazione contenente una breve sintesi della organizzazione e composizione del sistema emergenza-urgenza nella Provincia di Parma con relative performance. Si è proceduto poi a verificare la presenza dei requisiti di autorizzazione da parte delle sedi delle Associazioni di Volontariato e sono stati svolti incontri di presentazione del percorso di accreditamento istituzionale.

È stata completata la rete di soccorso medicalizzata estendendo il servizio sia presso il Pronto Soccorso di Fidenza che presso il PPIO (Punto di Primo Intervento Ospedaliero) di Borgo Val di Taro dalle 12 ore diurne alle 24 ore, anche il servizio medicalizzato gestito dalla Assistenza Pubblica di Langhirano è passato dalle 12 alle 24 ore.

Sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

Il decreto del 17/12/2008 pubblicato sulla G. U. il 13 gennaio 2009 che sancisce la costruzione del sistema informativo nell'area dell'emergenza/urgenza (118 e Pronto Soccorso) è stato presentato in Regione all'inizio del 2009 al Gruppo di Lavoro composto dai responsabili delle Centrali Operative 118.

Attualmente, la Centrale Operativa 118 di Parma è in grado di fornire tutte le informazioni richieste dal Nuovo Sistema Informativo sanitario (NSIS) per quanto attiene ai dati di competenza della stessa.

In particolare sono stati resi disponibili tutti i dati ricavati dal sistema informativo 118 relativi alla chiamata e al dispatch della Centrale Operativa.

Per quanto riguarda i dati richiesti relativi ai provvedimenti sanitari sul luogo dell'evento e durante il trasporto dei pazienti in Ospedale da parte dei mezzi di soccorso (Ambulanze, Automediche, Elisoccorso), la Centrale Operativa 118 di Parma può fornire fin da ora i dati relativi all'attività del servizio di Elisoccorso e a quella degli Infermieri dipendenti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in servizio sulle ambulanze 118. Questi dati vengono inviati mensilmente alla Regione dall'ottobre 2009.

Per quanto riguarda invece la rilevazione dei restanti dati, la competenza, quale titolare dell'Emergenza/Urgenza 118 territoriale, è dell'Azienda USL di Parma la quale, in condivisione con tutti i soggetti operanti nel Sistema sta individuando, in ottemperanza al decreto suddetto, il format cartaceo più idoneo al raggiungimento dell'obiettivo.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si stanno studiando le modalità per migliorare il collegamento tra gli eventi 118 e quelli di Pronto Soccorso in modo che ogni singolo paziente abbia un unico report sia per l'extra che per l'intra-ospedaliero. Sono già state apportate modifiche all'applicativo di Pronto Soccorso per rilevare le informazioni necessarie alla creazione del nuovo flusso informativo.

Percorso di integrazione delle Centrali Operative presso il Centro Unico delle Emergenze: il trasferimento della Centrale 118 presso il Centro Unico delle Emergenze è di rilevante complessità e ha implicato la definizione di accordi con l'Amministrazione Comunale e compatibilità/competenze in ordine all'acquisizione delle tecnologie. Il trasferimento è avvenuto a marzo 2010.

Sviluppo della convenzione unica regionale con il SAER/CNSAS: la formalizzazione dell'accordo tra Regione e SAER/CNSAS che sarebbe dovuta avvenire all'inizio del 2009 non è avvenuta a causa di difficoltà insorte a livello regionale. Pertanto l'AUSL di Parma, con il parere favorevole dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ha rinnovato la Convenzione in essere nel 2008, mantenendo una valenza provinciale.

Percorso STEMI: il percorso interaziendale dell'infarto miocardico acuto ST-Sopra è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dall'inizio 2008 con 9 Postazioni 118 dotate di apparati di trasmissione ECG, cui si sono aggiunte nel 2009 tre ulteriori postazioni 118 alle quali sono stati consegnati e resi operativi tre apparati per la trasmissione dell'ECG.



Percorso STROKE: il percorso interaziendale dell'ICTUS è stato condiviso con tutti gli interlocutori ed è operativo dal settembre 2008.

Percorso Clinical Competence per Infermieri 118: è stato completato il 2° ed iniziato il 3° Corso di Sviluppo delle Clinical Competence per Infermieri 118 che si è concluso nel primo trimestre 2009. Nel novembre 2009 i relativi Protocolli sono stati licenziati dalla Commissione Cardiologica Provinciale e dalla Giunta del Dipartimento di Emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Organico infermieristico: l'implementazione del personale infermieristico di C.O. 118 e sui mezzi di soccorso di Parma città è completata. L'implementazione dell'organico infermieristico, iniziata nel 2007/2008 con l'aggiunta di tre Infermieri, è stata completata nel 2009 con l'aggiunta di altri tre infermieri, ciò ha reso possibile l'estensione del turno infermieristico su Parma città sulle 24 ore/die.

Progetto "A casa Sicuri": al termine del primo trimestre 2007 si è interrotto il percorso iniziato nel 2006 con il Comune di Parma per arrivare ad una convenzione per la realizzazione di un nuovo sistema di Telesoccorso denominato "A casa sicuri". Alla fine del 2009, il Comune di Parma ha assunto in proprio la realizzazione e gestione del progetto per i propri assistiti, invitando gli altri Comuni della provincia ad allacciare i propri utenti al servizio "A casa sicuri". Al 31 dicembre 2009 tutti gli utenti dei Comuni della provincia erano ancora allacciati al Telesoccorso gestito nei locali dalla Centrale Operativa 118.

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

La politica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in materia di acquisto di beni e servizi è stata volta anche nel 2009 a garantire la qualità degli approvvigionamenti nel rispetto del contenimento dei costi e dei tempi di gara.

Per favorire il raggiungimento di tali obiettivi si è data continuità alle attività di collaborazione in Area Vasta e tramite l'agenzia regionale Intercent-ER, pur senza trascurare le iniziative aziendali volte al costante aggiornamento dei prezzi, oltre che alla razionalizzazione dei consumi e delle modalità di fruizione forniture (sviluppo conto deposito).

A livello aziendale si rileva una spesa complessiva di ordinativi effettuati nel 2009 presso Intercent-Er di € 7.294.139,76 oltre a € 12.217.227,00 per farmaci (con un importo triennale pari a € 95.694.915,00), per un totale di € 19.646.960,00.

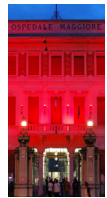
Al fine di contribuire al rafforzamento del sistema regionale per gli acquisti, un secondo obiettivo che ci si è proposti di raggiungere nel corso dell'anno 2009 è rappresentato dal consolidamento dei percorsi e di modalità di collaborazione con Intercent-ER nelle diverse fasi del processo di acquisizione, secondo gli indirizzi già avviati nel corso dell'anno 2008.

La conclusione di importanti procedure di gara quali in primo luogo la Gara Farmaci e la Gara per le Endoprotesi coronariche, ha comportato la necessità di concordare e attivare con Intercent-ER schemi organizzativi nuovi atti a garantire, dopo l'aggiudicazione, la complessa fase di gestione e costante aggiornamento dei contratti, individuando a tale scopo le Aziende capofila di AVEN, che devono gestire per tutta l'Area Vasta i contratti derivati dalle Convenzioni stesse. Tale modello è stato applicato per la gara Farmaci che vede l'azienda USL di Modena quale capofila per tutte le problematiche applicative, in collaborazione con CeVEAS e il gruppo di lavoro dei Farmacisti.

Inoltre sono stati attivati percorsi finalizzati a garantire il coordinamento e la gestione centralizzata delle problematiche inerenti casistiche di inadempienze contrattuali, non adeguatezza dei prodotti, segnalazione di incidenti e/o difetti di fabbricazione, difficoltà di rifornimento di prodotti aggiudicati tramite convenzioni Intercent-ER.

Per quanto concerne l'obiettivo legato all'incentivazione delle procedure di acquisto centralizzate a livello di Area Vasta sono state messe in atto le seguenti azioni :

- Adozione di modalità innovative di definizione della programmazione degli acquisti di Area Vasta, procedendo all'esame dettagliato delle scadenze contrattuali delle aziende associate al fine di individuare tutte le procedure di acquisto che potevano risultare di interesse sovra-aziendale, e, in successione logica, le procedure di acquisto da mantenere a livello aziendale, definendo il quadro complessivo della programmazione, che è stato approvato dall'Assemblea AVEN nell'aprile 2009.
- Strutturazione e maggiore integrazione delle attività riferite alla fase di selezione e standardizzazione dei prodotti.



- Sulla base del Piano gare approvato, le Direzioni Aziendali hanno provveduto alla individuazione e nomina dei professionisti e tecnici da coinvolgere nelle relative gare in programmazione, per garantire le competenze necessarie e un adeguato grado di rappresentatività.
- In tale contesto si colloca anche la costituzione della Commissione Farmaci di Area Vasta (in sostituzione delle precedenti 4 Commissioni Provinciali) avvenuta nel luglio 2009, a conferma del livello di integrazione maturato nel settore farmaci, anche grazie ad un'esperienza di coordinamento e confronto ormai pluriennale.
- Elaborazione e condivisione di modalità, criteri e modulistica necessarie per omogeneizzare la raccolta dei dati e delle informazioni tecniche e di mercato utili per l'impostazione delle procedure e per la successiva valutazione degli esiti (economici e qualitativi) delle gare, nella logica di impostare e sistematizzare una attività metodica di controllo di gestione.
- Definizione di linee di indirizzo per la costituzione di una struttura sovra-aziendale di natura dipartimentale che coinvolge i Servizi Acquisti delle Aziende AVEN e che avrà il compito di governare e coordinare le attività connesse all'acquisizione di beni e servizi; tale struttura risulta necessaria per supportare il progetto del Magazzino centralizzato dei beni sanitari.

Le azioni di cui sopra hanno contribuito ad incrementare il numero delle procedure di acquisto effettuate a livello di Area Vasta, ma anche al progressivo superamento di criticità riscontrate negli anni precedenti (quali tempistica non adeguata, difficoltà nella valutazione degli esiti) andando nel senso di un miglioramento degli standard qualitativi dell'attività e degli esiti.

Il valore complessivo delle gare aggiudicate a livello di Area Vasta risulta pari ad €. 55.923.576,47 (iva esclusa).

Si rileva infine che, rispetto al progetto di logistica integrata (magazzino unico per farmaci e dispositivi medici), di notevole impatto sia economico, sia organizzativo, è stato creato un team multiprofessionale di cui fanno parte, tra gli altri, i direttori amministrativi come referenti aziendali, con l'obiettivo di presidiare ed assicurare il buon andamento del progetto stesso in una logica di condivisione del nuovo sistema organizzativo, di risoluzione delle criticità connesse ed il progressivo coinvolgimento del personale operativo interessato.

Relazione Area Vasta Emilia Nord

Premessa

Le attività sviluppate dall'Area Vasta Emilia Nord nel corso dell'anno 2009 hanno avuto quale riferimento il Piano delle Azioni 2009 - 2010, adottato in data 3 aprile 2009 dall'Assemblea dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie associate, che prevedeva i seguenti ambiti di attività:

- Acquisti centralizzati e monitoraggio
- Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato
- Attività d'integrazione inerenti il settore amministrativo-gestionale
- Attività d'integrazione in ambito clinico-assistenziale
- Progetti regionali inerenti il settore della Ricerca e del Technology Assessment
- Progetti regionali e di Area Vasta inerenti il settore ICT
- Attività di Formazione

Acquisti centralizzati e monitoraggio

In tema di acquisti centralizzati nel 2009 si è registrato un incremento del volume di acquisti tramite l'Agenzia Intercent-ER; le linee di programmazione regionale prevedevano un incremento dal 20% al 25%, mentre, con l'aggiudicazione della gara Farmaci e con l'adesione da parte delle Aziende AVEN a circa 90 Convenzioni stipulate da Intercent-ER, l'obiettivo è stato in larga misura superato. Dai dati forniti da Intercent-ER la percentuale stimata di adesione dell'Area Vasta Emilia Nord alle convenzioni attive, bandite e in fase di pubblicazione è del 36%, corrispondente ad un importo di 305 milioni di € in rapporto ad una spesa annua 2008 di circa 847 milioni di €. Relativamente ai risultati della gara Farmaci sono stati ottenuti vantaggi economici (-7,9% rispetto alle basi d'asta, corrispondenti ad un ipotetico risparmio di circa € 39 milioni € in tre anni) su 733 lotti dei 1034 messi a gara. Per una parte dei lotti di gara non aggiudicati nel primo step (in particolare prodotti in esclusiva) gli esiti sono stati meno vantaggiosi e hanno richiesto ulteriori contrattazioni.

Sono stati inoltre concordati con Intercent-ER percorsi per la gestione delle problematiche post-gara e percorsi per la gestione nel tempo della gara Farmaci.

L'adozione di una modalità innovativa di programmazione integrata degli acquisti ha consentito di definire la programmazione delle gare in modo più strutturato e con un maggior respiro temporale a partire dall'esame delle scadenze contrattuali delle singole Aziende. In questo modo nel 2009 si è avuto un



notevole incremento, rispetto al 2008, sia del numero di gare aggiudicate (27) che del numero di procedure in via di conclusione e/o avviate (45), dando la priorità all'espletamento delle gare per l'acquisizione dei beni sanitari che saranno gestiti dal Magazzino centralizzato.

L'obiettivo di procedere ad una revisione degli assetti organizzativi in modo da individuare il modello più utile e funzionale alle esigenze di governo, coordinamento e armonizzazione di obiettivi e percorsi nell'ambito del settore acquisti e gestione dei contratti, richiesto dall'adozione del Sistema Integrato della Logistica dell'Area Vasta Emilia Nord, si è concretizzato con l'approvazione della Delibera di costituzione di una Struttura Integrata di natura Dipartimentale AVEN dei Servizi Acquisti delle singole Aziende (DIA AVEN).

Nel corso del 2009 sono stati effettuati tutti i passaggi necessari per giungere ad una proposta realizzabile e condivisa: determinanti a tal fine sono stati gli indirizzi e la regia svolta dai Direttori Amministrativi, ma soprattutto l'impegno e il costruttivo clima di collaborazione emerso dal gruppo dei Responsabili dei Provveditorati.

Nel 2009 è stata inoltre deliberata la costituzione della Commissione Farmaco di Area Vasta che va a sostituire le 4 Commissioni Provinciali, risultato reso possibile da un intenso lavoro preparatorio e di approfondimento di aspetti organizzativi, operativi e metodologici.

Rimane confermato l'obiettivo di costituire nel 2010 la Commissione di Area Vasta per la valutazione dei Dispositivi Medici (DM).

Relativamente alle attività di monitoraggio delle procedure d'acquisto, nell'anno 2009 è stata data continuità alla verifica dell'adesione ai contratti in essere risultanti dalle gare Farmaci espletate dal 2004 ad oggi e relativi rinnovi e proroghe. Nel settore dei Dispositivi Medici è stata elaborata una modulistica finalizzata alla raccolta delle informazioni e degli indicatori d'esito e processo relativi alle gare. Il monitoraggio è in particolare focalizzato alla verifica del rispetto dei tempi previsti per le procedure d'acquisto (tempogramma gestito in modo interattivo sul sito web) e sui risultati quali e quantitativi ottenuti.

Gli importi delle gare aggiudicate nel 2009 a livello di Area Vasta ammontano ad un totale di circa 56 milioni di €, con una differenza di circa 19 milioni di € (ovvero il 25,7% in meno) rispetto alle quote previste come base d'asta. A queste si devono aggiungere le gare svolte in collaborazione con intercenter: endoprotesi coronariche (importo aggiudicato di € 7.761.620 corrispondente al 32% in meno rispetto all'importo previsto come base d'asta) e Farmaci (importo aggiudicato di € 491.405.000 corrispondente all'8,06% in meno rispetto all'importo previsto come base d'asta).

Nel corso del 2009 è stata posta particolare attenzione al problema dell'Anagrafica comune dei Beni Sanitari gestiti dal Magazzino centralizzato. In particolare è stato costituito un gruppo di lavoro (con definizione di Referenti Aziendali per l'Anagrafica comune) che sta sviluppando la proposta di strutturazione di un Portale sul sito web AVEN, da dedicare alla gestione dell'anagrafica dei beni sanitari di interesse delle Aziende associate, che potrà essere utilizzata, limitatamente alla sezione Farmaci per lo sviluppo dell'anagrafica dedicata alla Prescrizione Informatizzata.

Progetto di logistica integrata-magazzino centralizzato

È stato concluso l'iter amministrativo necessario per l'affidamento dei lavori e l'attività di costruzione del magazzino è iniziata nell'autunno 2009.

L'obiettivo di sviluppare nel 2009 il progetto di "Reingegnerizzazione dei processi" connesso alla realizzazione del Polo logistico per individuare, sul versante delle Aziende associate, i modelli organizzativi che possano efficacemente interfacciare il sistema della logistica di Area Vasta con i sistemi organizzativi interni di ciascuna Azienda, è stato realizzato per gli aspetti gerarchico-funzionali. Si è provveduto alla definizione del sistema delle responsabilità connesse ai rapporti fra Polo Logistico Integrato, Assemblea AVEN e Aziende Associate, concordando da parte degli Organismi Dirigenti AVEN che il Magazzino Logistico verrà gestito direttamente dall'Azienda USL di Reggio Emilia per conto delle Aziende Associate.

Attività di integrazione inerenti il settore amministrativo-gestionale

Nell'ambito dell'area amministrativa-gestionale sono operativi i seguenti gruppi di lavoro:

- Gruppo Normativa Appalti di Beni e Servizi:
- Gruppo Assicurazioni
- Gruppo Responsabili Risorse Umane
- Gruppo Responsabili Formazione
- Gruppo Responsabili Bilancio
- Gruppo Responsabili Provveditori



- Gruppo Responsabili Ingegnerie Cliniche
- Gruppo Responsabili Sistemi Informativi
- Gruppo Responsabili Servizi Controllo di Gestione

Gli obiettivi assegnati e le attività sviluppate nel corso del 2009 sono stati orientati alla condivisione e aggiornamento di procedure, al confronto su temi normativi e sui relativi aspetti applicativi e all'integrazione di interventi e risorse.

Attività di integrazione in ambito clinico-assistenziale

Gli obiettivi assegnati ai gruppi di lavoro AVEN in ambito clinico-assistenziale comprendevano principalmente:

- il confronto, la condivisione e il monitoraggio delle modalità di realizzazione dei Piani di programmazione regionali per specifici settori (es. Percorso Nascita, Ricerca-Innovazione, ecc...);
- la valutazione di soluzioni gestionali e assistenziali integrate, di ipotesi di condivisione di risorse e di competenze specifiche;
- la strutturazione di attività di audit clinico.

Si elencano di seguito i gruppi di lavoro operativi nel corso del 2009:

- AUDIT CLINICO CARDIOLOGIA
- VALUTAZIONE INSERIMENTO TECNOLOGIE INNOVATIVE
- AREA RICERCA INNOVAZIONE
- PROGRAMMA PERCORSO NASCITA
- INTEGRAZIONE ATTIVITA' CENTRI TRASFUSIONALI: gruppo MO-RE e gruppo PR-PC
- PROGRAMMA ODONTOIATRIA
- ASSISTENZA IN EMERGENZA-URGENZA
- ACCORDI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E ACCORDI MOBILITA' TRA STRUTTURE PUBBLICHE AVEN
- REFERENTI SPECIALISTICA
- GRUPPO RESPONSABILI SERVIZI FARMACIA E GRUPPO FARMACI IN DISTRIBUZIONE PER CONTO

Oltre a questi, alla fine del secondo semestre 2009, sulla base degli input e sollecitazioni dei Direttori Generali, sono stati attivati ulteriori gruppi di lavoro:

- Laboratori
- Responsabili Dipartimenti di SALUTE PUBBLICA
- Integrazione Socio-Sanitaria
- RESPONSABILI DIPARTIMENTI di SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE
- Responsabili Servizi Prevenzione Protezione

Progetti regionali e di Area Vasta inerenti il settore ICT

Per quanto riguarda i progetti ICT compresi nella programmazione della committenza CUP 2000, nel corso del 2009 sono state sviluppate attività per l'implementazione a livello di Area Vasta dei progetti regionali (DGR 2333 del 22.12.2008), in primo luogo quelli relativi a Integratore CUP di Area Vasta e Progetto SOLE.

Sono state individuate iniziative comuni finalizzate all'omogeneizzazione delle procedure informatizzate connesse all'area amministrativa e contabile. Inoltre è stato effettuato un censimento delle procedure e degli applicativi informatici adottati dalle Aziende AVEN anche in relazione alla possibilità di definizione di contratti quadro per l'assistenza e la manutenzione.

Esperienze di nuovi modelli organizzativi in tema di distribuzione di beni sanitari e gestione del risk management

Nell'ambito di tale settore di attività sono stati raccolti in modo strutturato una serie di dati e informazioni relativamente ai diversi modelli organizzativi implementati nelle singole realtà. Il confronto sulle diverse esperienze è stato oggetto di un Seminario specifico sull'argomento, tenutosi a Piacenza a marzo 2009.

È stato elaborato un Progetto di modernizzazione "Requisiti clinici e gestionali validati a supporto dei sistemi di gestione informatizzata della terapia: definizione, condivisione e adozione negli specifici CPOE delle Aziende AVEN" che è stato approvato e finanziato dalla Regione Emilia Romagna.



Progettazione e realizzazione di interventi di tipo culturale-scientifico e di specifiche attività di formazione a livello di Area Vasta

Il CeVEAS ha svolto un ruolo determinante nella progettazione, costituzione e conduzione della Commissione Farmaci di Area Vasta; dal luglio 2009 il CeVEAS garantisce funzioni di Coordinamento della Segreteria Organizzativa-Scientifica e supporta i clinici e farmacisti delle Aziende per le attività connesse alle ricerche bibliografiche, alla stesura di relazioni e approfondimenti. Sul sito del CeVEAS e sul sito AVEN è disponibile e costantemente aggiornata la documentazione relativa ai lavori della Commissione Farmaco di Area Vasta.

Per quanto attiene la presentazione degli esiti di gara con particolare riferimento ai farmaci valutati in equivalenza o a farmaci per i quali si prevedono limitazioni d'impiego e/o specifico monitoraggio, è stato predisposto specifico materiale informativo discusso e approvato dalla Commissione Farmaci AVEN.

Per quanto riguarda l'informazione indipendente ai MMG, nel corso del 2009 il CeVEAS ha dato continuità al progetto Farmacista Facilitatore (presentazione ai MMG del pacchetto farmaci cardiovascolari e farmaci per la terapia del dolore) secondo le modalità concordate nelle singole realtà provinciali.

Sistema informativo

Implementazione progetti regionali ICT

Nel 2009 sono state deliniate le proposte di collaborazione sui Progetti ICT Regionali che vedono impegnati in Azienda congiuntamente il Servizio Informativo Aziendale ed il Servizio di Ingegneria Clinica per gli aspetti correlati all'ICT.

In riferimento agli obiettivi regionali ICT sono proseguite le attività di inserimento dell'offerta delle prestazioni nel sistema CUP provinciale. È inoltre stata implementata, in stretta collaborazione con l'Azienda USL, la modalità di pagamento online.

Per quanto riguarda il CUP integratore sono state individuate le agende e le prestazioni che parteciperanno alla sperimentazione del progetto.

Nell'ambito del Call Center – Numero Verde regionale si è sostenuto, tramite la predisposizione di automatismi e con la proficua collaborazione dell'URP, all'allineamento delle relative banche dati

I progetti ICT regionali hanno inoltre previsto la progressiva adozione delle Carte Operatore: ad oggi sono state attivate circa 400 smart card aziendali. In tale progetto l'azienda si pone di avviare un processo di controllo e sicurezza della comunicazione tra il personale aziendale dentro e fuori dalle Aziende sanitarie, attraverso la distribuzione delle carte nazionali dei servizi, processo che mira a superare la trasmissione del documento cartaceo soprattutto per quel che riguarda le comunicazioni di tipo clinico strutturate e destrutturate.

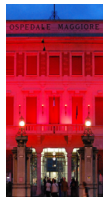
Implementazione progetti aziendali ICT

Nel 2009 si è avviato il processo di sostituzione della Intranet aziendale dalla piattaforma web statica ad una forma dinamica ed interattiva della stessa. Tecnicamente la nuova intranet aziendale si basa su formati aperti e standard (W3C compliant ed accessibile) e rispondente all'immagine coordinata del SSR. A livello organizzativo l'intranet permette a tutte le strutture dei dipartimenti tecnico/amministrativi di pubblicare e condividere i propri contenuti in modo autonomo.

La realizzazione è basata su Joomla!, un software di content management per siti web, realizzato completamente nel linguaggio PHP e pubblicato con licenza open source GNU GPL. Tale strumento rende possibile ad ogni servizio tecnico amministrativo dell'azienda di condividere documenti, procedure, guide ed informazioni con tutti i dipendenti aziendali tramite la intranet aziendale. Tramite la rete è quindi possibile fornire comunicazioni immediate di guasti o interruzioni di servizio non programmate.

Per quanto riguarda la conformità al progetto Docarea+, il Servizio Informativo Aziendale ha terminato le attività seguenti nell'anno 2009:

- installazione dei server di gestione documentale (tra cui il library server o server di indicizzazione Hummingbird);
- installazione del sistema documentale Hummingbird integrato con il nuovo applicativo di protocollo;
- integrazione dell'applicativo di protocollo e del gestore documentale con la piattaforma Active Directory esistente;



- d. integrazione e configurazione della casella di posta certificata PEC. L'attività ha compreso l'attivazione della casella di PEC istituzionale per l'area organizzativa omogenea presente e la pubblicazione sull'indice PA. Tale casella è inoltre collegata all'applicativo di protocollo per poter rispondere alle funzionalità di interoperabilità tra Pubbliche Amministrazioni;
- e. formazione, tramite corsi appositi, all'utilizzo dell'applicativo di protocollo, alla firma digitale e alla PEC per gli operatori e per i dirigenti.

In collaborazione con il Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, il Servizio Informativo Aziendale ha iniziato il percorso di definizione dell'anagrafica unica aziendale dei dipendenti e collaboratori, che costituisce un elemento importante e strategico per ogni ulteriore possibile sviluppo verso la realizzazione di un vero e proprio sistema informativo aziendale.

In particolare l'anagrafica unica dei dipendenti aziendali raccoglie tutti i dati relativi a dipendenti, collaboratori, dipendenti dell'università in convenzione aziendale ed il relativo account del sistema informatico. Questo passo fondamentale permetterà di dotare il sistema informatico di un pannello di controllo del dipendente.

Nel 2009 si è infine dato inizio alle attività ICT necessarie per il trasferimento della C.O 118 e per l'avvio del Nuovo Pronto Soccorso.



3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa rientra tra i principali obiettivi aziendali di un'organizzazione grande, complessa e in continua evoluzione come il Servizio Sanitario Nazionale, in cui ricerca e formazione costituiscono fattori essenziali per assicurare nel tempo il necessario livello di qualità e la costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nel contesto clinico-assistenziale. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è la sede naturale per lo sviluppo di tali fattori e costituisce, sotto tale profilo, un punto di riferimento e di diffusione per l'intero sistema regionale. La funzione di ricerca e di promozione dell'innovazione rappresenta un elemento centrale ed unico, in quanto solo il S.S.R. è in grado di sviluppare quella ricerca mirata a definire le condizioni di effettiva appropriatezza di uso delle tecnologie e a portare a completa maturazione le informazioni necessarie a cogliere e misurare implicazioni organizzative e gestionali dell'introduzione di nuove conoscenze, dell'abbandono di quelle obsolete, eccetera. In tale contesto, il concetto di "innovazione" assume quindi non più soltanto il significato di "ciò che è nuovo", ma di ciò che - indipendentemente dalla sua "età cronologica" - innova in quanto capace di favorire processi portatori di un più favorevole profilo "beneficio-rischio". La promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica ed organizzativa diviene quindi principio fondamentale ispiratore del sistema e dell'Azienda e implica lo sviluppo di particolari forme di collaborazione con l'Università per il suo peculiare ruolo istituzionale.

L'Osservatorio Regionale dell'Innovazione

La costante e tempestiva innovazione tecnologica ed organizzativa nei contesti clinico-assistenziali è elemento indispensabile per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

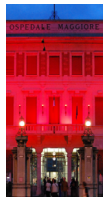
In attuazione delle indicazioni del Piano Sociale e Sanitario 2007-2009 riguardo alla ricerca e all'innovazione nel S.S.R., l'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale congiuntamente alle Direzioni Generali ed ai Collegi di Direzione delle Aziende sanitarie ed avvalendosi della collaborazione delle Università, ha istituito un Osservatorio Regionale dell'Innovazione (ORI). Questa iniziativa ha lo scopo di consentire una precoce individuazione delle tecnologie emergenti e di valutarne le possibili implicazioni sia riguardo ad efficacia, accessibilità ed appropriatezza clinica, sia riguardo al loro atteso impatto organizzativo ed economico, incluse le analisi di economia di scala e di scopo, della distribuzione sul territorio e della loro collocazione ottimale tenendo conto delle condizioni di accessibilità geografica e delle eventuali sinergie con servizi ed attività preesistenti.

Le iniziative sono prioritariamente considerate secondo le proposte di adozione da parte delle Aziende sanitarie delle cosiddette alte tecnologie diagnostiche o terapeutiche, che presentano alti costi di investimento e di gestione, oltre ad un elevato impatto sugli aspetti menzionati e sui profili di cura dei pazienti. L'ORI comprende, quindi, anche la valutazione, a livello regionale, dei piani di innovazione tecnologica ed organizzativa elaborati dalle Aziende sanitarie a livello di Area Vasta, ai fini di una complessiva verifica del fabbisogno, delle implicazioni sul versante clinico, organizzativo, economico, oltre che delle ricadute per il Servizio Sanitario Regionale sul piano della ricerca e della formazione professionale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma fin dal 2007 concorre, con la propria Direzione e Collegio di Direzione aziendale, alle attività dell'Osservatorio sull'Innovazione in modo da costruire un sistema regionale di horizon scanning per l'individuazione di tecnologie emergenti e la valutazione preliminare del loro impatto sul Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda inoltre sostiene attivamente le iniziative di monitoraggio dell'uso di tecnologie diagnostiche e terapeutiche già operative o in fase di avvio a livello regionale, con particolare riferimento ai registri finalizzati a rilevare le indicazioni di utilizzo di specifici device (defibrillatori impiantabili, pace-maker, stent, protesi d'anca), farmaci oncologici, procedure diagnostiche di particolare rilievo (TAC multistrato per la diagnostica coronarica e PET), promuovendo la coerenza degli obiettivi di budget con i livelli assistenziali che abbiano evidenza di efficacia.

Nel capitolo 6, paragrafo "Utilizzo appropriato delle innovazioni", vengono illustrate le procedure elaborate a livello locale per l'acquisizione di tecnologie sanitarie, che prevedono iter diversi a seconda della tipologia di tecnologia che si intende acquisire. Una novità importante, introdotta nel 2009, è la definizione dell'iter per la richiesta di tecnologie nell'ambito di progetti di ricerca, allo scopo di ridurre i tempi di acquisizione e favorire la realizzazione degli studi nei tempi previsti dal protocollo.



Trapianto di pancreas isolato

Presso la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria, grazie alla stretta collaborazione organizzativa di tre Unità operative, nel marzo del 2009, è stato realizzato un intervento di eccellenza clinica su un paziente di 39 anni. L'operazione compiuta, un trapianto di pancreas isolato, è il primo eseguito in Emilia-Romagna. Per questo tipo di trapianto il nostro Policlinico è centro di riferimento regionale. L'intervento, realizzato con successo, è stato compiuto su un uomo affetto da diabete di tipo 1, patologia caratterizzata dall'incapacità del pancreas di produrre insulina. Il trapianto ha permesso di eliminare l'instabilità metabolica restituendo al paziente valori glicemici perfettamente normali. Il decorso post operatorio è stato regolare e la dimissione è avvenuta a distanza di 20 giorni dall'intervento.

Il trapianto di solo pancreas viene praticato solo in particolari condizioni. Nella maggior parte dei pazienti diabetici di tipo I il controllo della malattia si ottiene con la convenzionale terapia insulinica, evitando così i rischi legati all'intervento chirurgico.

In genere si esegue la sostituzione di tale organo solo quando si renda necessario associarlo al trapianto di rene: caso tipico sono i pazienti diabetici di tipo I in dialisi per grave patologia renale.

In questo caso il paziente, pur avendo una buona funzionalità renale, presentava valori glicemici impossibili da controllare con la terapia insulinica e complicanze tipiche del diabete (oculari, aterosclerotiche e nervose) in rapida evoluzione. La scelta di effettuare il trapianto di pancreas è stata determinata dalla giovane età: l'ulteriore progressione della malattia, infatti, avrebbe potuto compromettere non solo la qualità di vita ma anche la sopravvivenza del paziente.

L'intervento, durato quattro ore e mezzo, è stato eseguito dall'Unità Operativa di Clinica chirurgica e Trapianti d'organo e dall' U.O. di Chirurgia d'Urgenza. Il paziente, nel periodo successivo all'intervento chirurgico, è stato seguito dai chirurghi e dai professionisti nell'U.O. di Nefrologia.

Il reclutamento del giovane piacentino è stato compiuto dopo un attento lavoro di screening durato oltre un anno e mezzo, realizzato grazie ad un'attività congiunta tra le strutture di Chirurgia, Nefrologia e Diabetologia dell'Ospedale Maggiore e le unità operative di Diabetologia e di Nefrologia dell'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza. Il monitoraggio e il rapporto di collaborazione con i reparti di Piacenza sta attualmente proseguendo anche per altri pazienti. Importante per l'inizio ed il proseguo del lavoro è stato l'apporto della Fondazione Cariparma, che grazie a un finanziamento mirato ha reso possibile il potenziamento dell'equipe, con il recente inserimento di un chirurgo contrattista. Il paziente che ha subito il trapianto di pancreas isolato è stato seguito per i primi nove mesi dopo il trapianto dal nostro ambulatorio trapianti. Successivamente è stato affidato ai colleghi dell'Azienda di Piacenza, città di provenienza del paziente, per i controlli di routine.

A tutto il 2009, i centri in Italia che eseguivano i trapianti di solo pancreas erano pochissimi. A Parma si sta prendendo in considerazione la possibilità di eseguire altri trapianti di pancreas isolato. La Clinica chirurgica e Trapianti d'organo e la Nefrologia della nostra Azienda sono strutture di riferimento per il trapianto di rene, rene e pancreas e pancreas isolato. Dall'aprile 1986, anno di avvio dell'attività, a oggi sono stati eseguiti complessivamente 1095 trapianti.

Si segnala che al momento della chiusura del documento Bilancio di Missione 2009 - fine giugno 2010, ndr - nessun paziente è in lista attesa per trapianto di pancreas isolato e che risulta difficile valutare quanti pazienti diabetici possano avere necessità di questo tipo di trapianto.

Tabella 12 riepilogativa dell'attività del Centro trapianti dal 1986 al marzo 2009

Tipo di Trapianto	
Rene da cadavere	1020
Rene da vivente	42
Rene-pancreas	32
Pancreas isolato	1
Totale	1.095

Cardiochirurgia all'avanguardia con nuove tecniche operatorie

L'attività chirurgica dell'U.O. di Cardiochirurgia del 2009 è stata caratterizzata dall'impiego di nuove tecniche operatorie e con l'attuazione di nuovi protocolli scientifici con rilevanza clinico-assistenziale.

A tal proposito vengono riportati i tre principali settori che beneficiano di tali novità tecnico-scientifiche.



Impianto di valvole aortiche percutanee nella terapia della stenosi valvolare aortica

La stenosi aortica degenerativa dell'anziano è un quadro di sempre più frequente riscontro e dalle importanti implicazioni cliniche. Dalla comparsa dei sintomi la prognosi della stenosi aortica è sfavorevole, con grave compromissione della qualità della vita e sopravvivenza ridotta, mentre la terapia medica risulta di scarsa utilità. La sostituzione valvolare aortica chirurgica con protesi biologica o meccanica rappresenta il trattamento di elezione, tuttavia è spesso gravata da un rischio operatorio elevato, data l'età avanzata dei pazienti e le frequenti comorbidità. È ora disponibile una nuova possibilità terapeutica per i pazienti che presentano stenosi aortica severa non trattabili chirurgicamente: l'impianto percutaneo o transapicale di una valvola aortica biologica, TAVI acronimo dall'inglese "Transcatheter Aortic Valve Implantation". Queste protesi, autoespandibili o da espandere con palloncino, possono essere inserite per via endoluminale, dislocando lateralmente i lembi della valvola patologica.

Queste protesi vengono impiantate in Italia dallo scorso anno ma non sono ancora disponibili informazioni affidabili sull'effettivo profilo di costo-efficacia. Tale metodica dovrebbe garantire risultati clinici simili alla chirurgia sostitutiva, con un intervento meno invasivo e con un rischio procedurale contenuto.

I risultati ad oggi disponibili suggeriscono che le tecniche percutanee e transapicali di sostituzione valvolare sono fattibili e forniscono un miglioramento emodinamico e clinico a breve termine nei pazienti con stenosi aortica severa e con controindicazioni all'intervento chirurgico. Si deve peraltro considerare che, in caso di efficacia comprovata, queste tecniche potrebbero essere estese in futuro a pazienti a minor rischio. Deve essere quindi definito il profilo di sicurezza e l'efficacia a medio e lungo termine di queste metodiche innovative per valutarne appieno potenzialità terapeutiche e implicazioni clinico organizzative. Nell'ambito del Programma di ricerca Regione Emilia Romagna-Università 2007-2009, l'U.O. di Cardiocirurgia ha iniziato nel 2009 l'attuazione clinica del protocollo "TAVI" Transcatheter Aortic Valve Implantation. **IMPIANTO DI PROTESI VALVOLARI AORTICHE PER VIA ARTERIOSA E TRANSAPICALE: STUDIO DI SICUREZZA ED EFFICACIA PER DEFINIRE UN MODELLO REGIONALE DI UTILIZZO OTTIMALE DELLA NUOVA TECNICA**

Lo studio ha lo scopo di verificare la sicurezza di impianto delle nuove protesi con frequenza e impatto clinico delle eventuali complicanze, l'efficacia degli interventi di impianto delle protesi in termini di mortalità e in termini di classe funzionale a un anno dalla procedura. La sicurezza e l'efficacia dell'impianto di protesi aortiche transcatheter saranno valutate in un gruppo ben selezionato di pazienti: pazienti con controindicazione assoluta all'intervento cardiocirurgico o con rischio cardiocirurgico particolarmente elevato; è prevista comunque l'esclusione dei pazienti con eccessiva compromissione delle condizioni generali e con deterioramento significativo delle capacità cognitive e relazionali.

I risultati clinici degli interventi di TAVI in relazione alle indicazioni cliniche adottate e il confronto con i risultati di gruppi analoghi o simili sottoposti ad intervento cardiocirurgico tradizionale o a semplice valvuloplastica aortica serviranno per definire i criteri di appropriatezza di indicazione all'impianto di queste protesi nella regione Emilia-Romagna. Potranno pertanto essere confermati i criteri di indicazione adottati per questo studio oppure, in presenza di risultati non soddisfacenti, questi criteri potranno essere limitati, o anche estesi in caso di risultati molto favorevoli.

Fino ad oggi presso l'U.O. di Cardiocirurgia sono state eseguite 12 procedure di impianto di protesi valvolari aortiche percutanee, rispettivamente 6 transfemorali e 6 transapicali.

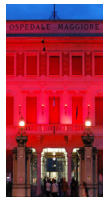
Le applicazioni terapeutiche delle cellule staminali nel trattamento dell'insufficienza cardiaca

Gli stadi iniziali dell'insufficienza cardiaca secondaria a cardiopatia ischemica vengono generalmente gestiti dalla terapia medica, mentre l'insufficienza cardiaca in fase terminale richiede procedure chirurgiche che includono la rivascolarizzazione miocardica, le assistenze ventricolari od il trapianto cardiaco.

Sebbene la rivascolarizzazione chirurgica o percutanea del miocardio ischemico può trattare l'angina, ridurre il rischio di infarto miocardico e migliorare la funzione del miocardio vitale, non è possibile ripristinare la vitalità in un territorio infartuato o rivascolarizzare aree severamente ischemiche che presentino tuttavia arterie tributarie di piccolissimo calibro, dunque non passibili di rivascolarizzazione coronarica chirurgica. È infatti noto che l'ischemia miocardica cronica può essere associata ad un danno locale della funzione contrattile, che è parzialmente reversibile quando la perfusione tissutale viene ripristinata (miocardio ibernato).

Il trapianto di cellule staminali progenitrici nel miocardio, capaci di differenziarsi in miociti o in cellule endoteliali, avrebbe l'obiettivo di ripopolare il muscolo cardiaco con cellule che potrebbero ripristinare un'adeguata contrattilità e sufficiente perfusione ematica da neovascolarizzazione.

È stato ben dimostrato che il midollo osseo è un ricco reservoir di cellule progenitrici e staminali tessuto specifiche. Inoltre diversi studi hanno confermato che le cellule derivanti dal midollo osseo contribuiscono



funzionalmente alla neoangiogenesi durante la guarigione delle ferite e l'ischemia periferica, dopo l'infarto miocardico e nell'endotelizzazione di grafts vascolari. Gli studi già pubblicati nel campo della terapia chirurgica della cardiomiopatia ischemica cronica congestizia associata all'inoculazione di cellule staminali derivate dal midollo osseo riguardano piccole serie di pazienti, quasi sempre non randomizzate, o semplici case-reports.

Nell'ambito del Programma di ricerca Regione Emilia Romagna-Università 2007-2009 - Medicina Rigenerativa, l'U.O. di Cardiocirurgia ha l'obiettivo di identificare e caratterizzare il ruolo delle cellule staminali nella terapia dell'insufficienza cardiaca, di definire il miglior approccio per ottenere la rigenerazione cardiaca e la ripresa della funzione elettromeccanica nei diversi quadri clinici e patologici, e di valutare gli effetti dei fattori di crescita sull'attivazione delle cellule staminali. Il progetto consta di un trial clinico di fase I e di un experimental research core.

Il trial clinico di fase I è un protocollo prospettico, non randomizzato arruolante pazienti affetti da cardiomiopatia dilatativa cronica post-infartuale trattati con bypass coronarico associato ad impianto di cellule staminali adulte del midollo osseo CD 133+, comparato con il bypass coronarico isolato ed iniezione di placebo. L'experimental research core verificherà la fattibilità e l'efficacia dell'iniezione intramiocardica di cellule staminali residenti cardiache autologhe e/o fattori di crescita.

Risultati preliminari

Lo studio clinico, già approvato dal Comitato Etico locale, ha ottenuto l'autorizzazione definitiva della Commissione del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità. La GMP facility della Stem Cell Factory del Policlinico di Milano, che collabora con l'U.O. di Cardiocirurgia per la purificazione delle cellule staminali autologhe, ha completato i controlli di qualità e sicurezza sui campioni di midollo osseo.

Per quanto concerne i risultati preliminari della parte sperimentale pre-clinica, gli studi in vitro sul potenziale cardiogenico delle cellule miocardiche umane e delle cellule stromali sono in corso. Le unità di ricerca hanno iniziato ad isolare le cellule midollari con il metodo immunomagnetico CliniMACS per testare la fattibilità della procedura ed hanno iniziato l'analisi dell'espressione del profilo genetico con l'RNA estratto dalle cellule CD133 and CD34. Le evidenze preliminari indicano la fattibilità delle procedure di purificazione, l'alto grado di purezza delle cellule ottenute e la loro capacità di differenziazione multilineare particolarmente verso il fenotipo endoteliale.

In conclusione i risultati preliminari dimostrano che i progenitori staminali sembrano avere potenziale cardiogenico e possono essere implementati clinicamente per il trattamento dell'insufficienza cardiaca ischemica.

Il trattamento endovascolare dell'aorta toracica

Il trattamento endovascolare degli aneurismi dell'aorta toracica nasce come tecnica alternativa al trattamento chirurgico tradizionale di sostituzione dell'aorta in toracotomia sinistra.

L'intervento chirurgico tradizionale infatti è un intervento invasivo, impegnativo e rischioso, che consiste nella sostituzione della porzione di aorta toracica malata con un segmento protesico che viene manualmente suturato alle porzioni di aorta sana. Questo tipo di procedura richiede una estesa incisione toracotomica, l'esclusione del polmone sinistro dalla ventilazione e l'esclusione dal flusso ematico fisiologico del tratto di aorta malato, e quindi del midollo spinale dorsale da essa irrorato, per tutto il tempo necessario alla sostituzione dell'aorta aneurismatica con un segmento protesico. Questo rende ragione dei considerevoli rischi di complicanze anche gravi, come la paraplegia, che comporta questo tipo di intervento.

Questa tecnica chirurgica si è affermata in tutto il mondo e viene oggi regolarmente utilizzata in alcuni centri di alta specializzazione per il trattamento di tutte le patologie dell'aorta toracica, sia come tecnica alternativa nei pazienti ad alto rischio chirurgico, sia come tecnica di prima scelta. La procedura endovascolare viene condotta da una equipe integrata di cardiocirurghi e medici radiologi in una sala operatoria convenzionale di cardiocirurgia e in anestesia generale; essa consiste nell'introdurre l'endoprotesi ripiegata su se stessa e montata su di un sistema tubolare di rilascio, nell'arteria femorale del paziente (o in altre sedi del suo albero circolatorio arterioso) attraverso una incisione inguinale di circa 10 cm; la protesi viene successivamente fatta avanzare nel sistema circolatorio sotto guida radioscopica ed ecografica, sino a raggiungere la posizione desiderata, dove viene aperta in pochi secondi raggiungendo le sue dimensioni prestabilite e andando a escludere dal flusso sanguigno il tratto di aorta malata.

Presso la Cardiocirurgia dell'Ospedale di Parma dal 1998 a oggi sono state eseguite oltre 150 procedure endovascolari dell'aorta toracica, sia in regime di emergenza che di elezione, in una vasta gamma di patologie come gli aneurismi, le dissezioni e le rotture post-traumatiche dell'aorta.

In particolare la nostra struttura si distingue per alcune peculiarità in ambito endovascolare: l'esperienza chirurgica accumulata negli anni con il trattamento chirurgico convenzionale delle patologie vascolari



maggiori, infatti, ci ha permesso di sviluppare e mettere a punto interventi combinati che prevedono tecniche chirurgiche tradizionali associate a procedure endovascolari, rendendo idonei a trattamento endoprotesico anche pazienti che, in assenza di questo supporto chirurgico, non lo sarebbero. Si effettuano infatti interventi di by-pass carotido-succlavia, debranching dell'arco aortico, aneurismectomia dell'aorta addominale e accessi iliaci e addominali associati a posizionamento di endoprotesi toraciche in un'unica seduta. Inoltre abbiamo accumulato un'esperienza considerevole a livello internazionale, grazie anche alla cooperazione con il Trauma center dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel trattamento endoprotesico immediato dei pazienti politraumatizzati con rottura acuta dell'istmo aortico. Nel 2009 sono state eseguite 15 procedure di impianto di endoprotesi aortiche toraciche e 5 endoprotesi aortiche addominali.

Azioni e interventi di riorganizzazione

Centralizzazione delle Unità di Terapia Intensiva

Il trattamento dei pazienti in area critica rappresenta uno dei maggiori costi del comparto della sanità. In tale contesto i pazienti con insufficienza renale acuta rappresentano un costo particolarmente importante, in quanto rappresentano circa il 25-30% dei ricoverati in terapia intensiva, con necessità di trattamento sostitutivo della funzione renale (emodialisi/emofiltrazione) nel 5% dei casi. È da sottolineare il fatto che proprio in quest'ultimo sottogruppo della popolazione con insufficienza renale acuta l'utilizzo di risorse sanitarie è risultato particolarmente elevato, e purtroppo la mortalità rimane nell'ordine del 40-50%. Appare quindi fondamentale l'ottimizzazione del trattamento.

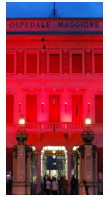
Il personale medico ed infermieristico delle unità di terapia intensiva (ad esempio Rianimazione, Cardiocirurgia, eccetera) non sempre ha familiarità con le numerose modalità di trattamento dialitico; spesso nello stesso paziente, in diversi momenti del suo percorso clinico, si possono rendere necessari trattamenti diversi, adattati alle complesse e variabili esigenze cliniche. Sono quindi necessari programmi adeguati di collaborazione tra unità operative con diverse competenze specialistiche – in primis quelle nefrologiche – che permettano l'effettuazione dei trattamenti ottimizzando anche la spesa sanitaria.

Tali obiettivi possono essere raggiunti attraverso la definizione di realtà dipartimentali che tengano conto della complessità gestionale del paziente nefrologico critico, e che permettano l'autonoma operatività diagnostica e terapeutica delle Strutture nefrologiche sia per la cura dei pazienti con insufficienza renale cronica che acuta, attuando in parallelo interventi di aggiornamento mirati alla prevenzione.

Nel corso del 2009, l'Azienda ha pianificato e realizzato la centralizzazione delle attività di unità di terapia intensiva che erano svolte in due sedi distinte: la Struttura Semplice di Unità di Terapia Intensiva della U.O. di Clinica e Immunologia Medica (precedentemente collocata al 1° piano del padiglione Nefrologia) si è spostata in locali adiacenti l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) della Cardiologia, presso il piano terra della Piastra tecnica – Centro del cuore. Il superamento della precedente localizzazione della S.S. Terapia Intensiva nefrologica, distante da tutti gli altri Reparti di Terapia Intensiva, ha consentito di migliorare la continuità assistenziale nei pazienti critici ricoverati presso l'Azienda, attraverso una razionale gestione delle risorse sia di personale medico e infermieristico, oltre a garantire in un'unica sede autorizzata all'esercizio e accreditata in Piastra Tecnica, l'effettuazione di tutti i trattamenti specialistici di terapia intensiva nefrologica per i pazienti ricoverati, utilizzando pienamente le competenze dei Nefrologi presenti.

La S.S. Terapia Intensiva è rivolta alla attività assistenziale per i pazienti affetti da patologie d'organo acute; oltre a trattare l'insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca, ed insufficienza epatica, la struttura si è venuta specializzando nel tempo nella gestione e trattamento dell'insufficienza renale acuta e degli squilibri idroelettrolitici e acido-basici. La struttura è integrata nella rete ospedaliera delle terapie intensive e gestisce anche tutte le urgenze nefrologiche (emodialisi per pazienti con insufficienza renale acuta o cronica con criticità) e le consulenze nefrologiche per gli altri reparti aziendali. Il personale medico è formato da internisti con indirizzo nefrologico ed ampia esperienza sul paziente critico.

La realizzazione della centralizzazione ha permesso di valorizzare ulteriormente le risorse umane della S.S., potenziando la forte integrazione tra il personale medico ed infermieristico che da sempre ha rappresentato un punto di eccellenza del reparto, e favorendo lavoro multidisciplinare. A tale riguardo sono stati effettuati interventi specifici di formazione e approfondimento tecnico-operativo per il personale infermieristico di concerto con il personale medico; tale attività di formazione consente di mantenere aggiornati i trattamenti per le varie tipologie di pazienti con insufficienza renale acuta. Nel corso del 2009, anche sulla base della nuova sistemazione logistica è stato dato impulso all'introduzione nella routine di reparto dei trattamenti dialitici prolungati con citrato, particolarmente mirati al paziente con elevato rischio emorragico.



La situazione logistica è notevolmente migliorata in seguito al trasferimento. La S.S. di Terapia Intensiva Nefrologica era in precedenza costituita da 5 posti letto per pazienti critici che presentano insufficienza renale acuta, provenienti da reparti di degenza o terapie intensive dell'azienda, ma in piccola percentuale anche dal Pronto Soccorso. Il reparto era dotato di un ulteriore posto letto "tecnico" sul quale ruotavano nelle 24 ore, pazienti acuti che erano ricoverati presso unità operative dell'azienda ospedaliera, instabili dal punto di vista emodinamico, che necessitano di trattamento emodialitico con monitoraggio continuo, e a volte, di supporto respiratorio. Il posto letto tecnico garantiva anche l'urgenza dialitica di pazienti provenienti da altre strutture sanitarie (Casa di Cura Città di Parma, Ospedale di Fidenza, Ospedale di Borgotaro) e dei pazienti cronici che effettuano il trattamento nei centri dell'Azienda Usl che non sono in grado, durante la notte, di rispondere ad eventuali necessità dialitiche.

Il personale infermieristico che gestiva i 5 posti letto dei pazienti acuto e del letto tecnico risultava accorpato con il personale che gestiva gli 8 posti letto dei trapianti e pertanto occorreva riorganizzare il personale medico ed infermieristico. La copertura delle guardie era assicurata dalla turnazione di tutto il personale medico del vecchio Padiglione Nefrologia, non necessariamente di estrazione intensivistica; per tale motivo era stata attivata una reperibilità del personale della Struttura semplice. Attualmente il punto guardia è coperto esclusivamente da medici della Struttura semplice, che operano in collaborazione quando richiesto, con i medici della UTIC (consulenze nefrologiche e internistiche, posizionamento CVC, drenaggi pleurici per i pazienti cardiologici, copertura della UTIC nel caso il cardiologo di guardia debba recarsi in altri reparti, come ad esempio il PS).

Con il trasferimento della Struttura Semplice di Terapia Intensiva Nefrologica presso l'UTIC, si è operata una riduzione di un posto letto (pertanto i posti letto risultano 4), mantenendo il letto tecnico per le urgenze dialitiche aziendali ed extra-aziendali; in parallelo si è avuta una riduzione di 4 posti letto in UTIC (da 20 a 16). Ciascun posto letto della S.S., compreso il letto tecnico, è adesso collocato in box separati ed è dotato di monitoraggio completo ECG, emodinamico e respiratorio; l'intero reparto è dotato inoltre di impianto centralizzato di produzione dell'acqua per il liquido di dialisi, prese per la distribuzione e scarichi in ciascuno dei 5 box.

Degenza Breve Chirurgica

La Degenza Breve Chirurgica si configura come la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici e procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive, con una degenza limitata ai cinque/sei giorni lavorativi della settimana.

In tale regime di ricovero breve è possibile trattare quelle patologie chirurgiche che richiedono una degenza post-operatoria inferiore ai cinque giorni. Sono inclusi, pertanto, gli interventi di chirurgia media e di one day surgery.

Le motivazioni che spingono alla creazione di un reparto di Degenza Breve Chirurgica si basano su una distribuzione settimanale dell'attività chirurgica ed assistenziale nell'arco di 5/6 giorni, dal lunedì al sabato mattina, e sulla disponibilità di personale infermieristico dedicato e di personale medico che svolge funzione di "consulenza", con il vantaggio di ridurre, in tal modo, i costi ospedalieri.

I vantaggi non appaiono solo di ordine economico; appare di immediata comprensione, infatti, come sia vantaggiosa una limitata permanenza nell'ambiente ospedaliero sia per il paziente che per i suoi familiari: a tal fine fondamentale risulta una adeguata e corretta organizzazione delle équipes chirurgiche ed anestesologiche.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato a fine settembre 2009 un reparto di Degenza Breve Chirurgica ad afferenza mista che prevede una dotazione massima di 28 posti letto. In questa fase iniziale sono stati attivati 20 posti letti (di cui 2 a prevalente utilizzo della Terapia Antalgica) afferenti a 4 Unità Operative: Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo, Neurochirurgia e Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico.

Questa nuova organizzazione ha determinato, inoltre, l'accorpamento, su un unico piano, dell'U.O. Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica e dell'U.O. Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo con riduzione dei posti letto di degenza ordinaria (13 posti letto per ciascuna unità operativa).

In una seconda fase verranno attivati gli ulteriori posti letto con coinvolgimento di altre unità operative.

L'organizzazione della Degenza Breve Chirurgica è a carico del Servizio Assistenziale; ciascuna unità operativa afferente ha individuato un proprio referente con il ruolo di coordinatore clinico con il quale il coordinatore infermieristico si rapporta in merito alle problematiche legate all'iter assistenziale dei pazienti ricoverati al fine di un buon funzionamento del progetto.

Fondamentale, per conseguire un ottimo risultato ed avere la piena soddisfazione dei pazienti, è la selezione dei soggetti candidabili a trattamenti chirurgici in regime di Degenza Breve ed un'adeguata organizzazione e gestione dell'unità operativa, il cui punto fondamentale è costituito dalla corretta pianificazione dei ricoveri in rapporto a:

- tipo di paziente;
- tipo di intervento chirurgico previsto;
- durata del periodo post-operatorio.

Non è stato possibile effettuare una prima valutazione dei risultati in quanto i dati a disposizione sono riferibili ad un periodo di tempo limitato al fine di un'adeguata lettura.

Riorganizzazione della neurologia e neurochirurgia

Il Progetto di integrazione delle attività specialistiche neurologiche e neurochirurgiche si è sviluppato mediante l'attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare, coordinato dalla direzione sanitaria, che ha avuto l'obiettivo di studiare la fattibilità di definire e applicare un percorso di maggiore qualificazione e sviluppo delle attività neurologiche nell'ambito del Dipartimento Neuroscienze e del Dipartimento Emergenza-Urgenza.

Le principali motivazioni rappresentate a sostegno della necessità di coinvolgere i professionisti sono state le seguenti:

- **Nuovo modello di integrazione funzionale all'interno dell'area delle Neuroscienze.** Il nuovo modello di integrazione deve facilitare il confronto professionale tra Neurologi, Neurochirurghi, Neuroradiologi con la finalità di creare maggiore coesione e continuità clinico assistenziale sui percorsi dei pazienti con patologie Neuro-oncologiche, Neurovascolari, e con altre patologie neurologiche che richiedono un approccio multidisciplinare.
- **Logistica.** La collocazione della S.S. Coordinamento degenza neurologica all'interno del Poliblocco in stretta continuità con le UU.OO. di Neurochirurgia e di Neurochirurgia ad indirizzo traumatologico, più strettamente connessa al settore di Neuroradiologia permette, non solo di diminuire i trasferimenti dei pazienti in ambulanza per le indagini di maggiore complessità, ma anche di avvalersi di una condizione logistica imprescindibile per l'attuazione del modello suddetto.
- **Percorsi specialistici Aziendali.** L'Azienda crede che vi sia la possibilità di orientare e specializzare maggiormente la risposta assistenziale su patologie di specifica competenza neurologica individuando un numero definito di posti letto ad alta complessità clinica. Tali letti vengono gestiti sviluppando anche nuovi percorsi integrati con le strutture del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e del Dipartimento di Riabilitazione, con la finalità di fondare la risposta clinica sulla continuità e la qualità del percorso.
- **Alta intensità di cura.** Lo sviluppo di un'area di degenza dotata di monitoraggio continuo centralizzato, che possa offrire la possibilità di ricovero di pazienti neurologici a più alta complessità, già appositamente predisposta nell'area del settore neurochirurgico, permette l'implementazione del percorso di fibrinolisi con l'attivazione di ulteriori letti monitorati per il trattamento intensivo dell'ictus.
- **Tecnologie.** La presenza della degenza Neurologica nell'area del Poliblocco consente di poter fruire, ottimizzando anche i tempi, di alte tecnologie presenti nel Dipartimento Neuroscienze e Diagnostica per Immagini.

Nel corso del primo semestre 2009 è stata quindi effettuata un'analisi che ha compreso i seguenti principali aspetti:

- Analisi della produzione delle UU.OO. coinvolte nel progetto;
- Analisi delle prestazioni intermedie (consulenze, prestazioni diagnostiche);
- Analisi della movimentazione dei pazienti;
- Ridefinizione delle interfacce tra le UU.OO. coinvolte e la rete dell'emergenza;
- Sviluppo di momenti di integrazione e confronto dipartimentale e interdipartimentale.

In particolare è stato condiviso che i pazienti neurologici e neurochirurgici vengono trasferiti nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo nelle Sezioni dedicate alla Riabilitazione Intensiva ed Estensiva in tempi appropriati all'iter diagnostico terapeutico, al fine di permettere la migliore integrazione professionale e, nel contempo, garantire ottimali degenze medie DRG specifiche.

Inoltre si è convenuto che la casistica di pazienti provenienti da Pronto Soccorso e che necessitano di ricovero a diversa complessità (ad esempio ictus nel paziente anziano) viene indirizzata verso il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo (Clinica Geriatria e Geriatria) e il Dipartimento Polispecialistico Medico 2 (U.O. Malattie Angiologiche e Coagulative), così come indicato anche nel PDT inerente l'ICTUS.





Nell'estate del 2009, durante il periodo di contenimento estivo, sono stati effettuati le riallocazioni interne dei pazienti ricoverati e il trasferimento della Neurologia al IV piano del Poliblocco.

Al termine del periodo di contenimento estivo e dei lavori di ristrutturazione di alcuni ambienti di tale piano, sono stati quindi ridefiniti i posti letto specialistici Neurologici e Neurochirurgici sulla base dei seguenti criteri:

Il IV piano del Poliblocco viene utilizzato secondo i criteri di **intensità di cura** essendo strutturato con un'area attrezzata tecnologicamente per l'alta intensità di cura assistenziale.

I posti letto della Neurologia sono definiti ad alta-media intensità di cura, e in tal senso la programmazione settimanale delle disponibilità per i ricoveri in urgenza (cingolo) viene sospesa e si dà avvio al protocollo definito con il Pronto Soccorso per i pazienti di stretta competenza specialistica.

Cure specialistiche neurologiche: i letti della Neurologia dovranno essere principalmente allocati in una delle tre sezioni di degenza, pur potendo usufruire dei posti letto monitorati per l'Ictus e il trattamento fibrinolitico.

Degenza Breve: vengono definiti nell'area di degenza breve del Dipartimento Chirurgico, posti letto per il ricovero dei pazienti neurochirurgici a minore complessità assistenziale (a questo riguardo si veda il paragrafo successivo dedicato alla Degenza Breve Chirurgica).

Tabella 13 Numero di Posti letto al 31.12.2009

Unità Operativa	N.PL 2009	N.PL 2008
Neurologia	14	30
Neurochirurgia	26	24
Neurochirurgia ad Indirizzo Traumatologico	14	15

Pronto Soccorso

Nel mese di novembre 2009 è stata completata la prima fase dell'intervento edilizio predisposto per la nuova sede del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il nuovo Pronto Soccorso è una struttura tecnologico-organizzativa evoluta e la sua realizzazione riveste un obiettivo aziendale sostanziale, in quanto il Pronto Soccorso è per ogni struttura ospedaliera la porta di accesso alle attività dell'ospedale e pertanto, è la presentazione dell'Azienda Ospedaliera.

Struttura

La nuova struttura del Pronto Soccorso è stata edificata su una superficie più estesa della precedente, essendo l'area attuale di 3.489 metri quadrati rispetto alla precedente di 1.230 mq. L'edificio è stato realizzato su due piani, e si presenta esteticamente come una struttura ovale progettata e realizzata per rispondere ai requisiti previsti dall'autorizzazione all'esercizio e ai criteri previsti per l'accreditamento delle strutture di emergenza-urgenza della Regione Emilia-Romagna.

L'accesso alla struttura è posto su un piano rialzato rispetto a quello stradale, in modo da permettere la creazione di un livello sottostante dove sono collocati gli impianti tecnici, gli spogliatoi del personale e un parcheggio coperto, a disposizione delle ambulanze e dei mezzi di servizio.

Modello organizzativo

Centralità del paziente

La centralità del paziente investe il progetto di organizzazione degli spazi dedicati all'assistenza in relazione al codice-colore di accesso e all'attività medica e infermieristica.

La creazione di due emicicli e gli open space, caratteristiche progettuali che superano il concetto dell'ambulatorio, nella visione più moderna di processare in minor tempo il percorso del paziente e favorire un minor numero di spostamenti, nonché la creazione di appositi percorsi interni per ricoveri ed emergenze, allo scopo di ridurre il trasposto esami, pazienti e favorire il lavoro del personale medico-infermieristico. L'innovazione principale consiste quindi nel superamento del concetto di ambulatorio, gli operatori sanitari lavorano in équipe in un ambiente aperto, in cui sono presenti le postazioni-box di assistenza.

Aspetti funzionali, strutturali e impiantistici, dalla scelta dei colori (per facilitare l'orientamento nei percorsi e la distribuzione delle attività dei professionisti), fino al sistema di illuminazione risultano essere elementi che favoriscono il processo di umanizzazione.



Accessibilità

La nuova struttura è dotata di due percorsi di accesso distinti, uno per i pazienti deambulanti e uno per i pazienti barellati o che comunque hanno necessità di assistenza alla deambulazione e che accedono alla camera calda generalmente mediante ambulanza o mezzo proprio.

I pazienti già definiti sul territorio come codici rossi dal servizio 118 Parma Soccorso raggiungeranno direttamente la zona di trattamento senza passare dal triage.

L'ingresso delle ambulanze e delle auto private alla camera calda è previsto con un percorso di facile accesso per favorire il deflusso dall'area di emergenza.

Il paziente dall'ingresso accede alle postazioni di triage, dove un triagista effettua la valutazione e gli assegna il codice di priorità di accesso.

Al fine di ridefinire il modello di accoglienza, l'Azienda ha condotto una analisi orientata a valutare gli accessi al Pronto Soccorso nell'ultimo triennio sia in relazione al codice colore che alla modalità di accesso (mezzo proprio, ambulanza, camminante). L'analisi ha evidenziato che nel triennio preso in considerazione la distribuzione delle percentuali di accesso per codice colore si è mantenuta costante. La costanza di distribuzione si evince anche per quanto riguarda gli accessi giornalieri. Anche la tipologia di mezzo di accesso al Pronto Soccorso presenta un andamento costante con il mezzo proprio che rappresenta la modalità più utilizzata dal cittadino.

Le innovazioni tecnologiche

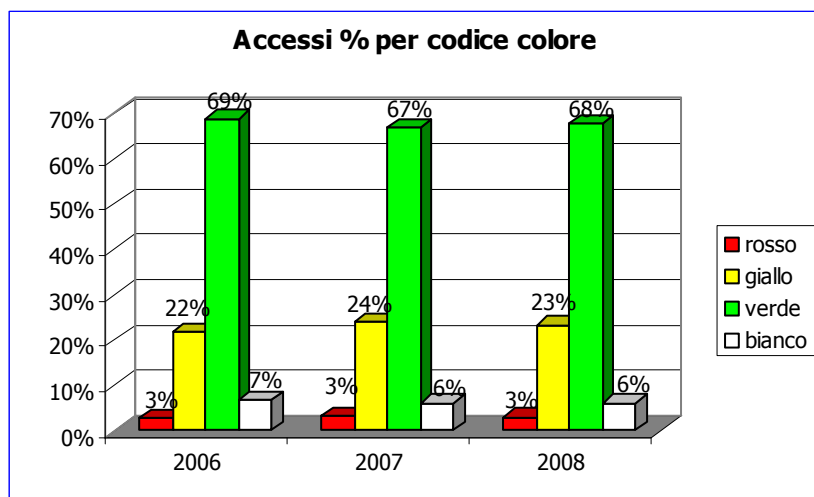
Caratteristica principale è la vicinanza della tecnologia al paziente: ogni postazione di assistenza è dotata di pensile attrezzato con monitor e strumentazione sanitaria di emergenza per il controllo dei parametri vitali. La postazione è un'unità informatica dalla quale sono rintracciabili tutte le informazioni cliniche del paziente reperibili nella rete informatica ospedaliera. Le aree di assistenza sono dotate di centrali di monitoraggio, con supporto wireless.

Infine allo scopo di tutela della sicurezza di pazienti e operatori, il nuovo Pronto Soccorso è sottoposto a video sorveglianza attraverso videocamere orientabili, posizionate anche nell'area dell'elisoccorso.

Gradualità delle cure

L'intervento, che si è concluso nel 2009, ha portato alla realizzazione di ambienti differenziati e dimensionati per garantire la migliore accessibilità alla struttura e cure graduate sulla base dei codici di gravità dei pazienti e sulla modalità di accesso dei pazienti.

Al primo piano dell'edificio troviamo la camera calda, il triage infermieristico, l'area di attesa protetta per



i pazienti, l'area delle postazioni dedicate ai pazienti critici a cui è attribuito generalmente codice di gravità rosso (8 postazioni), l'area per il trattamento dei pazienti gravi e di media gravità a cui sono stati attribuiti codici gialli e verdi (18 postazioni di cui 2 per l'isolamento) e un'area di attesa protetta.

Per ciascuno degli otto posti letto dell'area dei pazienti critici è prevista una doppia postazione di visualizzazione: una dedicata alle funzioni vitali e l'altra interfacciata alla rete informatica ospedaliera.

Le due aree centrali a forma di emiciclo, in cui sono gestiti i pazienti nelle postazioni dedicate ai codici gialli e verdi, risultano dotate di autonomia funzionale e strutturale, in quanto vi sono due ampie zone di controllo medico ed infermieristico dove confluiscono le informazioni del monitoraggio dei pazienti, posizionate in modo centrale rispetto alle postazioni dei pazienti, anche per consentire il controllo visivo e migliorare efficacia ed efficienza degli operatori.



Oltre agli ambienti dedicati alle attività di supporto è stata allestita anche un'area per le maxi-emergenze che può essere utilizzata per la gestione dei casi a bassa complessità, dotata di 10 postazioni.

	Codice gravità	Postazioni
Nuovo Pronto Soccorso	codice rosso	4 + 4
	codice giallo	18
	codice verde	
	di cui isolati	2
	Attesa / Maxi emergenze	10

Il completamento dell'opera

Conclusa la prima fase di ristrutturazione nell'anno 2009, nel corso del 2010 si provvederà all'allestimento dell'area ambulatoriale di Pronto Soccorso, dell'area specialistica (Ortopedia e Consulenti specialisti dell'Azienda) per complessivi 6 nuovi ambulatori ed infine di un'area di trattamento dotata di poltrone.

L'assistenza al paziente sarà pertanto garantita da medici di Pronto Soccorso, medici specialisti ortopedici, e medici dell'Area di Prima Assistenza Medica, ossia specialisti afferenti all'AUSL di Parma. Questo permetterà di attuare un sistema integrato assistenziale ospedale-territorio al fine di implementare l'attuale assetto di cure, sempre nell'ottica della riduzione dei tempi di attesa e della ottimizzazione delle risorse umane ed economiche.

La collocazione di medici specialisti ortopedici in pronto soccorso porterà ad una risposta più veloce e qualificata per la traumatologia minore anche grazie al potenziamento delle radiologia diagnostica, e dall'altro lato verrà riqualificata l'attività dei professionisti medici di Pronto Soccorso, identificando un'area deputata al trattamento di casistica a minore complessità, lasciando trattare ai medici di pronto soccorso la casistica a più alta complessità.

Infine, per il mese di dicembre 2010 è prevista la conclusione dei lavori di ristrutturazione per la riqualificazione della Medicina d'Urgenza ed il progetto si concluderà con un'ultima fase che prevede l'allestimento della nuova area di Osservazione Breve Intensiva, area dotata di 14 posti letto per il trattamento di pazienti che necessitano di un tempo di osservazione di 6-24 ore.

Nell'ambito di un nuovo percorso organizzativo della diagnostica radiologica di pronta emergenza, il raggiungimento dell'obiettivo di fornire un dato iconografico in formato digitale, nel minor tempo possibile, garantendo un monitoraggio della localizzazione dei pazienti in accesso durante tutto il periodo di permanenza presso la struttura del DEA, può essere soddisfatto aggiornando le attuali tecnologie analogiche, seppure digitalizzate con dei sistemi di Computed Radiography (CR), adottando le più efficienti tecnologie di Direct Radiology (DR) oggi disponibili.

In questo nuovo percorso verrà adottato un sistema di riconoscimento ed identificazione univoca dei pazienti e un impianto di video supporto che ne manterrà la localizzazione durante tutta l'attività diagnostica interventistica e terapeutica, facilitando e razionalizzando la gestione delle attività logistico-organizzative di supporto.

L'attività di diagnostica TC/PS viene attualmente effettuata con un TC monostrato presente nella Radiologia del Pronto Soccorso ed una TC (6 strati), installata presso la Piastra Radiologica, che viene utilizzata anche per l'esecuzione di prestazioni per interni ed programmati.

Il progetto PERIMED

Il progetto della Medicina Perioperatoria è un progetto **sperimentale** approvato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito dei **progetti di modernizzazione**.

Il progetto intende sperimentare l'introduzione di elementi di innovazione e cambiamento volti a implementare i livelli di sicurezza nell'assistenza perioperatoria, la presa in carico del paziente e la continuità delle cure perioperatorie (dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio), l'unitarietà della risposta clinico assistenziale nel processo perioperatorio, lo sviluppo di processi di integrazione professionale, anche alla luce dei nuovi assetti giuridici che lo Stato attribuisce alle professioni sanitarie, individuando nuovi spazi di competenze professionali per il personale di assistenza, certificate nell'ambito di specifici programmi formativi.



In realtà europee ed americane l'organizzazione dell'attività perioperatoria, ed in particolare dei blocchi operatori, si basa su modelli che prevedono l'utilizzo della risorsa infermieristica e tecnica in modo avanzato.

Il progetto intende implementare la qualità dell'assistenza perioperatoria con azioni volte a:

- Aumentare il livello di sicurezza del processo perioperatorio.
- Adeguare l'offerta d'assistenza perioperatoria ai livelli di qualità percepita e attesa del cittadino.
- Ottimizzare le risorse disponibili per la gestione del processo di cura perioperatorio.
- Aumentare il livello qualitativo dei processi di gestione di alcune dimensioni cliniche come la gestione del dolore.
- Individuare il "core competence" delle competenze dei diversi attori in particolare quelli dell'area assistenziale.

Vantaggi del progetto

Configurare un modello che aiuta a identificare:

- Sequenza delle prestazioni.
- Verificare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni.
- Evidenziare elementi di sovrapposizione, discontinuità, duplicazioni ridondanze, responsabilità dei vari attori.
- Evidenziare le aree di miglioramento

Risultati attesi

- Trasferire nel contesto regionale MODELLI di MEDICINA PERIOPERATORIA praticati in altri contesti internazionali che comportino un miglioramento complessivo.
- Produrre un profilo di competenze professionali avanzate per la funzione assistenziale.

Fasi del progetto

In fase di elaborazione del Progetto è risultato necessario suddividere lo stesso in 3 fasi:

1. Fase pre-operatoria (di cui si è avviata la sperimentazione)
2. Fase intra-operatoria
3. Fase post-operatoria

La fase 1 è quella di cui si è avviata la sperimentazione nelle Aziende coinvolte, i cui dati vengono illustrati di seguito.

Percorso formativo

Prima di avviare la fase sperimentale è stato necessario programmare una fase formativa, che ha previsto il Corso di Perfezionamento in: "Avviamento della sperimentazione regionale di assistenza infermieristica perioperatoria. Fase preoperatoria" organizzato su 80 ore complessive, di cui 30 ore di didattica frontale, 20 ore di laboratorio e 30 ore di stage nell'ambulatorio anestesiologicalo e ambulatorio chirurgico.

Assessment infermieristico

- Metodologie di accertamento assistenziale specifiche
- Strumenti appositamente predisposti:
- Scale di riferimento JH – ASA
- Check- list
- Scheda di Accesso in Ospedale
- Scheda intervista Clinico Assistenziale infermiere Perimed
- Scheda di Accertamento Clinico Assistenziale infermiere Perimed

Criteri di attribuzione percorso

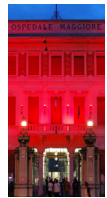
Il modello prevede la mappatura nella fase pre-operatoria, di percorsi di gestione del paziente in ragione della definizione del rischio chirurgico (Johns Hopkins) e delle condizioni di salute (riferimento scala A.S.A.) accertate.

I percorsi di visita pre-intervento identificati, in ragione della classificazione del rischio chirurgico e delle condizioni di salute del paziente sono riportati nella tabella seguente:

RISCHIO CHIRURGICO: Criteri d'Accesso Classificazione Chirurgica secondo Johns Hopkins

Categoria 1

Minimo rischio per il paziente indipendentemente dall'anestesia



Procedura minimamente invasiva con poca o nessuna perdita di sangue
Categoria 2
Rischio medio per il paziente indipendentemente dall'anestesia
Procedure minimamente o moderatamente invasive
Perdita ematica < 500 ml

RISCHIO ANESTESIOLOGICO: Scala di riferimento rischio anestesiologicalo ASA

Classe I Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
Esempio: ernia inguinale in paziente senza alcuna malattia.

Classe II Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico
Esempio: bronchite cronica; obesità moderata; diabete controllato; infarto del miocardio di vecchia data; ipertensione arteriosa moderata

Fasi della valutazione infermiere Perimed

- o Accertamento fisico:
 - a) stato nutrizionale e idratazione (obesità, anomalie metaboliche)
 - b) Stato respiratorio (asma, BPCO, fumo)
 - c) Stato cardiovascolare (P.A. IMA, aritmie)
 - d) Funzionalità epatica-renale (epatite, IRA)
 - e) Funzionalità endocrina (diabete, pat. Tiroide)
 - f) Funzionalità immunologica (allergie)
 - g) Uso di alcool e droghe
 - h) Pregressa terapia farmacologica (diuretici, corticosteroidi, tranquillanti, anticoagulanti, anticonvulsivi)
 - i) Disabilità (uditive, neuromuscolari)
 - j) Interventi chirurgici pregressi

Educazione preoperatoria

- o Promuovere informazioni
- o Sostegno emotivo – incoraggiamento
- o Ridurre l'ansia preoperatoria
- o Spiegare il trattamento del dolore

Sistemi di valutazione

Sono stati individuati indicatori di processo per monitorare le aree di sperimentazione come :

- o L'integrazione con la medicina generale MMG sulla continuità delle informazioni cliniche del paziente
- o La quantità di valutazioni pre-operatorie realizzate con il modello sperimentale rispetto alle procedure chirurgiche in osservazione nelle Unità Chirurgiche.
- o La coerenza delle valutazioni realizzate dai diversi attori (Chirurgo, Infermiere, Anestesista).
- o La completezza nell'accertamento pre-operatorio realizzato dall'infermiere Perimed.

Indicatori

- o Compliance nella compilazione della scheda di accesso MMG
- o Completezza della valutazione chirurgica
- o Completezza intervista inf. Perimed
- o Completezza accertamento assistenziale inf. Perimed
- o Concordanza valutazione Chirurgico, Infermiere, Anestesista
- o Compliance adesione LG esami preoperatori



Flow Chart



AMBULATORIO OPERANDI
VISITA PRE INTERVENTO

Assesment Infermieristico
preintervento:
Percorso BI: Intervista
Percorso MI: Acc Clinco Assle
INFERMIERE PERIMED

Visita Preintervento:
Accertamento Anamnestico
MED ANESTESISTA



PERCORSO Bassa Intensità
TOPICA - LOCALE - SEDAZIONE

SERVE
RIVALUTAZIONE
DEL RISCHIO

SI vs RO JH \geq III
vs ASA III e IV

NO
PERCORSO Media Intensità

Revisione del caso e
Validazione del Rischio
MED ANESTESISTA



SERVONO
ULTERIORI
ACCERTAMENTI

SI

SERVONO
ULTERIORI
ACCERTAMENTI

SI

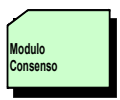
NO

NO

Prescrizione
ulteriori Accertamenti
MED ANESTESISTA



Validazione Rischio e del Caso
INFERMIERE PERIMED
MED ANESTESISTA



Informazione al pzazene
Aspetti Assistenziali
INFERMIERE PERIMED

Informazione al pzazene sui rischi e
Acquisizione Consenso Informato
MED ANESTESISTA
INFERMIERE PERIMED

Informazione al pzazene sui rischi e
Acquisizione Consenso Informato
MED ANESTESISTA



PERCORSO Bassa Intensità

PERCORSO Media Intensità

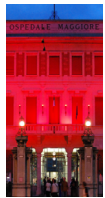
PERCORSO Alta Intensità

Immissione del pzazene in lista
d'attesa per intervento
INFERMIERE
MEDICO ANESTESISTA



Vantaggi per l'Azienda

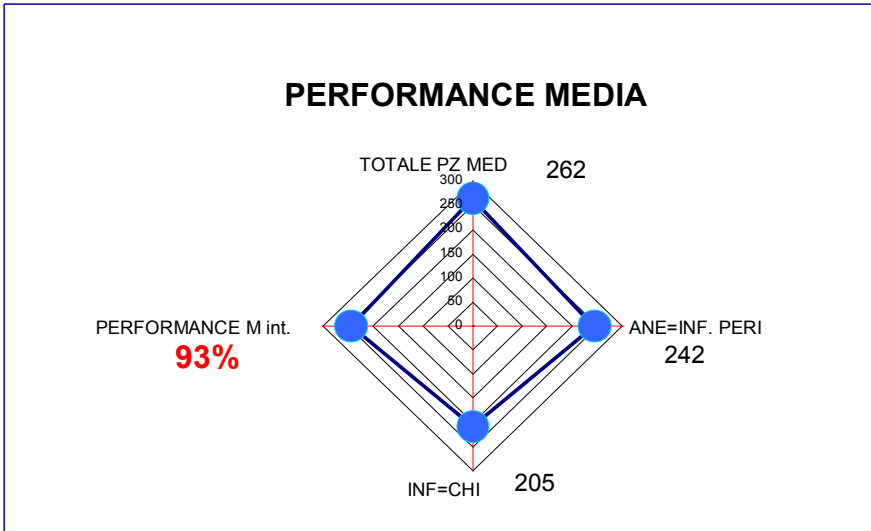
- Abbattimento liste attesa visita anestesiologicala
- Azzeramento di ulteriori viaggi per i pzazienti
- Migliore qualità percepita espressa verbalmente dai pzazienti, che verrà documentata nel prossimo futuro
- Maggior sinergia nel lavoro di team (Chirurgo-Anestesista - Infermiere)
- La possibilità di mettere in atto le risorse per quel specifico percorso diagnostico terapeutico



Opportunità

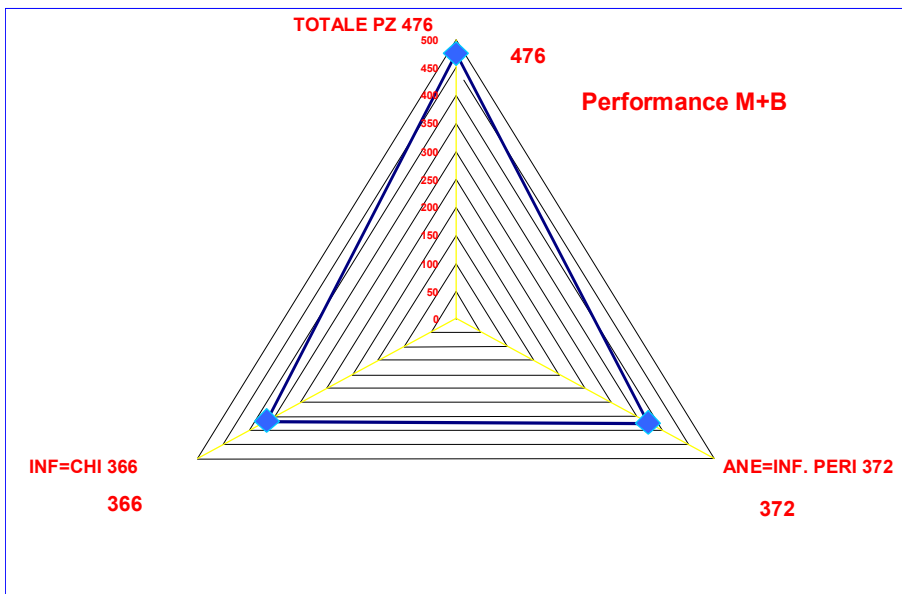
- 1) avviare programmi di innovazione nei processi di assistenza
- 2) avviare processi di miglioramento volti ad implementare sicurezza, qualità e definire nuovi livelli di competenze dei diversi protagonisti .

Grafico 8 Performance intermedia con pazienti a Media intensità = 93%



Concordanze nella definizione del percorso dei pazienti a Media Intensità tra i professionisti: Chirurgo-Anestesista-Infermiere Perimed

Grafico 9 Performance intermedia con pazienti a Bassa e Media Intensità



Concordanze nella definizione del percorso dei pazienti a Bassa e Media Intensità tra i professionisti: Chirurgo-Anestesista-Infermiere Perimed

Grafico 10 Proposte di Intervento Chirurgico Compilate dal Chirurgo
Performance = 86,1%

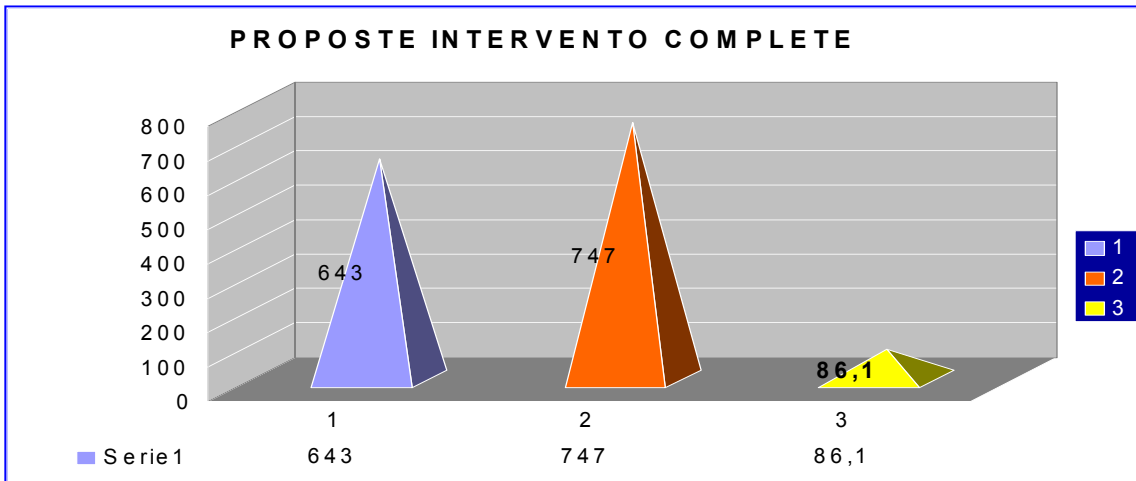


Grafico 11 Interviste effettuate dall'infermiere Perimed Complete e Corrette
Performance = 100 %

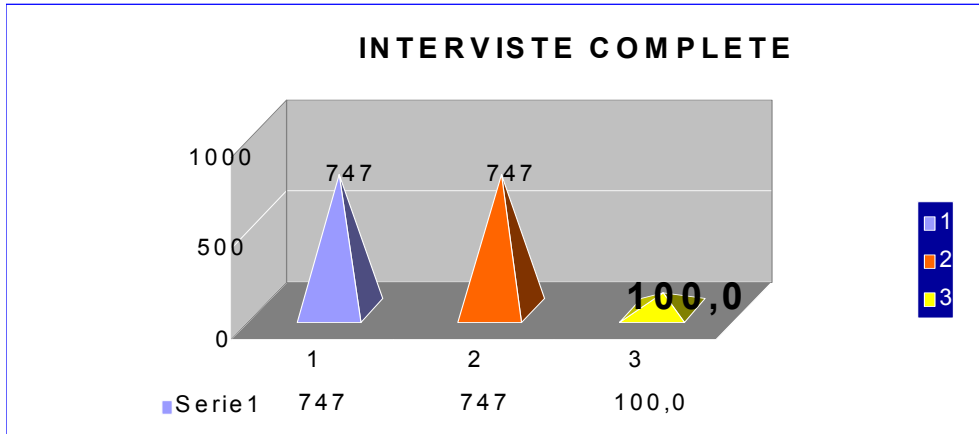
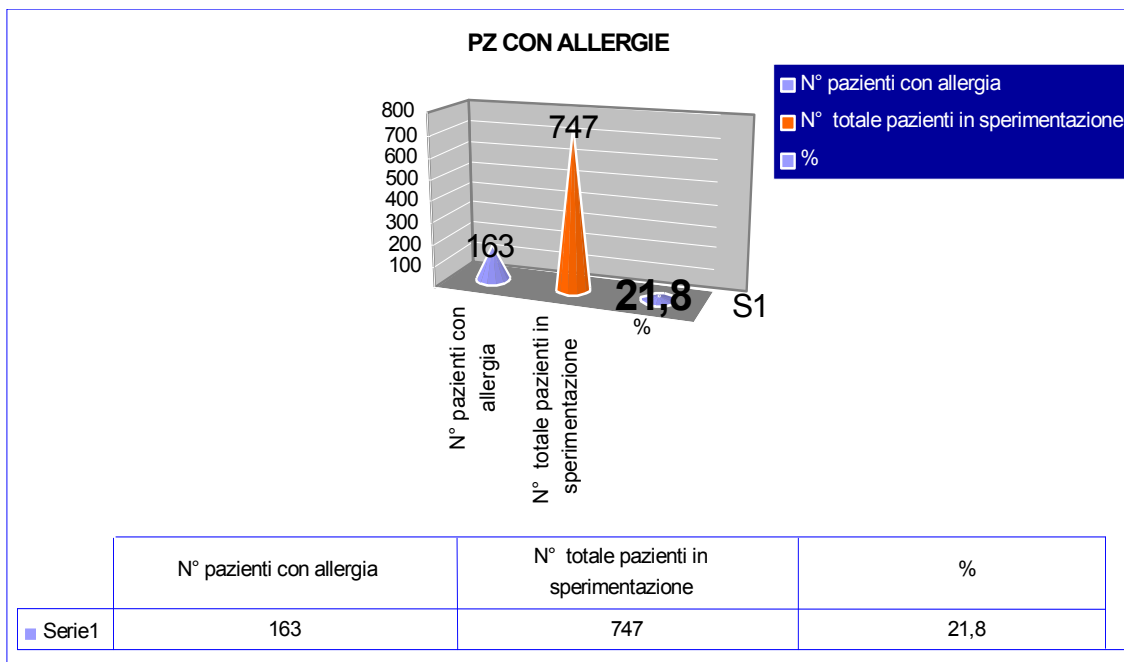


Grafico 12 Pazienti entrati nel percorso Perimed che dichiarano e documentano allergie di vario genere - sulla popolazione in esame 21,8%



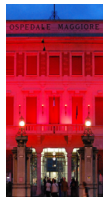
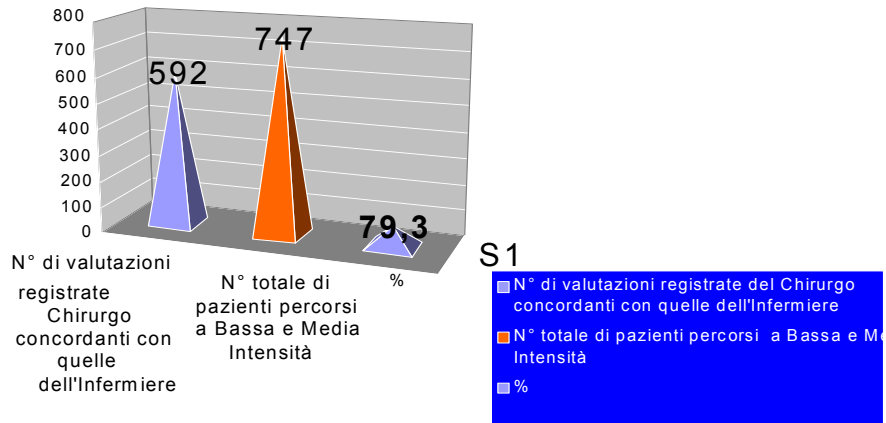


Grafico 13 *Concordanza nella destinazione del Percorso Perioperatorio tra Chirurgo e Infermiere Perimed*
Performance 79,3 %

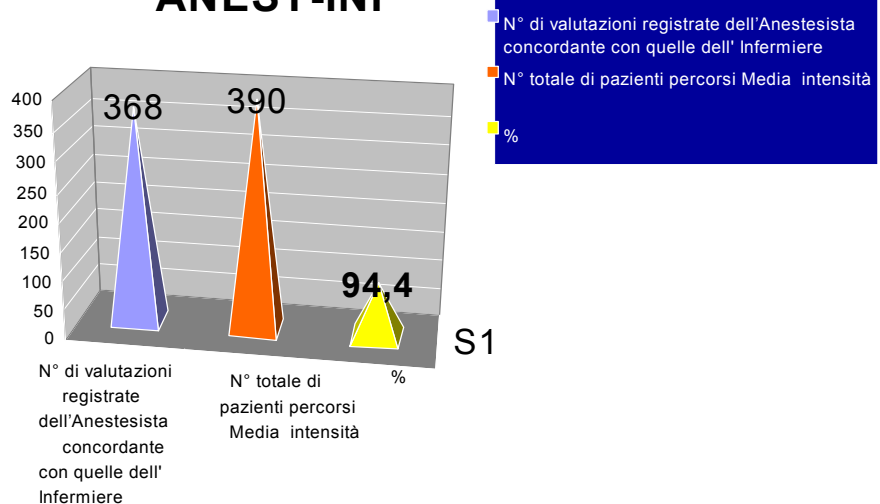
CH-INF



	N° di valutazioni registrate del Chirurgo concordanti con quelle dell'Infermiere	N° totale di pazienti percorsi a Bassa e Media Intensità	%
Serie1	592	747	79,3

Grafico 14 *Concordanza nella destinazione del Percorso Perioperatorio tra Anestesista e Infermiere Perimed valutato solo per gli interventi che prevedono l'anestesista - Media Intensità*
Performance 94,4 %

ANEST-INF



	N° di valutazioni registrate dell'Anestesista concordante con quelle dell'Infermiere	N° totale di pazienti percorsi Media intensità	%
Serie1	368	390	94,4

Conclusioni

La sperimentazione di un nuovo modello organizzativo, e in particolare della fase pre-operatoria, rappresenta un primo step di sviluppo che permette di approssicare le problematiche del settore,



sviluppare soluzioni coerenti con le più aggiornate evidenze scientifiche a meccanismi di inefficienza nella valutazione iniziale pre-operatoria, che a valle del processo di cura, possono diventare delle significative criticità sotto il profilo della sicurezza del paziente.

Questo modello, che ha come obiettivo principale la centralità del paziente e il miglioramento dei percorsi, vede la partecipazione attiva dell'infermiere responsabilizzato sull'esecuzione dei processi di cura e quindi contribuisce alla crescita e alla valorizzazione della professione.

Innovazione tecnologica

Le acquisizioni realizzate nel 2009 hanno permesso di ammodernare in maniera significativa il parco tecnologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con l'obiettivo primario di fornire ai servizi di cura, diagnosi e riabilitazione delle attrezzature all'avanguardia e con performance sempre più evolute. Un ulteriore obiettivo, cui si è giunti attraverso questo percorso, è l'informatizzazione diffusa e l'integrazione tra diversi sistemi ed applicazioni. La sostituzione di apparecchiature tecnologicamente obsolete ha permesso di poter abilitare dei collegamenti funzionali tra tutti i dispositivi medici, intesi come apparecchiature e software che concorrono alla cura del paziente, permettendo un dialogo sempre più fitto e produttivo tra ambiti specialistici diversi offrendo strumenti di elaborazione e sintesi dei dati clinici sempre più precisi e completi.

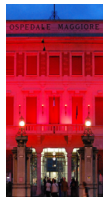
PACS/RIS e GLOBAL PACS

L'Information Technology (IT) rappresenta una risorsa fondamentale al servizio della sanità come strumento di diagnosi e di cura ma costituisce un importante supporto anche come strumento di gestione. In campo radiologico, lo sviluppo dell'IT ha portato alla realizzazione di sistemi di archiviazione e comunicazione dedicati più performanti e sicuri che permettono di ottimizzare il percorso diagnostico. A seguito dell'avvio dell'importante fase di digitalizzazione delle diagnostiche radiologiche, si è proceduto all'acquisizione del sistema PACS/RIS integrato, che ha permesso il collegamento e la distribuzione di immagini e referti verso tutti i reparti interni all'Azienda e diretta, per il futuro, verso l'utenza territoriale (medici di famiglia e pediatri, eccetera). L'introduzione del sistema PACS/RIS ha portato ad una accelerazione del processo di informatizzazione complessiva dei reparti, attuata attraverso l'acquisizione di sistemi di visualizzazione di immagini digitali dedicati ad ambienti sterili, quali sale operatorie e ambulatori chirurgici. Un'ulteriore fase prevede la digitalizzazione dei flussi informativi e anagrafici da e verso i diversi comparti operatori. In quest'ottica di evoluzione si sta sviluppando un vasto programma di informatizzazione aziendale che porterà alla realizzazione di un "Global PACS (G-PACS)", capace di integrare applicazioni di gestione e archiviazione dei dati digitali in tutte quelle specialità cliniche che richiedono, ai fini diagnostici e terapeutici, l'utilizzo e la produzione di immagini e video, quali la cardiologia, l'anatomia patologica, la dermatologia, la video-endoscopia e la chirurgia.

Nel corso del 2009 si è proceduto alla definitiva configurazione e adattamento del sistema informativo della cardiologia interventistica alla realtà operativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma completando quindi un altro elemento verso la completa configurazione del Global PACS. L'applicativo della cardiologia interventistica è stato adattato alle esigenze del reparto in termini di funzionalità aggiunte e di configurazione delle interfacce utente necessarie a garantire un workflow preciso e univoco per le diverse competenze specialistiche. In questo modo il sistema informativo rappresenta un pratico e sicuro ausilio alla pratica clinica necessario al trattamento di patologie cardiache. È stata inoltre automatizzata la procedura di estrazione dei dati di sintesi dell'attività di cardiologia interventistica da inviare nell'ambito del programma regionale REAL - Registro REgionale AngiopLastiche Coronariche.

Nel corso del 2009 si è completata la gara di fornitura per il sistema informativo della gastroenterologia che si andrà ad integrare con l'ambito radiologico e cardiologico nell'ottica della realizzazione del GLOBAL PACS. Nello stesso anno si è dato inizio alla fase di progettazione definitiva che si andrà a concludere all'inizio del 2010 e darà inizio alla successiva installazione e configurazione di dettaglio.

Al fine di supportare l'estensione delle attività che basano il proprio archivio di immagini e dati sul PACS aziendale ed in logica Global PACS nel 2008 si è completata l'attività per estendere lo spazio di memorizzazione a disposizione in modo da rendere ancor più efficace, capiente ed efficiente lo storage.



Ammodernamento apparecchiature di radiodiagnostica

All'inizio del 2009 si sono completati i lavori di predisposizione dei locali e di installazione della risonanza magnetica 3T ed è iniziata l'attività clinica e di ricerca a maggio dello stesso anno. La configurazione della apparecchiatura installata permette di incrementare notevolmente la qualità delle prestazioni in tutti i settori della diagnostica clinica: ambito neuroradiologico, ambito pediatrico, ambito cardiologico e vascolare ed in generale in ambito radiologico. In base ad un accordo con l'Università degli Studi di Parma tale apparecchiatura è inoltre utilizzata anche per attività di ricerca avanzata in ambito neurologico. A tal fine l'apparecchiatura è stata completata con dei sistemi avanzati e di ultima generazione per lo studio delle funzioni metaboliche a livello cerebrale (functional MRI) utilizzati per stimolazioni visive, uditive, somato-sensoriali e stimolazione magnetica transcranica, attività quest'ultima realizzata in pochissimi centri a livello mondiale.

Nello corso del 2009 si è conclusa la procedura per l'acquisizione di una TAC multislice ad elevatissime prestazioni (sistema a doppio tubo e complessivamente 256 strati su due detettori) che permetterà di ampliare la tipologia di studi clinici della tomografia computerizzata ed incrementare notevolmente la qualità, una TAC multislice (16 strati) da destinare alla UO di Neuroradiologia dotata di software necessari all'indagine neurologica (perfusione cerebrale). Questo ammodernamento porterà nella Radiologia di Emergenza ed Urgenza una TAC multislice a 64 strati acquisita pochi anni fa con lo scopo di rendere questa UO indipendente da altre strutture radiodiagnostiche ospedaliere in termini di qualità e velocità degli esami da eseguire in particolare su pazienti politraumatizzati.

Medicina nucleare

La ristrutturazione della diagnostica di Medicina Nucleare si è avviata a fine 2008 con l'aggiornamento della SPECT in uso con un sistema più performante che permetta l'esecuzione di esami con una maggiore qualità e con tempi ridotti. L'installazione e messa in funzione di tale apparecchiatura si è completata ad inizio 2009. Nell'ottica di adeguamento tecnologico del Servizio di Medicina Nucleare è stata avviata e conclusa nel 2009 una procedura di acquisto di una SPECT/CT, tecnologia non presente in Azienda.

Centro senologico

Nel corso del 2009 si è proceduto all'attivazione del Centro Senologico Unificato con la realizzazione del nuovo Centro Screening.

Radioterapia

Ad inizio 2009 si è completata la fase progettuale post-acquisizione per il nuovo acceleratore lineare e si è avviata l'installazione del sistema che si è conclusa nel secondo semestre 2009. Il sistema acquisito è completo con le più moderne tecnologie, hardware e software, che permettono l'esecuzione di tecniche all'avanguardia nel trattamento radioterapico dei tumori. Tra queste nuove tecnologie quella di maggiore interesse è un'innovativa applicazione (Volumetric Arc Therapy), acquisita nell'ambito della fornitura, che permette una maggior precisione di trattamento, un minor tempo di esecuzione ed una maggiore capacità di conformazione di dose e proteggere i tessuti sani e gli organi a rischio circostanti.



3.6 Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca

Comitato di Indirizzo

Come previsto dalla normativa regionale e dall'atto aziendale, il Comitato di Indirizzo esercita funzioni propositive, consultive e di verifica.

Propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Nell'anno 2009 il Comitato di Indirizzo si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Nel corso dell'anno 2009 ha espresso parere preventivo ed obbligatorio sui seguenti temi:

- Formulazione del piano programmatico, comprendente il programma pluriennale degli investimenti ed i relativi aggiornamenti, in riferimento alle attività ed alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca.
- Strumenti di programmazione economica-finanziaria e sui risultati dell'attività istituzionale rappresentati nel Bilancio di Missione:
- Accordo di fornitura tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Aziende USL di riferimento.

Il Comitato ha poi preso in esame alcune situazioni particolari relative al coinvolgimento di alcune unità operative complesse in percorsi assistenziali di particolare interesse ed ha presentato alla Direzione Generale proposte atte a migliorare il contesto in cui tali strutture operavano.

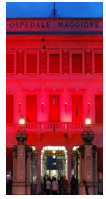
a) Parere su : Piano Programmatico e Programma degli Investimenti del triennio 2009-2011, Preventivo Economico Pluriennale 2009-2011 e Preventivo Economico dell'esercizio 2009 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha pianificato le proprie attività all'interno delle "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 200 ha ritenuto di condividere i programmi relativi all'ammodernamento strutturale e tecnologico e la prosecuzione del progetto di completamento del Nuovo Ospedale di Parma, nonché le linee strategiche indicate dall'Azienda con particolare riferimento all'integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma. E' verosimile, peraltro, che tali strategie necessino di un attento riesame in considerazione della sfavorevole congiuntura economica, che potrebbe comportare condizioni di realizzazione differenti rispetto a quelle preventivate.

Gran parte delle risorse risultano destinate al completamento del Nuovo Ospedale, ma sono state preventivamente assegnate risorse anche per la realizzazione dei programmi di mantenimento qualitativo e di ammodernamento delle tecnologie che verranno destinate, nel triennio, a compiti assistenziali, didattici e di ricerca.

Per quanto concerne la Programmazione Economica del triennio 2009-2011, il Comitato rileva che, in carenza di un quadro di riferimento stabile, le previsioni relative al 2010 e al 2011 rappresentano solo una indicazione di tendenza, in quanto soggette ai mutamenti che verranno introdotti dal nuovo Patto per la salute, dalle Leggi Finanziarie e da altri fattori connessi all'evoluzione dell'andamento economico generale.

Per quanto concerne l'esercizio 2009, il Comitato ha preso atto delle esposizioni di dettaglio e di quanto contenuto nel documento allegato alla deliberazione del Direttore Generale n. 113 del 18.05.09, nonché dei vincoli di contenimento imposti dalla inadeguatezza delle risorse a disposizione in relazione alla corrente situazione economica. Il Comitato auspica che le intrinseche difficoltà che dovranno essere affrontate dall'Azienda nel corso del corrente esercizio per raggiungere il risultato di equilibrio, e per mantenere i vincoli di spesa e gli obiettivi di produzione, consentano di non incidere negativamente sul mantenimento dei livelli di attività assistenziale e di integrazione con la attività didattiche e di ricerca, soprattutto in considerazione del fatto che l'Azienda ha formulato previsioni di costo pressoché equivalenti alle risultanze del precedente esercizio. Tale ultima osservazione deve indurre a valutare con particolare attenzione l'adozione di politiche volte a generare, laddove possibile, auspicabili recuperi di efficienza nell'impiego delle risorse, al fine di compensare il fisiologico aumento di talune classi di costo causato da fenomeni inflattivi e dagli automatismi di specie contrattuale.



In relazione a quanto sopra riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo in merito alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con le già citate deliberazioni n. 113 e n. 114 del 18.05.2009.

b) Parere su : Bilancio di Esercizio 2008 e sulla sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Sono stati illustrati ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo, il Bilancio di Esercizio 2008 e la sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008.

Il Comitato ritiene che il risultato è coerente con l'obiettivo indicato dalla autorizzazione regionale, che prevedeva per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un limite di equilibrio economico-finanziario di importo corrispondente alle quote di ammortamento 2008, al netto della "sterilizzazione" dei beni durevoli detenuti dall'azienda alla data del 31.12.2007.

Sotto il profilo della liquidità, si evidenzia come la gestione corrente abbia complessivamente prodotto flussi finanziari positivi.

In merito alla "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" della gestione 2008, commentata anche in apposita sezione del Bilancio di Missione, emerge che l'Azienda, dal punto di vista della "sostenibilità economica", ha evidenziato un miglioramento del risultato della gestione caratteristica rispetto al 2007, legato soprattutto all'incremento dei contributi in conto esercizio finalizzati alla compensazione del mancato adeguamento tariffario e al miglioramento del risultato di esercizio.

Relativamente alla "sostenibilità finanziaria", l'Azienda nel 2008 ha beneficiato della liquidità proveniente da trasferimenti di risorse liquide a parziale riduzione di crediti verso la Regione; ciò ha permesso una riduzione dei debiti a breve termine. Al contrario, si è reso necessario il finanziamento degli investimenti tramite fonti di breve periodo, soprattutto a ragione dei tempi con cui la Regione riesce a trasferire i finanziamenti relativi ai contributi in conto esercizio e ai saldi della mobilità

Relativamente alla "sostenibilità patrimoniale" i risultati di esercizio sono stati notevolmente influenzati dal processo di realizzazione del Nuovo Ospedale. Nell'esercizio 2008, rispetto all'esercizio precedente, si è verificata una contrazione del valore attinente alle "immobilizzazioni materiali in corso ed acconti" e una conseguente variazione incrementativa delle altre categorie di beni materiali.

Il Comitato prende atto che in apposita Sezione del Bilancio di Missione sono stati riportati dati e informazioni relativi all'apporto economico-patrimoniale dell'Università degli Studi di Parma all'attività assistenziale, nonché sui trasferimenti di contributi in conto esercizio della Regione per il sistema integrato SSR-Università (tra cui quelli relativi a progetti di ricerca Regione-Università). Il Comitato auspica che tali dati, nei prossimi Bilanci di Missione, possano essere ulteriormente approfondimenti in base a metodologie condivise e con il supporto dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

In conclusione, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo in merito alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con la deliberazione n. 101 del 30.04.2009 ("Adozione Bilancio di esercizio 2008") e sulla sezione "sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale" del Bilancio di Missione 2008.

Il Comitato ritiene che le risultanze inserite in tali documenti siano coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario e del Sistema sanitario provinciale; ritiene, inoltre, che detti risultati possano essere considerati conformi agli obiettivi aziendali relativi alla realizzazione del Nuovo ospedale, al mantenimento delle attività e delle strutture e all'integrazione delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

c) Parere su : Bilancio di Missione 2008 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il Comitato, dà atto in particolare che il documento sottoposto alla sua valutazione è conforme, nella struttura ed articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

Il Comitato ha analizzato i vari capitoli in cui è suddiviso il documento, analizzando in particolare l'aspetto della produttività, il contributo fornito dalla Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza, quello della promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa, la integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca, l'ulteriore sviluppo del progetto del nuovo ospedale.

Per quanto riguarda in particolare l'aspetto delle produttività, il Comitato sottolinea positivamente il ruolo complessivo svolto dall'Azienda nelle rete dell'offerta regionale, anche se emergono margini di ulteriore miglioramento.

Un dato che emerge è l'aumento importante dei ricoveri di alta specialità e l'aumento del punto medio relativo ai DRG trattati da tutte le strutture specialistiche.



Il mantenimento della attività delle strutture HUB della Azienda , che oltre a svolgere un importante volano di attrazione per tutta l'Emilia Nord, mantengono un livello di attività in termini di casistica trattata ben superiore a quanto previsto dai parametri Ministeriali per giustificarne l'individuazione come Hub.

Il tasso di ospedalizzazione provinciale in degenza ordinaria si mantiene in linea con la media regionale. Si evidenzia che la percentuale dei ricoveri in DH rispetto al totale dei ricoveri risulta inferiore alla media regionale, così come sopra la media regionale si mantiene il rapporto tra ricoveri e accessi al P.S.

La mobilità attiva resta costantemente elevata mentre si sta riducendo l'indice di dipendenza della popolazione verso le strutture ospedaliere extra regione (mobilità passiva), particolarmente per quei DRG per i quali la AUSL di Parma aveva fatto specifica richiesta.

Sembra finalmente ridursi il rapporto tra parti cesarei e parti vaginali, quale positiva conseguenza dell'attivazione del percorso nascita all'interno della clinica ostetrico-Ginecologica.

Il contributo fornito dalla Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza,. È consistente ed oltre a garantire la fornitura da parte della Azienda Ospedaliero-Universitaria di quasi l'80% dei posti letto per acuti pubblico della provincia e la fornitura di circa il 60% della produzione provinciale per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva , concorre a permettere alla AUSL di riferimento un costo pro-capite per il livello di degenza nell'anno 2007 tra i più bassi della regione.

Promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa : la recente istituzione dell'Osservatorio Regionale della Innovazione sta permettendo il monitoraggio della adozione da parte della Aziende Sanitarie di nuove tecnologie e nuove metodiche clinico-organizzative. Il Comitato di indirizzo sottolinea come nel corso del 2008 da parte della nostra Azienda si sia assistito in questo ambito ad alcune significative iniziative. *In campo clinico* il trapianto di rene ABO incompatibile da vivente, la possibilità di impiantare valvole cardiache transcateretere con possibilità di correggere difetti valvolari aortici anche in persone che non potrebbero tollerare l'invasività dell'intervento tradizionale , le indagini miniinvasive in ambito gastroenterologico con l'uso della videocapsula. *In campo tecnologico* si sottolinea in particolare la adozione del sistema PACS/RIS in campo radiologico, la acquisizione di una nuova Risonanza 3T destinata anche alla ricerca nel campo delle neuroscienze, la partenza del progetto UmaCA per la manipolazione degli antiblastici. Significativo poi in ambito di *miglioramento della capacità organizzativa* del nostro Ospedale l'inizio, nell'ambito del percorso della stroke-care, della trombolisi nell'ictus ischemico e del nuovo percorso ambulatoriale di assistenza allo scompenso cardiaco congestizio che ha permesso di ridurre consistentemente il numero dei ricoveri per tale patologia (-115 casi nel corso dell'anno).

Nel campo delle integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca si rileva come l'Accordo Attuativo Locale sulla Formazione specialistica del novembre 2008 costituirà uno stimolo importante alla integrazione ulteriore tra attività assistenziale, di ricerca e didattica mediante una sempre maggiore partecipazione del personale ospedaliero e dei relativi reparti alla attività di formazione specialistica e di tutoraggio e dei medici in formazione alla attività assistenziale.

Il Comitato ritiene però che si renda indispensabile in tempi possibilmente brevi la completa attuazione dell'art. 9 della L.R. 29/2004 che regola la partecipazione economica delle Università alle attività svolte dalle Aziende Sanitarie. Non esiste ancora uno strumento per quantizzare il grado della partecipazione delle Università a tali attività (misurazione della attività assistenziale prodotta dalle strutture universitarie, costi in termini di prodotto didattico e di prodotto ricerca sostenuti dalle Aziende sanitarie ecc). Anche se in questa versione del Bilancio di Missione è stata tentativamente eseguita una misurazione in termini di beni durevoli, attrezzature sanitarie e non, giornate pagate dalla Università al personale che svolge attività assistenziali, di contributi aggiuntivi trasferiti dalla Regione alla Azienda per la presenza del personale universitario ecc., e ritenendo che la recente adozione della timbratura della presenza anche per il personale universitario faciliterà in futuro tali misurazioni, il Comitato auspica che la preparazione da parte della Agenzia Sanitaria regionale di nuovi strumenti finalizzati a tale scopo permetta in futuro di misurare correttamente il reale impatto della attività svolta dalla componente universitaria alla attività assistenziale globale della Azienda, impatto probabilmente al momento ancora sottostimato.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del Progetto del Nuovo Ospedale

il Comitato rileva con piacere come nel corso del 2008 vi sia stato un ulteriore significativo passo in avanti con il nuovo Pronto Soccorso, pronto per la fine dell'anno corrente, con l'Ospedale dei Bambini , la ristrutturazione del Polo Riabilitativo al padiglione Barbieri, il Polo della Assistenza Psichiatrica acuta del padiglione Braga che permetterà di trasferire all'interno del Maggiore anche la Clinica Psichiatrica, il futuro Polo dei Laboratori che permetterà di unificare in una unica struttura tutte le attività di laboratorio presenti in Azienda



Controllo della spesa sanitaria: purtroppo a livello nazionale e regionale i costi per l'acquisto di beni e servizi hanno mostrato una crescita percentualmente più elevata rispetto alle risorse previste, particolarmente per quanto riguarda i farmaci. Il Comitato giudica comunque favorevolmente le politiche messe in atto dalla Azienda per il contenimento dei costi e il ricorso sempre maggiore alla aggregazione degli acquisti a livello di area vasta.

Il Comitato di indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2008 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione della attività svolta nel corso dell'anno dalla Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dei rapporti di collaborazione tra Azienda ed Università degli Studi di Parma in termini sia assistenziali che di didattica e ricerca, e confermi l'ottimo posizionamento della Azienda nell'ambito della assistenza sanitaria provinciale e Regionale. Esprime pertanto parere favorevole sul documento ed auspica che i positivi risultati ed obiettivi raggiunti possano essere diffusi e fatti conoscere anche ad un livello più vasto di quanto istituzionalmente previsto.

d) Parere su: Accordo di fornitura tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Aziende USL di riferimento.

L'Accordo di fornitura disciplina la fornitura di prestazioni e servizi sanitari dell'Azienda Ospedaliera in favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale di competenza dell'AUSL di Parma, o comunque in carico assistenziale alla stessa e con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare da tale documento emerge il complesso delle prestazioni che l'Azienda Ospedaliera effettua verso l'esterno, nonché dei corrispettivi a compenso delle attività rese.

Il Comitato ritiene che si tratti di un Accordo di fornitura complessivamente ben strutturato.

Altro punto che il Comitato ritiene qualificante è quello in cui viene ribadito il concetto di continuità assistenziale tra Ospedale e MMG che presuppone una forte integrazione tra Ospedale e Territorio.

Il Comitato esprime parere positivo sul documento di accordo, sottolineandone la qualità complessiva e la quantità di dati forniti a supporto delle decisioni da adottare. Tale ricchezza di dati rende il documento un notevole avanzamento rispetto a quello precedente ed una sicura base per lo sviluppo di quelli futuri.

Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere favorevole sulla riorganizzazione della attività assistenziali dell'Unità Operativa a direzione universitaria "Neuropsichiatria Infantile", nonché sulla istituzione della Struttura Complessa amministrativa "Rapporti Istituzionali"

e) attività di audit clinico sul coinvolgimento di U,O, complesse della Azienda in alcuni percorsi assistenziali che il Comitato ha valutato di notevole importanza per quanto riguarda prestazioni da fornire alla cittadinanza ed alle Aziende USL di riferimento.

In particolare il Comitato ha rivisto, convocando i Direttori delle U.O. , le difficoltà relative allo sviluppo del percorso nascita nella Clinica Ostetrica, alla attivazione della fibrinolisi in pazienti con ictus ischemico nella Clinica Neurologica e alcune prestazioni laboratoristiche (referti istologici) in attività di screening da parte della UO di Anatomia Patologica. Sono stati discussi, in più sedute, i problemi relative alle risorse umane, alla dotazione strumentale, al possibile inserimento di nuove professionalità, ecc. ed è stata fornita alla Direzione Generale una relazione completa, riservando al Comitato la possibilità di rivalutare, a distanza di un anno, l'efficacia degli interventi.

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.

Nel corso dell'anno 2009, il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Nella definizione del modello di partecipazione viene riconosciuto un ruolo di primo piano al Collegio di Direzione, organo collegiale dell'Azienda con compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Il ruolo attribuito al Collegio dall'Atto aziendale è fortemente propositivo nei confronti della Direzione generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale e il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.

Infatti, il Collegio di Direzione assume un significativo ruolo organizzativo quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio



vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole Unità Operative.

In particolare nel corso dell'anno 2009, sono state affrontate varie problematiche.

La procedura di valutazione del rischio è la stima dell'entità all'esposizione alle radiazioni.

A tale proposito, nel corso dell'anno 2009, al fine di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori, è stata chiesta la collaborazione del Collegio di Direzione per sollecitare l'invio dei carichi di lavoro da parte degli esperti qualificati delle Unità Operative.

Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione, su proposta del Direttore del Servizio Assistenziale e sentito il parere dei rispettivi Direttori di Dipartimento, ha espresso parere favorevole sull'individuazione di alcuni Responsabili Assistenziali di Dipartimento.

Fra i diversi interventi che presentano importanti ricadute organizzative sono state sottoposte al Collegio di Direzione: problematiche relative all'appropriatezza prescrittiva delle indagini di laboratorio e di diagnostica per immagini, già affrontate nel corso dell'anno 2008.

A riguardo, nel documento Linee di indirizzo al budget 2008, viene esplicitato che gli strumenti del governo clinico, in riferimento all'appropriatezza prescrittiva, sono l'adozione di linee guida e gli audit clinici.

Nell'ambito del governo clinico, nel corso dell'anno 2007 il Collegio di Direzione aveva approvato due progetti di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni intermedie per pazienti ricoverati e di riduzione della degenza media nelle strutture di medicina e nelle specialità mediche, riproposti anche nell'anno 2008.

È stato presentato al Collegio di Direzione il Piano Ospedaliero di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale e sono state definite anche procedure riguardanti misure di protezione nei confronti degli operatori.

Il Collegio di Direzione costituisce il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico ed ha il compito di collaborare alla elaborazione dei programmi e dei documenti aziendali di riferimento (linee di indirizzo al budget, piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico, per l'accreditamento, eccetera).

A questo riguardo, nel corso dell'anno 2009, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2009 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2009.

Sono stati, inoltre, presentati al Collegio gli obiettivi specifici dei Direttori di Dipartimento, degli stessi Dipartimenti con il coinvolgimento di tutte le Unità Operative afferenti e gli obiettivi specifici di Unità Operativa.

Il Collegio ha, inoltre, espresso parere favorevole sul documento Bilancio di Missione anno 2008.

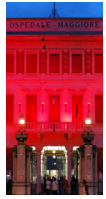
Per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali.

Durante l'anno 2009, sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti l'AREA 2 "Ricerca per il Governo Clinico": area riservata a progetti di valutazione dell'impatto clinico ed organizzativo di intenti sanitari e tecnologie e di iniziative e programmi regionali.

Per suddetta Area di ricerca, il Collegio di Direzione ha selezionato i progetti ritenuti rispondenti ai requisiti previsti dal bando Ricerca Regione-Università e ritenuti maggiormente interessanti. La conformità ai requisiti indicati nel bando è stata valutata mediante la compilazione di apposite schede di valutazione.

Le principali caratteristiche analizzate sono state:

- innovatività
- multidisciplinarietà/integrazione Ospedale-Università
- multicentricità
- trasferibilità nella clinica
- qualificazione e dimostrata competenza
- analisi rigorosa delle conoscenze già disponibili sull'argomento oggetto della proposta
- identificazione delle criticità e delle eventuali barriere al cambiamento
- definizione delle azioni/strumenti per il miglioramento delle criticità e il superamento delle barriere
- descrizione dei principali indicatori attraverso i quali il progetto documenterà i cambiamenti ottenuti, sia in termini di risultati che di processo
- rilevanza e trasferibilità al Servizio Sanitario Regionale



Il Collegio di Direzione ha, inoltre, indicato i progetti rispondenti ai requisiti previsti dal Bando Giovani Ricercatori e ritenuti maggiormente interessanti.

Il giudizio è stato espresso considerando la fattibilità del progetto all'interno del contesto aziendale, la rilevanza del tema trattato, nonché l'attinenza con gli obiettivi strategici aziendali.

Per quanto concerne l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla revisione del documento riguardante la organizzazione in ambito locale dell'ORI.

È stato coinvolto il Collegio di Direzione in merito all'attuazione di un'indagine conoscitiva volta a rilevare i bisogni in materia di ricerca dei professionisti, al fine di indentificare quei fattori che favoriscono/ostacolano lo svolgimento delle attività di ricerca in Azienda.

È stato affrontato il problema riguardante la congruità sul percorso formativo delle Scuole di Specializzazione.

A tale proposito:

I Consigli delle scuole di specializzazione:

- definiscono il piano formativo, i tempi e le modalità della frequenza degli Specializzandi nelle diverse strutture della rete formativa.
- hanno il diritto/dovere di predisporre i piani formativi per ogni specializzando, rimanendo, nel rispetto delle normative esistenti.
- Le determinazioni in ordine alla realizzazione delle reti formative avvengono d'intesa tra i Consigli delle scuole, i DAI ed i Dipartimenti Universitari.
- comunicano all'Azienda Ospedaliero Universitaria la tipologia di prestazioni, che può essere assicurata presso le strutture collegate, dopo aver valorizzato adeguatamente l'offerta formativa delle strutture di sede.

Per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, il medico in formazione è chiamato a svolgere la propria attività, che non può mai essere sostitutiva a quella del personale di ruolo.

Le attività assistenziali svolte dal medico in formazione specialistica sono state individuate in base al grado di autonomia operativa e decisionale.

In particolare, per quanto riguarda l'attività del servizio di guardia, si distinguono diverse tipologie di guardie, in rapporto con la tipologia della Scuola ed in rapporto con la tipologia dei pazienti e delle attività assegnate a quello specifico punto di guardia:

A: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessaria presenza, nel punto guardia stesso, di un medico strutturato che possa essere immediatamente allertato in caso di necessità.

B: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere il necessario intervento di un medico strutturato anche appartenente ad un punto guardia diverso, ma logisticamente prossimo al punto di guardia in cui opera in modo autonomo il medico in formazione specialistica.

C: la tipologia dei pazienti e delle attività è tale da far presumere la necessità di una pronta disponibilità di un medico strutturato della stessa area assistenziale che verrà attivato a giudizio del medico in formazione specialistica.

Il Collegio di Direzione ha approvato un documento riportante i punti di guardia e le pronte disponibilità di ciascun Dipartimento, che prevede l'inserimento dei Medici in formazione, nel rispetto del rispetto dell'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Il Piano Attuativo Locale rappresenta un documento programmatico di riferimento per la sanità ed i servizi socio-sanitari che gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie della provincia di Parma hanno elaborato e condiviso, attraverso un percorso di analisi, partecipazione e consultazione. Attraverso questo documento vengono indicati gli obiettivi generali e le azioni che ciascuna Azienda dovrà realizzare per il miglioramento dei livelli essenziali e del benessere collettivo.

Il Collegio di Direzione ha rappresentato il punto di partenza per l'elaborazione del documento.

Sono state sottoposte all'attenzione del Collegio di Direzione:

- la procedura per una corretta gestione della cartella clinica. Tale procedura definisce i criteri, le modalità e le responsabilità inerenti la corretta tenuta della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla cartella clinica, nelle fasi di compilazione, consultazione, archiviazione e rilascio/consegna agli aventi diritto.
- la procedura per l'acquisizione del consenso informato

Tale documento individua i mezzi e le modalità per la definizione e la verifica dei processi di acquisizione del consenso informato del paziente da parte del professionista riguardo all'atto sanitario proposto.

- le procedure riguardanti i percorsi per l'acquisizione di tecnologie



L'integrazione per la formazione specialistica

Nel corso dell'anno 2009 il processo di integrazione tra l'Azienda e l'Università, con particolare riferimento ai professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale, si è sviluppato in attuazione delle seguenti linee:

- adeguamento e riequilibrio del trattamento economico aggiuntivo dei docenti secondo gli aggiornamenti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro dell'area della dirigenza sanitaria
- armonizzazione delle modalità di organizzazione e gestione dei professionisti universitari ed ospedalieri

Le modifiche apportate dal D.lgs 517/99 al sistema di integrazione economica dei docenti universitari di materie cliniche con funzioni assistenziali ha prodotto nelle strutture di integrazione fra SSR e Università, rispetto al precedente sistema retributivo (c.d. DE MARIA), un diffuso disallineamento tra la retribuzione dei docenti e quella dei corrispettivi dirigenti sanitari ospedalieri.

Al fine di ovviare a tale situazione il Verbale di intesa sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e le Università regionali in data 26.11.2007 ha delineato gli indirizzi finalizzati a favorire il processo di riallineamento retributivo.

Le difficoltà attuative connesse sia all'evoluzione della struttura retributiva della dirigenza sanitaria ospedaliera descritta dai CC.CC.NN.LL 2002/2005 e 2006/2009 sia alla definizione in ogni Azienda delle risorse necessarie al finanziamento del trattamento aggiuntivo dei docenti, hanno comportato in corso d'anno 2008 la costituzione di tavoli tecnici Regione/Aziende Ospedaliero-Universitarie regionali che, in esito ai lavori svolti, hanno consentito alla Regione di diramare due note tecniche di carattere applicativo, l'ultima delle quali datata 19.09.2008, per la ricostruzione del sistema.

L'azione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è quindi orientata a recuperare tutte le situazioni di disallineamento economico dei docenti, con l'obiettivo di corrispondere ai medesimi un trattamento aggiuntivo tale da garantire una retribuzione coerente con quella dei dirigenti ospedalieri a parità di posizione e responsabilità.

Il processo di equità retributiva avviato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, mediante la revisione del trattamento aggiuntivo a decorrere dall'1.01.2006, si è perfezionato con la sua messa a regime nel mese di giugno 2009.

La messa a regime ha comportato per i docenti il reale allineamento del trattamento aggiuntivo adeguando, nel contesto delle retribuzioni complessive universitarie ed ospedaliere messe a confronto per il riequilibrio economico, il valore del trattamento di posizione a quello stabilito dal CCNL 2006/2009, attribuendo quindi riconoscimenti economici in linea con il contratto applicato alle aree della dirigenza sanitaria.

Unitamente all'equiparazione retributiva si è condiviso con l'Università l'obiettivo di definire modalità omogenee di gestione e organizzazione dei professionisti universitari ed ospedalieri pur nel rispetto del distinto stato giuridico e dei rispettivi compiti istituzionali.

Entro tale logica, al fine di consentire l'adeguata programmazione e il conseguente efficiente espletamento delle complesse attività assistenziali con tempestività e certa verifica delle responsabilità connesse nonché una puntuale gestione delle competenze accessorie correlate alla presenza in servizio, è stato esteso ai docenti, a decorrere dal mese di marzo 2009, il sistema di rilevazione del controllo orario informatizzato già in uso per tutto il personale ospedaliero.

Sul fronte dello sviluppo della formazione medico-specialistica si è proceduto, nell'ambito dei criteri stabiliti dall'Accordo Attuativo Locale siglato tra l'Azienda e l'Ateneo in data 7.11.2008, al consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione mediante il perfezionamento dei flussi informativi necessari all'Azienda in ordine:

- alla composizione della rete formativa,
- alla struttura frequentata dai medici in formazione specialistica (di sede, complementare, collegata) e all'eventuale rotazione tra le strutture con indicazione della sede prevalente in relazione alle indicazioni operative regionali per la stipulazione dei contratti di formazione,
- ai piani formativi e alle attività professionalizzanti,
- all'individuazione degli incarichi didattici conferiti dai Consigli delle Scuole di Specializzazione ai professionisti del S.S.R..

Inoltre, nell'ottica di garantire le sinergie tra la programmazione didattica e le attività formative aziendali, è stato assegnato alle Giunte di Dipartimento ed al Collegio di Direzione un ruolo rilevante che si è sostanziato nell'esprimere una valutazione sulla rete formativa e sulla coerenza dei percorsi formativi.



Riguardo alla partecipazione dei professionisti del SSR alla formazione specialistica, relativamente all'a.a. 2008-2009, il numero dei professionisti che hanno ricevuto in incarico è di **191**.

La ripartizione degli incarichi è la seguente: 101 incarichi sono di sola docenza, 25 incarichi sono di solo tutoraggio e 65 incarichi sono di docenza e tutoraggio.

Come indicato all'art. 3.5 dell'Accordo attuativo locale sulla formazione specialistica dei laureati in Medicina e chirurgia, sottoscritto in data 7.11.2008, gli incarichi didattici trovano dettagliata evidenza nel presente documento. Nella tabella sotto riprodotta è evidenziato, dunque, il numero di incarichi attribuito all'interno di ciascuna Unità operativa o Struttura semplice dipartimentale.

Tabella 14 Numero di incarichi per docenza o tutoraggio per la formazione specialistica ai professionisti del SSR per Unità operativa o Struttura semplice dipartimentale, a.a. 2008-2009

Unità operativa Struttura semplice dipartimentale	Numero incarichi
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E GESTIONE	1
SERVIZIO DI MED. PREV, IGIENE OSP. E SICUREZZA	1
EMATOLOGIA E C.T.M.O.	2
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA	1
NEFROLOGIA	3
GENETICA MEDICA	1
SEMEIOTICA MEDICA	1
MEDICINA INTERNA; MALATTIE METABOLICHE E VASCOLARI	3
MALATTIE INFETTIVE ED EPATOLOGIA	10
ONCOLOGIA MEDICA	9
CARDIOLOGIA	10
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6
MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGULA	2
CLINICA - PNEUMOLOGICA	1
PNEUMOLOGIA E ENDOSCOPIA TORACICA	1
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	2
NEUROLOGIA	4
CLINICA GERIATRICA	3
LUNGODEGENZA CRITICA	2
GERIATRIA	1
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA	1
CHIRURGIA D'URGENZA	1
CHIRURGIA TORACICA	1
CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO	2
NEUROCHIRURGIA AD INDIRIZZO TRAUMATOLOGICO	2
CLINICA ORTOPEDICA	2
NEUROCHIRURGIA	2
MAXILLO-FACCIALE	3
OCULISTICA	3
CARDIOCHIRURGIA	3
UROLOGIA	10
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI	3
NEONATOLOGIA	3
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	4
CLINICA PEDIATRICA	2
GASTROENTEROLOGIA	1
CHIRURGIA PEDIATRICA	4
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	2
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12
2° ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	22
SCIENZE RADIOLOGICHE	4
RADIOLOGIA	12
NEURORADIOLOGIA	4
MEDICINA NUCLEARE	1
RADIOTERAPIA	2
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA	2
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	5
MEDICINA RIABILITATIVA	4
COORD. ATTIVITA' SPEC.AMB.CARDIOLOGIE	1
MALATTIE DEL RICAMBIO E DIABETOLOGIA	2



DAY HOSPITAL DIP. MEDICO SPECIALISTICO 2	1
DAY SURGERY	1
OTORINOLARINGOIATRIA	1
ASTANTERIA PEDIATRICA	2
RADIOLOGIA PEDIATRICA	2
Totale	191

Formazione, ricerca e assistenza per le professioni sanitarie

L'esperienza del corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie - seconda edizione e percorso avanzato.

Una iniziativa di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza è costituita dal corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie, proposto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Parma, finanziato dalla regione Emilia-Romagna nell'ambito del programma Ricerca Regione-Università 2007-2009, che in questo anno ha visto concludersi positivamente la prima edizione e attivarsi la seconda edizione del livello base e la prosecuzione del corso di I livello con un livello avanzato.

Si parla di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza perchè il percorso formativo, essendo a forte connotazione pratica, sviluppa effettivamente competenze di ricerca che vengono espresse nella progettazione e realizzazione di ricerche, che vertono su tematiche individuate nell'ambito dei contesti organizzativi e i cui risultati sono diffusi attraverso workshop e pubblicazioni.

Il primo corso infatti si è concluso nel 2009 con un workshop di presentazione e discussione dei lavori di ricerca. Sono state presentate quattro ricerche relative alle seguenti tematiche:

- a) Cosa ostacola la famiglia nell'essere risorsa per il proprio congiunto che vive una criticità clinico-assistenziale.
- b) I bisogni e le aspettative del cittadino con patologia oncologica.
- c) Il percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio nei pazienti GRACER.
- d) La cultura della Sicurezza nei contesti sanitari.

Si riportano di seguito i principali risultati degli studi realizzati nell'ambito del corso.

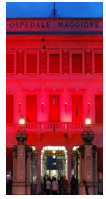
Cosa ostacola la famiglia nell'essere risorsa per il proprio congiunto che vive una criticità clinico-assistenziale

Il lavoro presentato si è prefissato di descrivere se esistono e quali sono i fattori che incidono sulla possibilità della famiglia di sentirsi risorsa od ostacolo nell'essere di aiuto per il proprio caro in condizioni di criticità clinico-assistenziali (cure di inizio vita, nell'età adulta, di fine vita). Nell'inizio vita (terapia intensiva neonatale) i familiari esprimono alti bisogni di informazione e di autocura, con una percezione intensa del malessere psichico e forte sfiducia in se stessi, elementi che coincidono con una percezione della famiglia come 'non risorsa'.

Nei contesti delle cure intensive adulto e del fine vita, invece, i bisogni fortemente espressi (di informazione, autocura, supporto) e la percezione di autoefficacia alta si associano ad una rappresentazione della famiglia come risorsa. Quanto emerso da questo studio può fungere da utile traccia sulla quale sviluppare un approccio personalizzato nel sostenere la famiglia e il caregiver nel percorso di cura, focalizzandosi sulle esigenze e sulle caratteristiche maggiormente espresse nei diversi contesti dalle categorie di utenza.

I bisogni e le aspettative del cittadino con patologia oncologica

L'indagine ha preso in esame, attraverso un'intervista semi-strutturata, i bisogni espressi da 22 pazienti oncologici, la metà dei quali facevano parte di Associazioni per malati oncologici. Per tutti i partecipanti è apparso fondamentale il bisogno di ricevere supporto psicologico. Sono soprattutto gli uomini a menzionare l'importanza di poter orientare le proprie cure, di ricevere informazioni e continuità nell'assistenza. Il bisogno di supporto dal personale sanitario e dai familiari è, invece, prevalente per le partecipanti donne, che sottolineano in particolare l'esigenza di ricevere aiuto. I partecipanti non associati esprimono bisogno di ricevere informazioni adeguate, di essere seguiti in una continuità di cura e di ritornare al più presto alla propria quotidianità, mentre coloro che fanno parte di Associazioni riferiscono una più variegata tipologia di bisogni, sia di tipo medico sia, soprattutto, di tipo di psicologico e sociale, ma anche di tipo materiale. Ancora molto frequenti appaiono il bisogno di autodeterminazione, di dignità e di rispetto della persona e la necessità di agire con tempestività ed urgenza durante il proprio percorso



diagnostico-terapeutico. Infine si segnala il desiderio di realizzare una più marcata e sinergica collaborazione fra Servizi Sanitari ed Associazioni, aspetto sul quale appare, ormai, necessario strutturare più proficui percorsi di integrazione, anche ai fini di una presa in carico globale alla persona.

Il percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio nei pazienti GRACER

La ricerca evidenzia che, sia per i professionisti che per i pazienti, la dimensione più importante per la continuità assistenziale è quella relazionale, da distinguere dalla dimensione puramente informativa, all'interno della quale sembra invece spesso essere ricompresa. Rispetto alla continuità assistenziale le problematiche maggiormente percepite dai caregivers sono di tipo informativo sui Servizi Socio sanitari territoriali, sull'uso degli ausili e sull'abbattimento delle barriere architettoniche e di tipo gestionale, relativi alla partecipazione del Medico di medicina generale ai percorsi di cura e alla possibilità di mantenere sempre la stessa équipe per lo stesso paziente. I professionisti mostrano una visione della realtà non soddisfacente, con rischio elevato di burn out e con richiesta di sviluppare forti competenze di integrazione professionale. I caregiver hanno un livello di aspettativa alto su tre aspetti della continuità assistenziale: avere sempre la stessa équipe di riferimento, avere un unico operatore come referente del percorso di cura e che sia garantita la collaborazione tra struttura e territorio quando il percorso di cura sta per concludersi.

La Cultura della Sicurezza nei contesti sanitari

In Italia si rileva un interesse diffuso verso il concetto di Cultura della sicurezza del paziente ma ancora questo costrutto non è stato studiato in modo sistematico. A questo studio hanno partecipato 686 professionisti provenienti dalle varie aree di lavoro aziendali. I principali risultati mettono in evidenza come il concetto di sicurezza sia percepito da una parte come capacità dei professionisti ('c'è sicurezza perchè siamo competenti') e dall'altra come supporto che viene dall'Azienda di cui fanno parte in termini di strutture, dispositivi, attrezzature adeguate, organizzazione del lavoro. Non emerge in modo chiaro, in tutte le aree esplorate, la consapevolezza del ruolo attivo del professionista nel farsi carico delle implicazioni rischiose dell'attività assistenziale e la percezione di responsabilità connessa alla funzione di garanzia tipica nei confronti del malato. Nel complesso i risultati sembrano mostrare che tutti gli aspetti relativi alla protezione del paziente e dalle procedure da seguire siano concetti ben presenti nei professionisti sanitari, ma riduttivi rispetto al costrutto di Cultura della sicurezza descritto in letteratura.

Nell'anno 2009, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha riproposto il progetto di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie al finanziamento regionale, integrando l'edizione base con un percorso avanzato, allo scopo di mantenere e consolidare il research network che si è creato a livello delle Aziende partecipanti.

Il percorso di formazione avanzata, dunque, costituisce una innovativa prosecuzione della precedente edizione (2008/09) del corso di Formazione alla ricerca in area psicosociale di base. Esso ha come obiettivo quello di consolidare le competenze dei gruppi di ricerca già costituiti affinando le capacità di progettazione e di realizzazione di ricerche in area psicosociale dei corsisti che dovranno arrivare alla predisposizione di progetti su tematiche individuate dall'analisi di fabbisogno aziendale da presentare a bandi regionali e nazionali per la richiesta di finanziamento.

Più nello specifico il percorso prevede: a) l'attivazione dei gruppi di ricerca già costituiti nella prima edizione del corso base ; b) momenti di formazione sul campo e lavori di gruppo con la supervisione dei tutor di ricerca senior e junior, del responsabile scientifico del progetto formativo e del Comitato Scientifico, finalizzati alla predisposizione di progetti di ricerca, alla loro presentazione a bandi regionali e/o nazionali di interesse e alla successiva realizzazione dell'attività di ricerca.

Anche per questo secondo percorso è previsto l'utilizzo dell'infrastruttura per la ricerca già costituita con il corso base del 2008-2009:

- Tutor di ricerca senior: dottori di ricerca in psicologia con competenze specifiche nell'ambito della ricerca psicosociale che affiancano i gruppi di lavoro dei corsisti svolgendo funzioni tutoriali;
- Referenti aziendali per la ricerca: professionista sanitario con funzioni di facilitatore dei percorsi di ricerca all'interno dell'Azienda (autorizzazioni, flussi informativi, eccetera) individuato all'interno di ogni Azienda identificata come unità di ricerca dei progetti;
- Comitato tecnico scientifico: è un organismo presieduto da un componente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria proponente e composto da un componente per ogni Azienda/Ente partner e dal responsabile scientifico/didattico del progetto formativo. Il Comitato Scientifico avrà la funzione di definire nel merito le modalità e le forme di collaborazione delle singole unità di ricerca, nonché di delineare le principali linee di ricerca di interesse per quanto riguarda la progettazione e l'implementazione della ricerca psicosociale.



Un'altra importante innovazione del progetto è rappresentata dal fatto che, a fianco dei tutor senior di ricerca, sono stati individuati tra i corsisti del livello avanzato, quattro professionisti che svolgeranno funzioni di tutor junior di ricerca e affiancheranno i gruppi di lavoro del livello base, insieme ai tutor senior.

È importante sottolineare che questa esperienza rappresenta un rilevante contributo allo sviluppo della ricerca per dei professionisti, i sanitari non medici, che si dedicano ancora quasi esclusivamente all'assistenza e solo per una quota esigua alla didattica. Poiché non è ancora oggi riconosciuto, per questi professionisti, il tempo da dedicare alla ricerca, la modalità di seguire un percorso formativo che alterni teoria, l'essenziale, con la parte di pratica costituita da esercitazioni, lavori di gruppo e soprattutto formazione sul campo con un sistema di tutorato qualificato, offre l'opportunità di sviluppare un progetto di ricerca dalla fase della ideazione alla presentazione dei risultati. L'ambito della ricerca psicosociale, poi, si è dimostrato particolarmente adatto a quelli che sono i paradigmi di 'care' di queste professioni.

[Il Libretto di Tirocinio per gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie](#)

Durante il percorso di formazione dei professionisti sanitari alla tutorship, in seguito a un'indagine di tipo qualitativo che ha utilizzato focus group e ha indagato quale deve essere la figura del buon tutor per gli studenti in apprendimento professionale, è sorta l'esigenza di elaborare uno strumento, ad utilizzo dei tutor e dello studente, che sia in grado di seguire quest'ultimo durante il percorso di apprendimento svolto in tirocinio.

Si è così costituito un gruppo interprofessionale di tutor (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di radiologia e tecnici di laboratorio) che hanno lavorato, supervisionati da un pedagogista, docente dell'Università degli studi di Parma con la finalità di elaborare un Libretto di Tirocinio personale per lo studente che contenesse le principali competenze 'core' da sviluppare durante il triennio.

Il Libretto di Tirocinio avrebbe lo scopo di tenere monitorata l'acquisizione delle competenze da parte dello studente durante il percorso di apprendimento oltre che a verificarne la qualità dell'apprendimento.

Per costruire il libretto sono state utilizzate le aree che per alcune delle professioni coinvolte costituiscono le aree di professionalità di derivazione dal profilo, così come la letteratura le riconosce (AA.VV. Linee guida per un progetto di formazione di base dell'infermiere, Federazione nazionale dei collegi IPASVI, Roma, 1998) con libera interpretazione e possibilità di modifica da parte del gruppo di elaborazione.

Le aree sono risultate così definite:

Area 1: Prevenzione / Diagnosi precoce ed educazione alla Salute

Area 2: Comunicazione / Relazione

Area 3: Assistenza

Area 4: Responsabilità

Area 5: Riabilitazione ed Educazione Terapeutica

Area 6: Gestione / Management

Area 7: Formazione

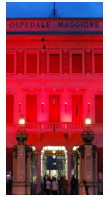
Area 8: Ricerca

Le otto aree sono state declinate per ogni anno e per ogni professione e, seguendo un criterio di complessità crescente, sono state definite le competenze da raggiungere, in ogni area, al primo, al secondo e al terzo anno di corso. Accanto a ogni competenza è prevista una griglia che, attraverso una scala likert a cinque punti può segnalare il raggiungimento della 'routine' e la qualità di questa.

Di fronte a una teoria, oggi accademica, dove sempre più si insegna il dover essere, a volte molto lontano dalla pratica quotidiana e a una pratica dove si insegna il 'qui si fa così', senza, a volte, nessun aggancio con i principi scientifici che sostengono quella pratica, ma fondandosi ancora molto sulle consuetudini, il Libretto di tirocinio vorrebbe presentarsi come lo strumento di integrazione tra teoria/didattica e pratica/assistenza, perché l'apprendimento non è mai lineare, ma sempre circolare, per cui la correlazione tra queste due realtà diventa ineliminabile se non si vuole creare schizofrenia nello studente e dequalificare i processi di apprendimento.

Inoltre, il libretto di tirocinio avrebbe l'ambizione di creare un ponte e una continuità tra formazione di base, educazione continua in medicina e formazione post base, soprattutto mettendo a confronto e in linea di sviluppo questo strumento con il dossier formativo di cui si è già parlato.

Nell'area formazione del libretto, in particolar modo, si intenderebbe andare in direzione dello sviluppo dell'autoapprendimento da parte dello studente, in modo da renderlo sempre più responsabile e protagonista della propria formazione. Si verrebbe così a creare il presupposto di competenza necessaria per l'elaborazione personale, da parte del professionista, durante la propria carriera lavorativa, del proprio fabbisogno formativo per mantenere adeguate le proprie competenze, della scelta e



progettazione dei relativi percorsi formativi e la valutazione di risultato raggiunto: in una parola, l'elaborazione del dossier formativo individuale.

Il 2009 ha visto svilupparsi la fase di prima elaborazione del libretto, presentato a fine anno ai professionisti in un workshop, in forma di lavoro in progress, per avere importanti contributi da utilizzare per la messa a punto dello strumento.

Il libretto verrà sperimentato e valutato nella sua adeguatezza alle finalità che intende perseguire durante il 2010, nel primo anno di corso di almeno una professione sanitaria.

[La revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica](#)

L'integrazione tra istituzioni Azienda Ospedaliero-Universitaria ed Università ha trovato un momento di realizzazione nella revisione del piano degli studi del Corso di Laurea in "Infermieristica". Allo scopo è stata istituita una commissione didattica integrata costituita dal Presidente del corso di laurea, da rappresentanze della docenza, del tutoraggio, degli studenti, ma anche da rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, oltre che dell'Azienda USL di Parma e di Piacenza. La composizione della commissione è stata dettata dall'esigenza di provvedere ad un aggiornamento del programma didattico nella direzione dell'adeguamento sia alla legge di riordino dell'offerta formativa universitaria n. 270 del 2004, sia alle nuove competenze dell'infermiere secondo quanto emerge dalla normativa che istituisce il profilo professionale dell'infermiere, sia alle esigenze delle Aziende presso cui andrà ad esercitare la maggior parte dei laureati del Corso di Laurea. L'attività della commissione si è svolta nella consapevolezza del particolare rilievo del proprio compito anche in considerazione di quanto recita la legge n. 42 del 1999: "...Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie..... è determinato dai contenuti dei ... relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea.....". Il regolamento didattico che è emerso dai lavori della commissione, peraltro ancora in corso, nella consapevolezza che la professione infermieristica non è una professione "ausiliaria", prevede che l'infermiere laureato è responsabile di una assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, di natura tecnica relazionale ed integrativa, agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, contribuisce alla formazione del personale, concorre all'aggiornamento continuo ed alla ricerca. Il piano degli studi che sta prendendo forma con il contributo integrato delle diverse rappresentanze in commissione, va nella direzione di una "demedicalizzazione" del programma didattico, con molte ore di lezione in meno su argomenti di natura medica, e su un incremento delle attività didattiche rivolte alla relazione con il paziente, il familiare, i collaboratori, alla conoscenza delle dinamiche della società multiculturale in via di costante cambiamento, alla conoscenza di elementi di organizzazione aziendale e di "clinical governance" ed anche ai principi di pedagogia, e metodologia della ricerca necessari a partecipare ad attività di didattica e di ricerca. Un elemento che è emerso dall'attività della commissione è infine quello di rafforzare nel corso di laurea le attività rivolte all'apprendimento della lingua inglese, considerata indispensabile per un professionista moderno che vuole aggiornarsi e vuole confrontarsi con i colleghi del resto del mondo.

Un'altra attività che prevede il contributo integrato tra Azienda Ospedaliero-Universitaria ed Università è quella relativa all'obiettivo del PAL di valorizzazione del capitale intellettuale (si veda il primo paragrafo del presente capitolo). Gruppi di lavoro costituiti da docenti della Facoltà di Medicina e rappresentanti delle Aziende Sanitarie hanno intrapreso attività miranti ad una riqualificazione dell'offerta formativa di base e post-base che tenga conto delle nuove competenze necessarie nell'organizzazione del lavoro, nonché allo sviluppo ed all'utilizzo della ricerca anche attraverso la socializzazione della produzione scientifica dei professionisti, riqualificazione dell'offerta formativa di base e post-base.

[Rilevazione del contributo dell'Università](#)

L'art. 9 delle L. R. 29/2004 disciplina le relazioni tra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università; al comma 8 è precisato che "al sostegno economico finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal S.S.R. (...)", il Protocollo d'Intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende."

Nell'"Accordo Attuativo Locale" in applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, all'art. 13 (Rilevazione del contributo dell'Università), è previsto che: "l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria mediante la retribuzione del personale universitario, le immobilizzazioni, le attrezzature e



ogni altra risorsa utilizzata anche per l'assistenza. I relativi oneri sostenuti dall'Università sono rilevati nell'analisi economica e finanziaria dell'Azienda ed evidenziati sia nei bilanci preventivi che consuntivi". Allo stato attuale, l'intrecciarsi delle attività di didattica e di ricerca e le attività assistenziali non consente di valorizzare con un congruo margine di certezza né l'apporto dell'Università all'attività assistenziale né la partecipazione del S.S.R. all'attività di didattica e di ricerca. In attesa di disporre di una metodologia condivisa che consenta di evidenziare l'apporto in termini economici, tale da consentire una rielaborazione parallela dei preventivi e dei consuntivi aziendali su basi omogenee di rilevazione (ancorché opportunamente adattati alle singole realtà regionali e tali da produrre un quadro di riferimento per l'intero Sistema Sanitario Regionale), si è ritenuto opportuno inserire all'interno del Bilancio di Missione alcune schede con informazioni economico-finanziarie.

Tuttavia, parametri e metodologie di attribuzione potrebbero essere meglio sviluppati, approfonditi e valorizzati, come è avvenuto per l'impianto del Bilancio di Missione, da un apposito gruppo di lavoro interistituzionale coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale. L'obiettivo auspicato potrebbe essere la definizione di metodologie che consentano di rilevare non solo gli apporti in termini economico-finanziari (che per essere inseriti nei documenti di Bilancio, anche come poste figurative, richiederebbero modifiche al piano regionale dei conti, la loro riclassificazione nei modelli di rendicontazione periodica ai Ministeri, eccetera), ma anche metodologie di analisi più complesse che prendano in considerazione ad esempio:

- per l'attività assistenziale prodotta nelle unità operative a direzione universitaria - complessità, indice di attrazione, tempi indotti sulla durata delle degenze, sulla durata degli interventi chirurgici e non, maggiori indagini richieste e consumi, eccetera;
- per la didattica e la ricerca - la modalità per stabilire parametri di attività (ad esempio, misure per "unità di prodotto didattico" e "unità di prodotto di ricerca" assicurato) e i relativi costi sopportati dall'Azienda ad integrazione di quelli sostenuti dall'Università in funzione dell'attività assistenziale inscindibilmente svolta ed i maggiori oneri rispetto alla remunerazione tariffaria standard di riferimento.

Le risorse messe a disposizione dall'Università per l'attività assistenziale

La rilevazione che segue non pretende certamente di essere esaustiva sia in considerazione di quanto sopra esposto, che per il fatto che si tratta di una valutazione basata su stime che possono servire come primo spunto per una riflessione, analisi e rilevazione più puntuale in presenza di parametri e metodologie condivise.

Scheda 1 Beni durevoli

FABBRICATI UNIVERSITARI: aree destinate all'assistenza			
CLINICA MEDICA GENERALE (parte)	superficie lorda complessiva	mq.	4.502
NEFROLOGIA (parte)	" " "	"	5.725
TOTALE			mq. 10.227

Nota: se possiamo ipotizzare che il valore unitario per mq. sia 1.000 €, il valore complessivo stimato assommerebbe a d € 10.227.000

Il costo della quota di ammortamento, pari al 3%, che graverebbe a carico dei costi di esercizio assommerebbe ad € 306.810

Attrezzature sanitarie e non

Sono state prese in considerazione le attrezzature di proprietà dell'Università degli Studi di Parma che l'Azienda ha elencato nella procedura finalizzata alla gestione delle manutenzioni. Il costo è quello d'acquisto, o quando non erano disponibili indicazioni precise relative ai dati di acquisto è stata effettuata una stima, soprattutto per le apparecchiature complementari ad altre o per quelle che risultano donate. La valorizzazione di cui si dispone ha quindi ampi margini di aleatorietà, tuttavia, può ugualmente rappresentare l'apporto in tecnologie dell'Università degli Studi.

Il valore che emerge dalla procedura citata somma ad € 3,707 mil. e il costo teorico delle quote di ammortamento, calcolate con lo stesso criterio delle attrezzature sanitarie (12,5%), stante la indeterminazione della rilevazione prevista, graverebbe a carico dei costi aziendali per circa € 463.000.



Il personale dipendente dall'Università

Nel corso dell'esercizio 2009, l'organico medio, calcolato con il criterio UOMO/ANNO (riferito cioè alle "giornate pagate", a prescindere dalla retribuzione corrisposta; mentre il personale a tempo parziale è conteggiato in relazione alla percentuale di presenza nell'anno ed il personale assente per aspettativa o per congedo è considerato solo per le giornate retribuite), ha subito la seguente evoluzione:

Scheda 2 Personale dipendente dall'Università

Personale universitario	Esercizio 2009	Esercizio 2008	Variazione
Personale medico e veterinario	174	179,15	-5,15
Personale sanitario non medico - dirigenza	19,16	20	-0,84
Personale sanitario non medico - comparto	44,88	44,26	0,62
Personale professionale - dirigenza	0	0	0
Personale professionale - comparto	0	0	0
Personale tecnico - dirigenza	0	0	0
Personale tecnico - comparto	3,75	3,75	0
Personale amministrativo - dirigenza		0	0
Personale amministrativo - comparto	38,38	39,21	-0,83
Totale personale universitario	280,17	286,37	-6,2

Il costo degli emolumenti, comprensivi degli oneri riflessi sostenuto dall'Università degli Studi di Parma nell'esercizio 2009 ammonta a:

- per Ricercatori/Docenti convenzionati € 14.027,6 mil.
- per Personale tecnico-amministrativo in convenzione € 4.337,5 mil.

Finanziamento sistema integrato S.S.R.-Università

Riguardo a quanto previsto all'art. 14 (Bilancio Aziendale) dell'Accordo Attuativo Locale in applicazione del protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università degli Studi di Parma nel Bilancio 2009 sono state contabilizzate le quote di contributi regionali assegnati all'Azienda per:

- a) esclusività di rapporto del personale universitario per € 2.375.550
- b) integrazione tariffaria per impatto ricerca e didattica per € 12.395.000
- c) corsi universitari delle professioni sanitarie per € 1.566.432

I programmi di ricerca Regione/Università 2007-2009

Le somme assegnate per programmi di ricerca in relazione alla D.G.R. n. 2242 del 27.12.2007 che individua l'Azienda come Unità Operativa Capofila, sono state acquisite al Bilancio 2007 e riscontate per disporre l'utilizzo nell'esercizio 2008 e 2009. Inoltre, nel bilancio 2009 sono state acquisite le somme assegnate per i Progetti di Ricerca Regione-Università 2008/2209, Area2 "Ricerca per il governo clinico", (DGR n. 1870/2006) e le somme assegnate per i Progetti dell'Area 3, anno 2009 (DGR. n. 2002/2009). In quest'ultimo esercizio sono stati utilizzati € 1.209.258, mentre la differenza pari a € 2.940.954 è stata riscontrata all'anno 2010.

Scheda 4- I programmi di ricerca finanziati - Ricerca innovativa, area 1a

"Non small Early Molecular Diagnosis of Lung Cancer" - Finanziamento complessivo € 524.600,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 352.833,23;

."DiAL Er/ADSL:Diagnostica Avanzata in Lipidologia Emilia Romagna/Advanced Diagnostic Support il Lipidology: Role of genotypic, phenotypic and functional evaluation of lipoproteins un dislipidemias"- Finanziamento complessivo € 603.200,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 405.697,68;

."Evaluation of immunohistochemical and biomolecular parameters as markers of the biological behaviour of head and neck carcinomas" - Finanziamento complessivo € 368.000,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 247.507,86;

."New perspectives on riabilitation in adults and children with motor deficits in children with autistic spectrum disorder and in disorder of empathic communication: the role of the mirror neuron system" - Finanziamento complessivo € 1.114.500,00; finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) € 749.585,64;



Scheda 5- I programmi di ricerca finanziati - Medicina rigenerativa in cardiologia, area 1b

."Therapeutic applications of stem cells in the treatment of heart failure" finanziato per complessivi € 600.000,00. Il programma è coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, che trasferirà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per tranches secondo le modalità di liquidazione dei finanziamenti riportate nella citata deliberazione della Giunta Regionale n. 2242/2007; il finanziamento per il secondo e terzo anno (2008 e 2009) ammonta a € 343.401;

Scheda 6- I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2

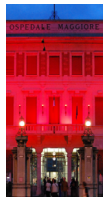
."Giornate di ricovero non necessarie ed evitabili strategia di responsabilizzazione dei clinici e valutazione dell'efficacia" - Finanziamento complessivo € 179.000,00 finanziamento per il secondo anno € 86.300;
."Effetti degli stili manageriali del contratto psicologico e del tipo di coinvolgimento organizzativo sui processi psicosociali che influenzano il funzionamento del governo clinico ai vari livelli di un 'organizzazione sanitaria locale" - Finanziamento complessivo €150.000,00 finanziamento per il secondo anno € 77.800,00;
. "Valore prognostico della tomografia computerizzata multistrato nello studio della malattia subcritica del tronco comune" - Finanziamento complessivo € 200.000,00 finanziamento per il secondo anno €92.500,00;

Scheda 7 I programmi di ricerca finanziati - Ricerca per il Governo clinico, area 2- biennio 08/09

."Efficacia e durabilità dei nuovi ipoglicemizzanti ad alto costo nel diabete tipo2 non complicato"" - Finanziamento complessivo € 220.000,00; finanziamento per il primo anno € 115.000;
."Progetto integrato di razionalizzazione delle risorse cliniche e laboratoristiche nel governo clinico dell'infezione da virus dell'epatite B in Emilia Romagna" - Finanziamento complessivo €290.000,00 finanziamento per il primo anno € 120.000,00;
."Clinical effectiveness della Tomografia ad emissione di Positroni (PET) in campo cardiovascolare e neurologico in pazienti con patologia ad alto rischio evolutivo" - Finanziamento complessivo € 520.000,00 finanziamento per il primo anno € 223.000,00;
."L'assistenza al traumatizzato grave: un sistema di indicatori per il monitoraggio ed il governo clinico-organizzativo" - Finanziamento complessivo € 320.000,00 finanziamento per il primo anno € 195.500,00;

Scheda 8 I programmi di ricerca finanziati - Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3

."Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano" - Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno: € 95.082,00;
."Corso di formazione alla ricerca per le professioni sanitarie su tematiche di area psicosociale" Finanziamento complessivo assegnato per il 2007 per il programma che ha la durata di un anno: € 40.000,00;
."Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano - IIª edizione" Finanziamento complessivo assegnato per il 2008 per il programma che ha la durata di un anno: € 105.000,00.



Scheda 9 I programmi di ricerca finanziati – Formazione alla ricerca e creazione dei Research Network, area 3 – biennio 08/09

."Progetto di formazione alla ricerca psicosociale finalizzato alla creazione e al consolidamento di research network tra i professionisti sanitari a livello regionale" – Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 61.000,00;

."Formazione all'audit clinico e ad indagini confidenziali per l'acquisizione di una metodologia per la ricerca clinico-organizzativa e clinica in ambito perinatale nell'Area Vasta Emilia Nord" Finanziamento complessivo assegnato per il programma che ha la durata di un anno: € 87.500,00;