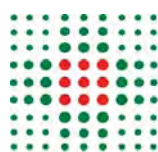




Bilancio di Missione 2011



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



BILANCIO DI MISSIONE 2011
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

INDICE

Presentazione	1
1 Contesto di riferimento	3
1.1 Quadro normativo e istituzionale	5
1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università	7
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale	11
1.4 Accordo di fornitura	17
1.5 Osservazioni epidemiologiche	19
2 Profilo aziendale	27
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	29
Sostenibilità economica	29
La sostenibilità finanziaria	41
La sostenibilità patrimoniale	42
2.2 Impatto sul contesto territoriale	52
Impatto economico	52
Impatto sociale e culturale	54
Impatto ambientale	58
2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza	61
Costo pro-capite per livello di assistenza	61
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	61
Assistenza distrettuale	62
Assistenza specialistica ambulatoriale	63
Assistenza ospedaliera	68
Attività Hub	69
Qualità dell'assistenza	88
2.4 Ricerca e didattica	91
Attività di ricerca	92
Attività didattica	101
2.5 Assetto organizzativo	105
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	115
3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria	117
3.2 Universalità ed equità di accesso	119
Governo delle liste di attesa	119
Progetti ICT di Sanità On Line	121
Assistenza odontoiatrica	122
Programmi di screening	123
Piano regionale della Prevenzione 2010-2012	126
Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto	127
Implementare e sviluppare le attività di emergenza – urgenza secondo le indicazioni regionali	132
Il Piano dell'equità	133
3.3 Centralità del cittadino	138
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti	138
La Rilevazione della qualità percepita dai Cittadini e le azioni di miglioramento	138
Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva	139
"Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito"	140
Applicazioni dei principi e delle pratiche della Health Literacy	141

	Reti cure palliative e terapia del dolore	142
	Aspetti alberghieri e servizi alla persona	144
3.4	Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	145
	Gestione del rischio	145
	Rischio infettivo e sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie	152
	Governo clinico del farmaco	159
	Accreditamento	162
	Percorsi specialistici	163
	Programma Stroke Care	165
	Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto	166
	Ridefinizione del processo di Budget	167
	Potenziamento del sistema informatico a supporto del sistema informativo	168
3.5	Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	169
	Acceleratore lineare	169
	Servizio di accoglienza ostetrico – ginecologico	169
	Ecografia e risonanza magnetica nella diagnosi delle patologie dell'encefalo fetale e neonatale: percorso multidisciplinare	170
	Innovazione tecnologica	171
3.6	Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca	172
	Comitato di Indirizzo	172
	Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali	173
	Laboratori della comunicazione per il Corso di laurea in Infermieristica	175
<hr/>		
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	179
4.1	La "carta di identità" del personale	181
	Analisi di genere del personale	182
	Mobilità del personale	190
	Pari Opportunità	193
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	194
	Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione	194
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	196
	Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi	196
	Sorveglianza sanitaria	197
	Gestione degli infortuni	199
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	201
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	203
	Sistema d'incentivazione del personale dirigente	203
	Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto	204
4.6	Formazione	205
	I dati di attività	205
	Progetti principali attivati	207
4.7	La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura	215
	Interventi di prevenzione e riduzione del burn out	215
4.8	Sistema informativo del personale	215
4.9	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	216
	Relazioni sindacali	216
	Libera professione	217
	Gestione del contenzioso	218
4.10	Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori	218

Il nido aziendale	218
I servizi alla persona	218
Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro	219

5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	221
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi	223
5.2	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	226
5.3	La comunicazione interna aziendale	229

6	Governo della ricerca e innovazione	233
6.1	Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	237
	Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali	239
	Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie	240
	Utilizzo appropriato delle innovazioni	243
6.2	Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	247
	Attività di formazione del personale	247
	Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna	250
	Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)	251
	Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione	257
6.3	Garanzie di trasparenza	258
	Anagrafe della Ricerca	258
	Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico	260
	Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali	261

7	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	263
7.1	Riorganizzazione per intensità di cure delle unità operative ortopediche	265
7.2	Il nuovo polo geriatrico - riabilitativo e il giardino riabilitativo	267
7.3	Centro regionale per la diagnosi e la terapia della sindrome di Moebius	268

Conclusioni del Direttore Generale	271
---	------------

Comitato di indirizzo	275
------------------------------	------------

Appendice	I
------------------	----------

Ringraziamenti	
-----------------------	--



Presentazione

Il 2011 si è confermato un periodo critico per il nostro paese. Questa difficoltà del contesto generale, probabilmente, si legge anche nelle pagine del bilancio di missione, ma in esso emerge anche l'impegno dell'organizzazione e delle persone che vi lavorano per far fronte ad un momento storico particolare, mantenendo una buona qualità dei servizi offerti e continuando a scommettere su innovazione ed equità (cfr. Il Piano dell'equità presentato nella sezione 3.2 "Universalità ed equità di accesso").

L'intento di queste pagine introduttive è quello di facilitare la lettura della complessa e articolata realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma attraverso il Bilancio di missione.

Per il lettore, l'invito è quello di non lasciarsi dissuadere dalla voluminosità e dalla complessità del documento (nel quale si cerca di dare conto dell'attività, delle caratteristiche e del funzionamento dell'Ospedale) e di sfruttarne il formato elettronico per effettuare letture trasversali, per temi di interesse o per parole chiave. Di utilizzarlo come spunto per iniziare la conoscenza con la nostra realtà, ed eventualmente per inviare considerazioni, suggerimenti o indicazioni all'indirizzo bilanciodimissione@ao.pr.it, per iniziare così un dialogo con l'Azienda.

Sfogliando a ritroso il volume, si parte dagli spunti delle tre sezioni in cui è articolato quest'anno il **capitolo 7**, nel quale viene messo in evidenza lo stato di avanzamento delle linee di sviluppo dell'Ospedale, quali il modello per intensità di cura (7.1) e l'organizzazione per aree omogenee che caratterizza il polo geriatrico - riabilitativo e finalizzata a favorire i rapporti tra i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali e l'integrazione multidisciplinare (7.2). Inoltre nel capitolo 7 viene presentata una delle aree di eccellenza dell'Azienda, ovvero il Centro regionale per la diagnosi e la terapia della sindrome di Moebius (7.3). La scelta della nostra Azienda di sperimentare il modello organizzativo per intensità di cura intende tener conto della dinamica dell'innovazione tecnologica, della centralità del paziente-cittadino, dell'imperativo sociale della qualità delle cure, delle risorse limitate e della conseguente necessità di un utilizzo efficiente in un'ottica di sostenibilità del sistema. Si consideri che nel 2011 la sperimentazione è iniziata nelle Unità Operative di Ortopedia e Clinica Ortopedica, ma siamo consapevoli che i cambiamenti organizzativi di questa portata richiedono tempo perché investono la cultura stessa di un'organizzazione.

Il **capitolo 6** illustra le attività di ricerca portate avanti nel 2011 dai professionisti dell'Azienda e le iniziative attuate per lo sviluppo delle competenze connesse alla ricerca e all'innovazione. Di particolare interesse è l'approfondimento, in apertura del capitolo, delle questioni connesse con la qualità della ricerca sanitaria e il suo impatto, che trovano nelle pagine del capitolo argomenti ed esplicitazione nei progetti presentati.

A conferma della considerazione che la comunicazione è testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda e fattore di comprensione della struttura ospedaliera si vada al **capitolo 5**, nel quale vengono riprese diverse attività presentate nei capitoli 3 o 7 dal punto di vista degli eventi comunicativi che le hanno caratterizzate. Nel capitolo viene presentato anche l'andamento dei reclami, che ha visto, come gli elogi, una crescita nel 2011 (connessa, per i reclami, ai ricorsi ticket). Testimonianze dell'impegno dell'intera organizzazione nel migliorare la capacità di ascolto e relazione sia verso l'esterno che verso l'interno. Ascolto è una parola chiave per lo sviluppo di questa Azienda. È in primo luogo ascolto dei bisogni del paziente, utente e cittadino; capacità che deve essere sviluppata e mantenuta a diversi livelli, quale pre-requisito per garantire accoglienza ed equità.

All'analisi del "capitale umano" che svolge la propria attività all'interno dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma è dedicato il **capitolo 4**. In evidenza, l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia che è avvenuta proprio nel 2011. Il Comitato in sostanza sostituisce, unificando le competenze, i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati per il Mobbing, in un solo organismo che esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dell'Azienda, dirigente e non. Inoltre, nel capitolo trova illustrazione, sebbene in forma sintetica, l'attività del Collegio di Direzione quale snodo centrale degli organi e meccanismi aziendali di partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa (cfr. la sezione 4.2). Infine, di particolare interesse nel capitolo è il paragrafo dedicato ai "Principali progetti attivati" nell'ambito della sezione relativa alla formazione (4.6).

Il **capitolo 3** è stato fortemente innovato nell'impostazione per favorire la sintesi e la chiarezza delle informazioni presentate. Buona parte dei contenuti del capitolo è presentata in una forma schematica che mira a focalizzare i risultati conseguiti. Altra novità di rilievo è la riorganizzazione della sezione 3.4 dedicata alla "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale" nella quale sono stati riorganizzati gli argomenti per dare maggiore evidenza ai contenuti relativi alla "Sicurezza delle cure e qualità" raccolti in una sotto-sezione specifica. L'apertura del capitolo, come gli altri anni, è dedicata al Piano Attuativo Locale 2009-2011, che nel 2011 era in chiusura con un processo articolato di verifica e analisi dei risultati, di necessità sintetizzato per i fini di questo volume. Nell'esplicitare la partecipazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria al percorso di costruzione, implementazione e, nel 2011, di verifica del piano attuativo locale si mette a fuoco il sistema di relazioni istituzionali e l'importante rete di supporto messa in atto, unitamente all'Azienda territoriale, per dare riscontro alle azioni di programmazione locale messe a sistema negli strumenti di programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Ancora una volta, come ogni anno, nel capitolo 3 in particolare, e in altri punti del volume, proponiamo argomenti che sono stati redatti congiuntamente con l'Azienda territoriale per dare conto di alcuni degli ambiti di integrazione su cui stiamo lavorando.

Il capitolo più complesso del volume è probabilmente il **capitolo 2**, che propone informazioni economiche o di efficienza gestionale, ma anche relative all'attività realizzata dai nostri professionisti nel corso dell'anno e che viene rendicontata nel volume utilizzando forme diverse (indicatori quantitativi e grafici nella sezione 2.3, e forme in genere più discorsive negli altri capitoli). Trovano qui evidenza sia i dati di attività e produzione, che i valori di riferimento e di confronto regionale; sia le azioni che concretizzano le funzioni di assistenza, ricerca e didattica che i percorsi di integrazione con l'Università e l'Azienda USL di Parma, interlocutori imprescindibili dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria; sia i processi e gli strumenti di controllo e garanzia della qualità delle prestazioni. Quest'anno sono stati implementati in questo capitolo, in chiusura della sezione 2.3, indicatori di qualità dell'assistenza revisionati e integrati da un gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale, cui ha partecipato anche la nostra Azienda. Le dimensioni della qualità dell'assistenza prese in considerazione dagli indicatori riguardano principalmente l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia e misurano in modo più specifico la performance delle aziende ospedaliere nel confronto con la regione o azioni congiunte e condivise con l'Azienda USL di riferimento all'interno di specifiche reti territoriali.

Infine, una breve considerazione sul **capitolo 1**, un capitolo che considera prevalentemente il contesto in cui l'Azienda opera. Anche qui si è cercato di sfruttare in modo razionale le risorse messe a disposizione dal sistema regionale, come ad esempio il rimando al portale SALUT-ER per l'aggiornamento dei riferimenti normativi nazionali e regionali di maggior rilievo, considerando che tale rimando può essere particolarmente utile per il lettore in quanto il portale è ricco e aggiornato e può fornire spunti e chiavi di lettura ben oltre la parte normativa.

Preme ribadire, in chiusura, che dietro a tante parole, numeri e informazioni ci sono migliaia di persone che operano quotidianamente e che mettono in gioco le proprie competenze e il proprio spirito di servizio, alle quali va un sentito ringraziamento.

Leonida Grisendi
Direttore Generale

1

Contesto di Riferimento

Questo capitolo delinea caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. Il capitolo è articolato su cinque ambiti.

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







Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Le aziende sanitarie sono chiamate a operare in un contesto di riferimento assai complesso: in particolare sono numerose le disposizioni normative nazionali e regionali che hanno prodotto effetti significativi per l'assetto e l'attività delle aziende sanitarie, determinando un complesso contesto di riferimento normativo ed istituzionale. Le aziende operano con orientamenti di politica sanitaria e linee di sviluppo strategiche, nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del sistema.

Da quest'anno, per rendere più agevole la consultazione del Bilancio di missione e utilizzare in modo appropriato le fonti esterne, per quanto attiene le disposizioni di recente emanazione e più significative, sia a livello nazionale che regionale, si rinvia alla sezione interamente dedicata alla legislazione del Portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna SALUTER, all'indirizzo <http://www.saluter.it/documentazione/leggi>. Nei Bilanci di Missione degli anni precedenti, sempre reperibili nella loro versione integrale scaricabile sul sito aziendale all'indirizzo <http://www.ao.pr.it/azienda/bilancio-missione/bilancio-missione.htm>, sono disponibili approfondimenti sul quadro normativo relativi ai rispettivi anni di riferimento.

Di seguito sono richiamati atti e documenti che hanno valenza provinciale, distrettuale o aziendale relativi all'anno 2011 che hanno effetto sulla programmazione e organizzazione aziendale e dunque sulla modalità di erogazione dei servizi all'utenza.

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

Il documento costituisce l'atto di fondazione dell'impegno della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria per il triennio 2009-2011 e da esso scaturisce l'impegno di programmazione sul nuovo PAL e sul Piano di Zona, afferenti, il primo, all'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio della provincia e, il secondo, alla traduzione in ambito distrettuale dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari. L'integrazione tra sociale e sanitario è la novità che contraddistingue il contesto in cui prende avvio la programmazione triennale, che costituirà l'asse preferenziale di progettazione degli interventi.

Deliberazione del Direttore Generale 4 gennaio 2011, n. 1 "Approvazione e adozione del Regolamento per la pubblicazione avente effetto di pubblicità legale delle deliberazioni del Direttore Generale, delle decisioni dei Direttori dei Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nonché di tutti gli atti che a norma di legge o per disposizione aziendale sono oggetto di pubblicazione sull'albo pretorio aziendale"

L'art 32 della legge n. 69 del 18 giugno 2009 e successive modifiche e integrazioni riconosce effetto di pubblicità legale agli atti e ai provvedimenti amministrativi pubblicati dalle amministrazioni pubbliche sui propri siti informatici. A far data dal 1 gennaio 2011 gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale s'intendono assolti con la pubblicazione nell'apposito albo all'interno del sito web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Deliberazione del Direttore Generale 7 febbraio 2011, n. 42 "Approvazione partecipazione nella Società Lepida s.p.a. dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma"

L'adesione alla Società Lepida permette all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma di partecipare compiutamente agli obiettivi della rete privata delle pubbliche amministrazioni dell'Emilia-Romagna, così come previsti nella L.R. 11 del 2004, nonché di usufruire dei vantaggi relativi all'erogazione di servizi ICT, riservati ai soli soci della società.

Deliberazione del Direttore Generale 7 febbraio, n. 45 "Istituzione della struttura complessa "Coordinamento degli Staff" e relativo conferimento incarico di struttura complessa"

L'istituzione è legata alla necessità di perfezionare le funzioni a supporto delle attività strategiche, creando le condizioni affinché, in una logica sistemica, le articolazioni in staff, a valenza amministrativa o sanitaria, possano offrire un fattivo supporto, coordinato e coerente rispetto ai molteplici progetti aziendali esistenti e futuri.



Il crescente rilievo che, nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, assumono le funzioni direzionali di staff, ha reso quindi necessario un coordinamento complessivo che migliori la qualità globale delle attività di supporto alla Direzione aziendale e delle attività tecno-strutturali di pertinenza degli uffici e servizi in staff nonché del Settore Punti di accoglienza e Punti informativi.

Delibera del Direttore Generale 6 aprile 2011, n. 116 "Adesione all'Accordo di Programma per la gestione da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia delle attività connesse all'Unità Logistica Centralizzata (ULC) di Area Vasta, struttura posta nel Comune di Reggio Emilia, di proprietà delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord"

L'accordo di programma regola le modalità di collaborazione tra le Aziende sanitarie proprietarie della struttura per il finanziamento e la gestione delle attività connesse all'Unità logistica centralizzata (ULC) per la gestione dei farmaci individuando i diritti e doveri reciproci in conformità alle intese preliminari raggiunte e del rinvio operato nell'Accordo relativo all'intervento edilizio.

Delibera del Direttore Generale 1 agosto, n.211 "Adozione del nuovo regolamento aziendale per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo"

All'interno dell'area ospedaliera il divieto di fumo si applica in tutti gli ambienti dove vengono esercitate le attività di diagnosi, cura e prevenzione, nonché qualsiasi altra attività di carattere socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale. Sono compresi tutti i locali chiusi facenti parte delle strutture (atri, ingressi, vie di fuga, archivi, biblioteche, servizi igienici, depositi, ascensori, scale di disimpegno, ecc.), le aree aperte immediatamente limitrofe agli accessi e le aree comuni (scale, sotterranei, scale antincendio, porticati, balconi ecc.). Le zone soggette a divieto sono indicate con adeguata segnaletica. I direttori di struttura complessa o servizio e i responsabili di struttura semplice sono chiamati a vigilare sull'osservanza del divieto nei locali a uso delle strutture. In particolare, dovranno individuare con atto formale i soggetti ai quali spetta accertare e contestare le infrazioni; qualora non provvedano, spetta a loro esercitare direttamente tale attività. Adeguati corsi di formazione saranno dedicati agli agenti accertatori.

Delibera del Direttore Generale 24 ottobre 2011, n. 261 "Patrocinio legale dei dipendenti – Approvazione del nuovo Regolamento aziendale"

Gli articoli 25 del C.C.N.L. Dirigenza medica e veterinaria dell'8 giugno 2000 e del C.C.N.L. della Dirigenza S.P.T.A. della stessa data prevedono il patrocinio legale a carico delle aziende per i dirigenti delle rispettive aree di contrattazione "ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio". Analoga regolamentazione è posta dall'art. 26 del C.C.N.L. Comparto sanità del 20 settembre 2001 in favore dei dipendenti del comparto. La delibera modifica il vigente regolamento al fine di disciplinare organicamente l'istituto del patrocinio legale per i dipendenti dell'Ospedale di Parma in attuazione dei sopraccitati articoli di entrambi i Contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza e del comparto sanità. Il nuovo regolamento disciplina la delicata materia in maniera omogenea e coerente alle esigenze aziendali e dei professionisti interessati.

Delibera del Direttore Generale 14 novembre 2011, n. 278 "Istituzione presso il Servizio attività economiche e di approvvigionamento dell'articolazione organizzativa "Coordinamento acquisizione e gestione beni di investimento (Agbi)"

La creazione di un'apposita articolazione all'interno del Servizio Attività economiche e di approvvigionamento consente la possibilità di:

- omogeneizzare le procedure di acquisto di diversa natura (forniture, servizi, lavori) e tipologia (gara sopra e sotto soglia comunitaria, acquisti in economia) dei beni di investimento;
- sovrintendere e monitorare alle procedure per la concessione ed erogazione dei finanziamenti previsti nel Programma regionale di investimenti in sanità, in collaborazione con il Servizio Bilancio e Finanze e dei RUP individuati dalla Direzione Aziendale;
- supportare i RUP, all'interno del Dipartimento, relativamente all'intero iter amministrativo di lavori, servizi e forniture, dalla decisione (delibera) di impegno di spesa, alla gara, all'ordine alla ditta aggiudicataria, all'autorizzazione dei subappalti, alla verifica dei DURC, alla gestione delle fatture, fino al collaudo e all'inserimento in inventario del bene. A tale struttura organizzativa sono state trasferite le funzioni precedentemente assegnate all'Ufficio dipartimentale per la Gestione del Patrimonio, nonché le funzioni svolte dal settore amministrativo del Servizio Attività Tecniche e Logistiche.



1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

Nell'ambito del sistema di relazioni con l'Università, al fine di definire meglio il contesto nel quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria opera, vengono brevemente richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i Corsi di laurea, attualmente sono in essere 16 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria), 1 di laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, 10 triennali delle professioni sanitarie (Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Ortottica ed Assistenza oftalmologica, Ostetricia, Tecniche audiometriche, Tecniche audioprotesiche, Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di radiologia medica per Immagini e radioterapia), 1 di laurea magistrale interfacoltà (Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche), 1 di laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie (Scienze delle attività motorie, sport e salute), 1 di laurea magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

Il numero complessivo degli studenti iscritti nei Corsi di laurea supera le 3800 unità, di cui circa il 28% residenti nella provincia di Parma, il 20% residenti infraregione, il 45% residenti fuori regione, e il 7% stranieri. Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, sono in essere 40 corsi, di cui 18 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi. A seguito del riassetto delle Scuole di specializzazione generato dal DM. 1 agosto 2005, attualmente le Scuole autonome sono 17; 5 sono le Scuole aggregate la cui sede amministrativa è Parma e 18 le Scuole aggregate aventi come sede amministrativa un altro Ateneo. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'a.a. 2010-2011 è pari a 529. Per quanto concerne l'a.a 2011-2012, l'assegnazione dei contratti di formazione alle Scuole di specializzazione è stata determinata a seguito dell'emanazione del D.M. del 10 aprile 2012 che ha stabilito la data di inizio delle attività didattiche al 5 luglio 2012. Il concorso per l'ammissione dei medici in formazione specialistica ai corsi dell'a.a. 2011-2012 si svolgerà circa alla metà del mese di giugno.

Per quanto riguarda i Corsi di dottorato post-laurea sono attivi 12 dottorati con un numero complessivo di dottorandi superiore a 100. Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2011 ne sono stati attivati 6 con un numero di partecipanti pari a circa 70. Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento. Nell'anno 2011 ne sono stati effettuati 12 con un numero complessivo superiore a 600 partecipanti.

Data l'incompatibilità di iscrizione a più di un corso di studio, si deduce che nel complesso il numero di persone iscritte a corsi di laurea e post-laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma è pari a circa 5000.

Da questa breve descrizione delle macro attività didattiche, si evince una sostanziale stabilità della programmazione universitaria della Facoltà, con un lieve potenziamento dell'offerta formativa e del numero complessivo di studenti iscritti. Anche per l'immediato futuro, le linee di sviluppo della programmazione didattica non prevedono tanto uno sviluppo quantitativo, peraltro calmierato dalle norme nazionali che impongono un numero programmato di studenti per tutti i corsi universitari di ambito sanitario, quanto piuttosto una ridefinizione e rimodulazione in senso qualitativo, secondo quanto previsto da alcune specifiche normative di recente emanazione riguardanti i Corsi di laurea (in particolare il decreto ministeriale n. 270 del 22 ottobre 2004 e successivi decreti attuativi), le Scuole di specializzazione (in particolare il decreto del 1 agosto 2005 e successivi decreti attuativi), la docenza universitaria (in particolare la legge n. 230 del 4 novembre 2005) e la legge 240/2010 recante "Norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario" cosiddetta "legge Gelmini".

Il complesso di queste recenti normative nazionali, che vanno a raccordarsi con le normative regionali (in particolare la legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004) e ai conseguenti accordi attuativi locali già realizzati a Parma, spingono verso scenari nuovi anche nell'ambito dello sviluppo della programmazione didattica e della gestione della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

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

In termini quantitativi si prevede:

1. la riduzione degli attuali 16 Corsi di laurea a 15 (non attivazione del Corso di laurea in audiometria);
2. il mantenimento degli attuali 40 corsi delle Scuole di specializzazione;
3. il mantenimento degli attuali corsi di Master e l'attivazione di nuovi Master nell'ambito delle professioni sanitarie;



4. il mantenimento degli attuali Corsi di perfezionamento.

In termini qualitativi si prevede:

- la revisione dei corsi di Dottorato con la creazione di un'unica scuola di dottorato in Medicina e Chirurgia;
- una maggiore integrazione tra le funzioni didattiche, di ricerca ed assistenza in un'ottica di rete e di sistema con il SSR e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento;
- una revisione dell'offerta formativa e una rimodulazione organizzativa di tutti i Corsi di laurea alla luce di quanto disposto dal D.M. n. 270 del 22.10.2004 e successivi decreti attuativi, con l'intento della semplificazione, razionalizzazione, migliore utilizzo del corpo docente ed incremento della produttività studentesca;
- un riassetto di tutte le Scuole di specializzazione alla luce di quanto disposto dal Decreto ministeriale del 1 agosto 2005 e successivi decreti attuativi, con l'intento di migliorare e ulteriormente qualificare il percorso professionale dei medici in formazione;
- un'estensione della collaborazione con l'Azienda USL di Parma, con le Aziende sanitarie di Reggio Emilia e Piacenza e con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sia per gli aspetti didattici che per la ricerca in campo clinico, in una logica di area vasta dell'Emilia ovest.

Per quanto riguarda il personale docente afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, considerato che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca dei docenti, si rappresenta l'entità del personale docente operante nell'anno 2011 presso i Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale stipulato tra l'Azienda e l'Università in data 18.12.2006.

Tabella 1 Docenti universitari in servizio presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia alla data 31.12.2011

Facoltà Medicina e Chirurgia	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Assistenti ordinari
Personale docente afferente alla Facoltà	48	63	93	1
di cui inseriti in attività assistenziali nei DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	32	48	65	0

Tabella 2 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2011 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2011	5	1	5	4**	11**	1***	0	0

**Nelle cessazioni dei ricercatori e nelle assunzioni dei proff di II fascia sono conteggiate n. 3 nomine a professore di II fascia

***Nelle assunzioni dei ricercatori non è conteggiato n.1 ricercatore nominato nel mese di dicembre 2010 ma inserito in attività assistenziale presso l'Azienda in febbraio 2011

Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2011 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia inseriti in attività assistenziale presso i DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Inseriti in attività assistenziale	Cessati	Inseriti in attività assistenziale	Cessati	Inseriti in attività assistenziale	Cessati	Inseriti in attività assistenziale
2011	3	1	3	1	6	2	0	0

Per particolari esigenze assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca l'Università, ai sensi dell'art. 2 del D. Lgs. 517/99 e dell'art. 14 del Protocollo d'intesa Regione-Università, concorda con la Regione l'utilizzo di ulteriori strutture pubbliche e/o di strutture assistenziali private.



Entro tale contesto sono in essere le seguenti convenzioni:

- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda USL di Parma per lo sviluppo di attività di didattica e di ricerca in materia orto-geriatrica presso l'Unità Operativa di Ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Fidenza-San Secondo Parmense;
- convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, la Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus di Milano, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda USL di Parma, per l'utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, della struttura assistenziale Centro "S.Maria dei Servi" della Fondazione Don Carlo Gnocchi con sede in Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca individuate nell'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiovascolare di tale Centro.

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e le Facoltà di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative.

Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato.

Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie, a fronte di 149 docenti universitari (di cui 25 di altre Facoltà) partecipano all'attività di docenza con incarico di insegnamento ufficiale 289 professionisti del SSR (98 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - 89 dell'Azienda USL di Parma - 102 dell'Azienda USL di Piacenza).

Partecipano all'attività di docenza con incarichi di didattica integrativa 85 professionisti del SSR (78 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - 3 dell'Azienda USL di Parma - 4 dell'Azienda USL di Piacenza)

Le funzioni di tutorato sono svolte da 32 tutor d'anno (21 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 4 dell'Azienda Usl di Parma, 7 dell'Azienda USL di Piacenza), cui si aggiungono 800 professionisti con funzioni di tutor per il tirocinio clinico.

Assumono funzione di coordinamento o direzione di corso 7 coordinatori teorico-pratici, di cui 4 della nostra Azienda, 1 dell'Ausl di Parma e 2 dell'Ausl di Piacenza.

Relativamente ai corsi di laurea delle professioni mediche fanno parte del corpo docente 11 professionisti del SSR di cui 9 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e 2 dell'Azienda USL di Parma con incarichi di didattica integrativa.

Si segnala infine il particolare apporto reso dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nell'ambito dei processi di formazione post laurea degli specializzandi.

Nell'anno accademico 2010-2011 n. 240 dirigenti ospedalieri hanno svolto attività di docenza e tutorato per le Scuole di Specializzazione di area sanitaria medico-chirurgica. Il dettaglio viene riportato nel cap. 3.6 di questo volume dedicato *all'Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*.

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

Il concorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma allo sviluppo dei percorsi formativi post laurea si realizza anche attraverso l'attivazione di rapporti di collaborazione con altre Università per lo svolgimento di attività didattiche integrative.

Nel merito si elencano le seguenti convenzioni:

- convenzione con l'Università di Verona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica, per attività di didattica integrativa presso l'unità operativa di Chirurgia pediatrica,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia, Scuola di specializzazione in Chirurgia pediatrica
- convenzione con l'Università di Ferrara, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Radiodiagnostica,
- convenzione con l'Università di Ferrara, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Genetica Medica,
- convenzione con l'Università di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Neurochirurgia,
- convenzione con l'Università di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Neurochirurgia.



Sempre ai fini di didattica integrativa è attiva la convenzione con la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Parma per quanto attiene la Scuola di specializzazione in Farmacia ospedaliera e la convenzione con l'Università Sacro Cuore di Roma, per quanto attiene la Scuola di specializzazione in Fisica medica

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

Con analoga finalità, sono stipulate convenzioni che prevedono la messa a disposizione del personale e delle strutture aziendali per i diversi tirocini degli studenti e dei laureati. L'elenco che segue riporta le convenzioni stipulate con l'Università per tirocini e attività di didattica integrativa, nel periodo antecedente il 2009:

- convenzione con Politecnico di Milano per studenti e/o laureati e/o diplomati,
- convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano per lo svolgimento di tirocini di formazione e orientamento,
- convenzione quadro con l'Università degli Studi di Firenze per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento,
- convenzione quadro con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Psicologia per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento da parte di studenti, laureandi e neolaureati della Facoltà stessa e di altri corsi di studio dell'Università di Bologna,
- convenzione con l'Università di Genova, Facoltà di Medicina e Chirurgia, corso di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie tecniche assistenziali, per lo svolgimento del tirocinio di formazione e aggiornamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pisa, Dipartimento dei trapianti e delle nuove tecnologie in medicina, Divisione di Chirurgia generale e dei Trapianti U.O. Trapiantologia Epatica Universitaria per lo svolgimento di tirocini formativi e di orientamento da parte di studenti iscritti al Master di 1° livello in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti",
- convenzione unica con l'Università degli Studi di Parma per lo svolgimento di tirocini di orientamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Parma, Facoltà di Farmacia per lo svolgimento del tirocinio professionale,
- convenzione con l'Università di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento del tirocinio di formazione e aggiornamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Siena per tirocinio di formazione e orientamento,
- convenzione con l'Università degli Studi di Pavia per tirocinio formativo e di orientamento,
- convenzione con l'Università di Pisa, Facoltà di Lettere e Filosofia, per tirocinio formativo e di orientamento.

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

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

Di seguito, sono riportate le convenzioni stipulate nel corso del 2010:

- convenzione con la Libera Università San Pio V di Roma per lo svolgimento di attività di tirocinio e orientamento;
- convenzione con l'Università degli Studi di Milano Bicocca per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo e di orientamento;
- convenzione con l'Università Carlo Cattaneo di Castellana (VA), per lo svolgimento di attività di tirocinio di formazione e orientamento;
- convenzione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia per lo svolgimento di attività di tirocinio e orientamento;
- convenzione con l'Università di Modena e Reggio, Facoltà di Bioscienze e Biotecnologie per lo svolgimento di attività di tirocinio e orientamento;



- o convenzione con l'Università degli Studi di Cagliari per lo svolgimento di attività di tirocinio e orientamento.

Infine, sono riportate le convenzioni stipulate nel corso del 2011:

- o convenzione unica con l'Università di Parma – Facoltà di Psicologia - per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo post-lauream;
- o convenzione con l'Università degli Studi di Milano – Laurea magistrale in scienze delle professioni sanitarie tecno-diagnostiche;
- o convenzione con l'Università degli Studi di Milano – Laurea magistrale in scienze delle professioni sanitarie tecno-diagnostiche;
- o convenzione quadro con l'Università di Roma "La Sapienza" per lo svolgimento di attività di tirocinio e orientamento.

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

Sulla base dei dati presenti nella banca dati regionale, è possibile fornire alcuni elementi utili a descrivere il quadro generale in cui l'attività ospedaliera della provincia di Parma si colloca e con cui si confronta, al fine di verificare i risultati raggiunti rispetto alle indicazioni contenute nella programmazione sanitaria per il 2011 del Piano sociale e sanitario regionale.

Dall'analisi del tasso di ospedalizzazione standardizzato (compresa la mobilità passiva extraregionale e considerando complessivamente regime ordinario e day hospital) emerge che la provincia di Parma registra, negli ultimi tre anni, un trend in forte decremento. Nel corso del 2011, infatti, il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età della provincia di Parma, ha registrato rispetto all'anno precedente un decremento complessivo di circa 7 punti, passando da 180 per mille abitanti del 2010 a 173 del 2011, consolidando il trend degli ultimi anni (tabella 4 e grafico 1). La riduzione è prevalentemente concentrata sul regime ordinario, che passa da 131 del 2009 a 126 del 2011 ponendosi ad un livello inferiore anche alla media regionale. Tale decremento è probabilmente riconducibile allo sforzo comune delle due Aziende sanitarie della provincia di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL, di veicolare alcune attività sanitarie, prima effettuate in regime di degenza verso forme assistenziali più appropriate. Per il day hospital si osserva un valore superiore alla media regionale, in ragione di un maggior numero di ricoveri sia chirurgici che medici.

In merito all'attività di ricovero, è importante rilevare che tra le Aziende USL sul cui territorio insiste l'Azienda ospedaliera, l'Ospedale di Parma è quello al quale ricorre la maggior quota di cittadini (il 50% della popolazione parmigiana, tabelle 5 e 6) con un valore stabile rispetto agli anni precedenti; inoltre, dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (tabella 6), è possibile desumere che la percentuale di cittadini che si rivolge a strutture extra provincia risulta più bassa (13%) della media regionale (17%). L'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma nel 2011 è pari al 19% del totale dell'attività, in incremento rispetto agli anni precedenti, e significativamente superiore a quella rilevata a livello regionale dove rappresenta l'11% dei ricoveri (grafici 2 e 3).

Tabella 4 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2009-2011

Anno	Provincia di Parma					Medie regionali				
	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH
		Med.	Chir.	Tot. Day hospital			Med.	Chir.	Tot. Day hospital	
2009	131	25	24	49	181	133	21	23	44	177
2010	131	24	26	49	180	131	21	23	44	175
2011	126	23	25	47	173	128	20	22	42	170

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna - 13° invio.

Sono esclusi i neonati sani. Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2010 in contestazione.

I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2011.

La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2010.



Grafico 1 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione, anni 2010-2011

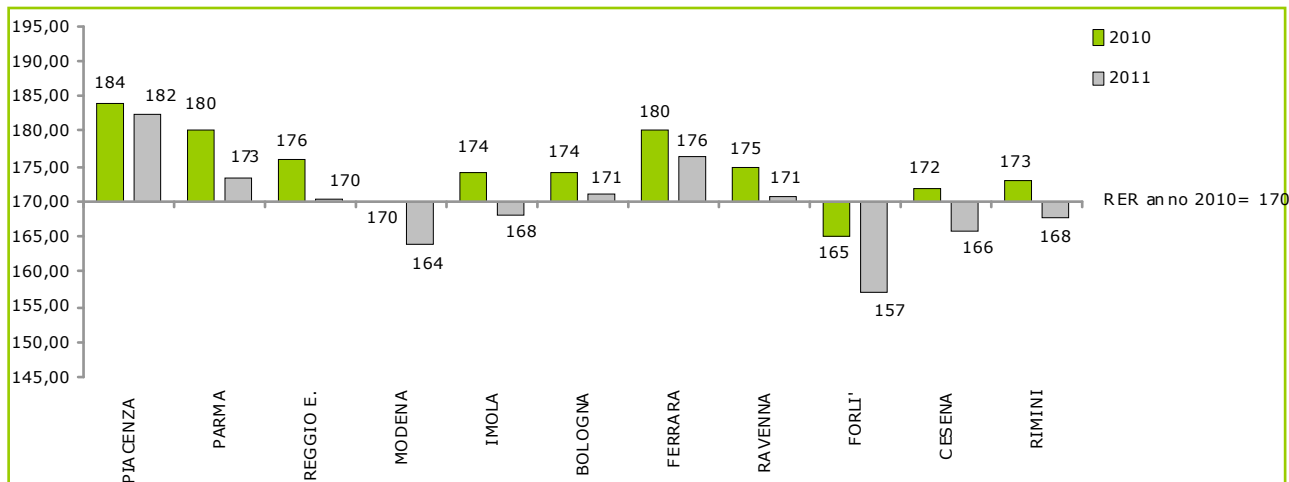


Tabella 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2009-2011

Anno	% ricoveri presso presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso presidi AOU di Parma	% totale ricoveri entro la provincia	% ricoveri in altre province RER		% ricoveri fuori regione	% totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2009	18	17	51	86	5	1	9	100
2010	18	18	50	86	5	0,6	8	100
2011	18	19	50	87	5	0,6	8*	100

Fonte: Banca dati SDO - 13° invio.

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2010 in contestazione.

* la percentuale si riferisce al calcolo realizzato sui dati 2010, non essendo ancora disponibili i dati 2011.

Tabella 6 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anno 2011 - confronto Parma e RER

AUSL PR pub	AUSL PR priv	AOU PR	Altre Az. RER pub	Altre Az. RER priv	Az. Extra RER	AUSL pub	AUSL priv	AOSP	Altre Az. RER pub	Altre Az. RER priv	Az. Extra RER
18	19	50	5	0,6	8	47	11	26	9	2	6

Fonte: Banca dati SDO - 13° invio.

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2010 in contestazione.

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2011

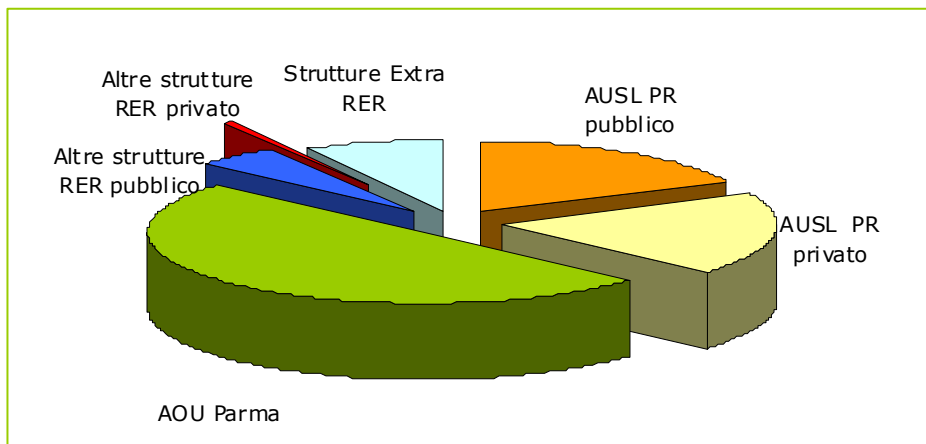
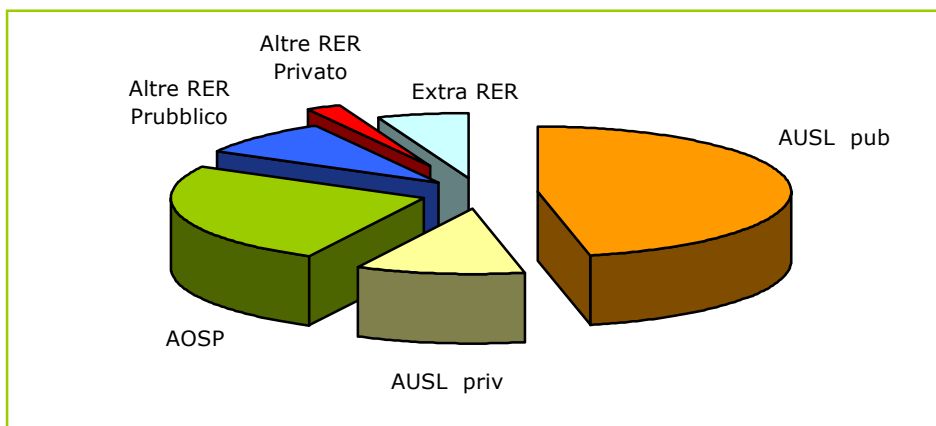




Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2011



La capacità di attrazione di un ospedale viene espressa mediante l'indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2011 ha mantenuto stabile l'indice di attrazione rispetto all'anno precedente. Si rileva anche nel 2011 una tendenza al decremento a livello delle aziende ospedaliere della regione che nel corso del triennio passano da 17% di pazienti, nel 2009, provenienti da altre regioni a 16% (si vedano la tabella 7 e i grafici 4 e 5).

Tabella 7 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione – confronto AOU Parma e Aziende ospedaliere della RER, anni 2009-2011

Anno	Aziende ospedaliere di ricovero	Popolazione residente			
		nel distretto AUSL in cui è allocato l'ospedale	in altro distretto stessa AUSL	nel territorio altre AUSL RER	fuori RER e estero
2009	AOU PR	47,6	30,2	10,5	11,7
	AOSP RER	45,5	28,4	9,1	17
2010	AOU PR	47,7	31	10,5	10,8
	AOSP RER	45,6	28,6	9,3	16,6
2011	AOU PR	47,8	30,9	10,6	10,7
	AOSP RER	45,4	29,2	9,3	16,1

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

Note: sono esclusi i neonati sani

Grafico 4 Regime di ricovero: indice di dipendenza della struttura ospedaliera di Parma dalla popolazione della provincia, anno 2011

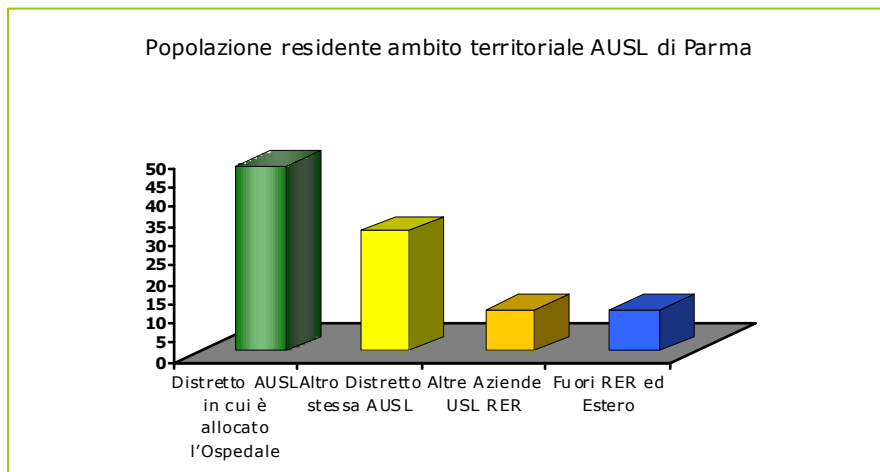
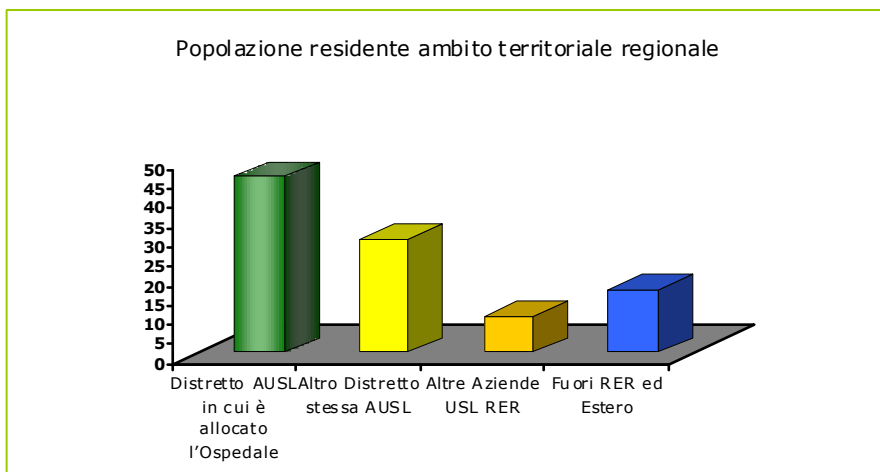




Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2011



Relativamente all'attività erogata in regime ambulatoriale (tabella 8 e grafici 6 e 7), per l'analisi dei bisogni della popolazione, è stato scelto un indicatore sovrapponibile a quello utilizzato per i ricoveri: l'indice di consumo (numero di prestazioni annuali per 1000 residenti) standardizzato per età, al fine di consentire il confronto fra il dato provinciale e il dato complessivo regionale (non influenzato dalla diversa distribuzione per età della popolazione). Complessivamente, in provincia di Parma il consumo di prestazioni ambulatoriali risulta uno dei più bassi a livello regionale.

Tabella 8 Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione, anni 2009-2011

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
2009	PR	1.354	9.586	385	452	1.592	13.369	3.783
	RER	1.500	11.249	453	494	1.479	15.175	3.926
2010	PR	1.377	9.522	401	467	1.565	13.333	3.811
	RER	1.532	11.280	452	473	1.497	15.234	3.953
2011	PR	1.386	9.081	448	496	1.597	13.007	3.927
	RER	1.526	11.087	437	475	1.499	15.025	3.938

Fonte: Banca dati ASA

Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2011

Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2010

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2011

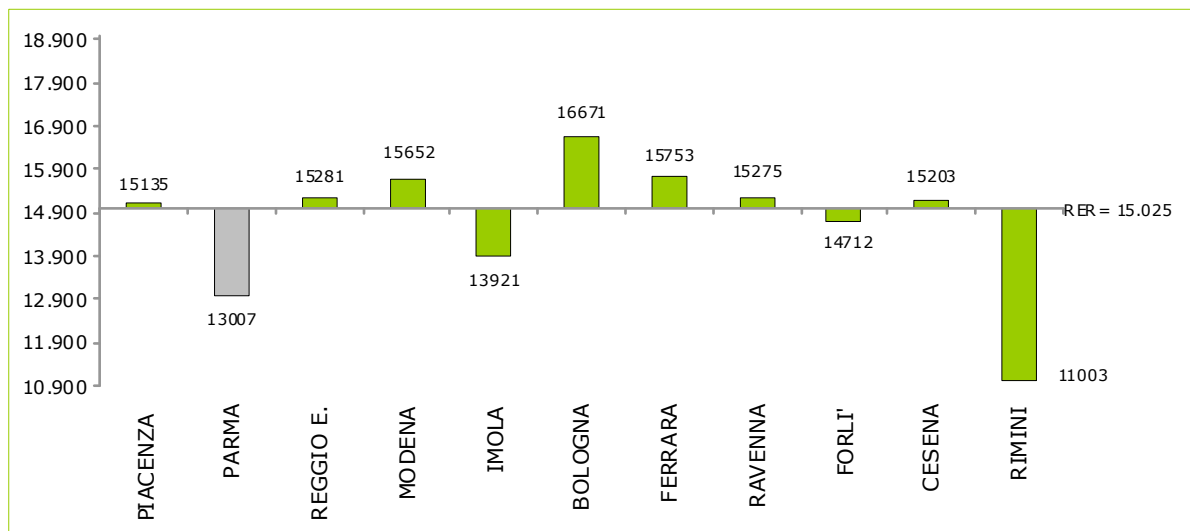
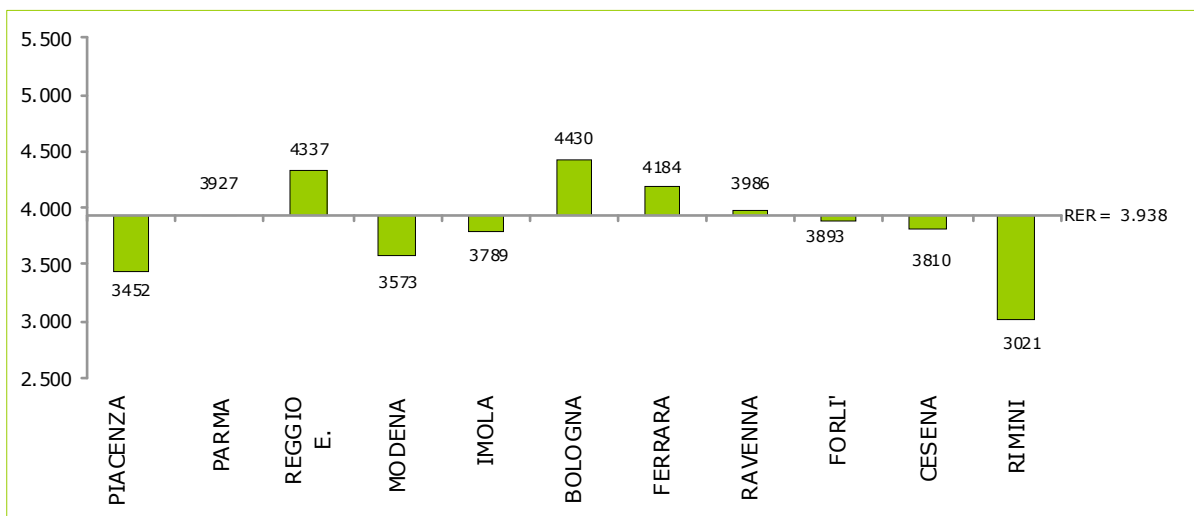




Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2011



Dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione (tabella 9), si evince che i parmigiani si rivolgono in modo significativo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria del capoluogo di provincia, che eroga il 42% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti, contrariamente al dato medio regionale, in cui le Aziende UsI emergono come i maggiori erogatori a favore dei cittadini residenti (65% delle prestazioni).

Un altro indicatore di particolare interesse è l'indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dalla popolazione, dal quale si evince che l'AOU di Parma eroga il 52% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto (tabella 10 e grafico 10).

Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2009-2011

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda ospedaliera che insiste sul territorio	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2010)
2009	PR	48,0	42,4	4,1	5,6
	RER	65,5	22,4	7,2	4,9
2010	PR	49	42,6	3,7	4,6
	RER	66,3	21,9	7,2	4,6
2011	PR	49,7	42,1	3,4	4,8
	RER	65,4	22,5	7,1	5,1

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

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

Nota: Non sono disponibili i dati di mobilità passiva per l'anno corrente. Sono stati utilizzati i dati dell'anno 2010

Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2011

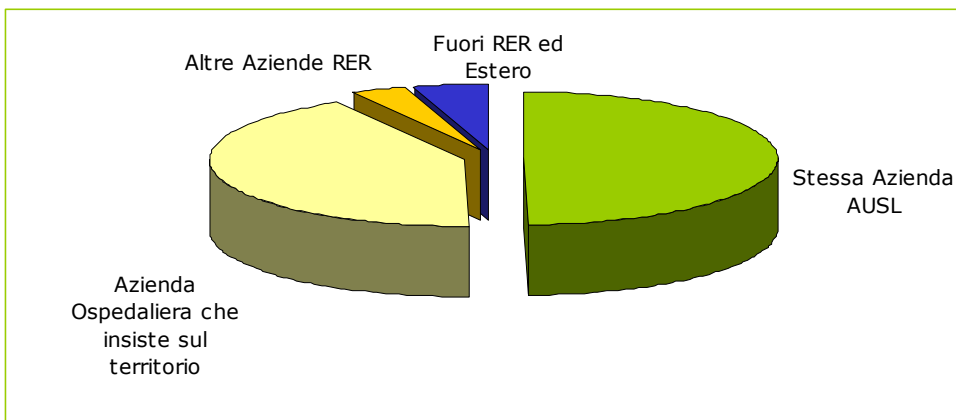




Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2011

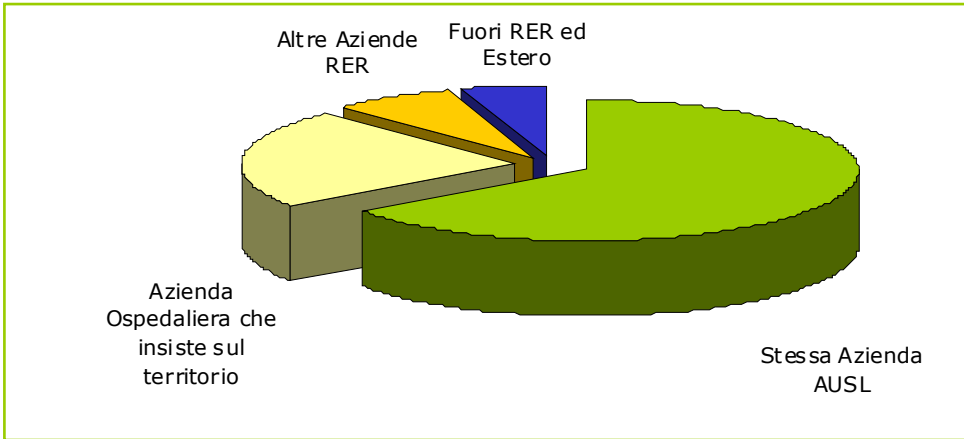


Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2009-2011, tutte le prestazioni

Anno	Aziende Ospedaliere di ricovero	Popolazione residente			
		Distretto AUSL in cui è allocato l'Ospedale	Altro distretto stessa AUSL	Altre AUSL RER	Fuori RER e Estero
2009	AOU PR	51	28	9	12
	AOSP RER	52	30	8	11
2010	AOU PR	51	28	8	12
	AOSP RER	51	30	8	11
2011	AOU PR	52	29	8	11
	AOSP RER	51	31	8	10

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

Grafico 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dalla popolazione, anno 2011

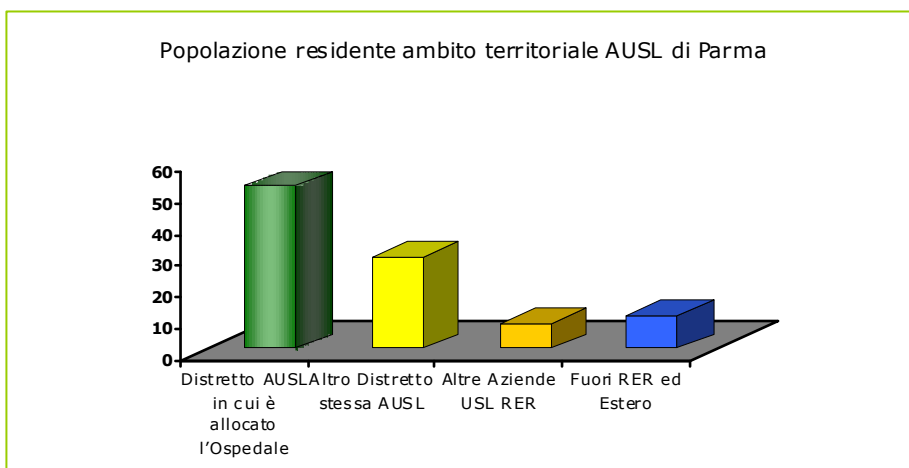
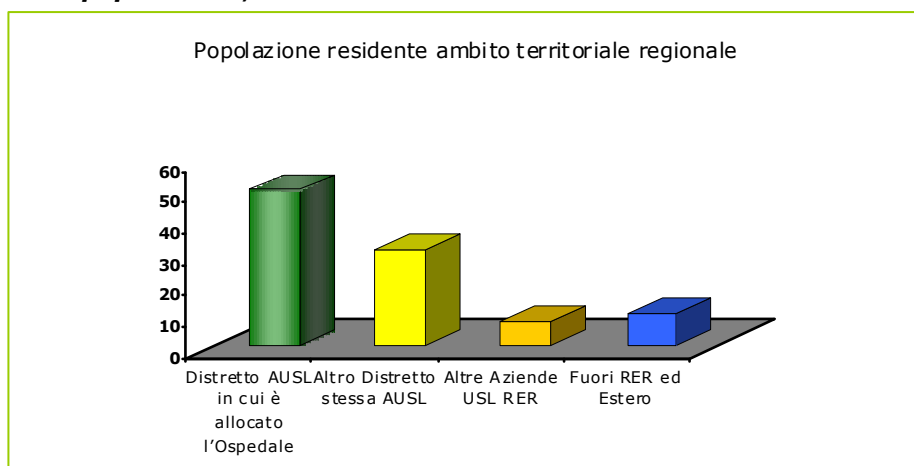




Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2011



1.4 Accordo di fornitura

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda UsI e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sottoscritto il 28.08.2008 con validità pluriennale, prevede la fornitura di diverse attività e servizi, disciplinati da specifici allegati, in cui, per ciascuna delle attività, sono previsti volumi e tipologie di prestazioni, criteri assistenziali e modalità di organizzazione dell'assistenza, coerenti con il bisogno di salute dei cittadini residenti nella provincia di Parma e con i requisiti di qualità, appropriatezza, accessibilità ed economicità definiti all'interno dello stesso accordo e in attuazione degli indirizzi dettati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Parma nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e della pianificazione attuativa locale.

I contenuti e le modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi oggetto dell'accordo sono disciplinati da specifici allegati facenti parte integrante dell'accordo stesso:

1. prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero,
2. prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio, di specialistica e di riabilitazione ambulatoriale,
3. monitoraggio e controllo della prescrizione di presidi sanitari per diabetici, dell'ossigeno-terapia domiciliare e della nutrizione enterale,
4. somministrazione diretta dei farmaci,
5. fornitura di sangue, emocomponenti ed emoderivati,
6. organizzazione dell'emergenza urgenza territoriale,
7. prestazioni di laboratorio inviate dai punti prelievo dell'Azienda USL all'Azienda Ospedaliero-Universitaria,
8. fornitura di prestazioni specialistiche ed ospedaliere e distribuzione diretta di farmaci a cittadini stranieri non iscritti al S.S.N..

Per gli ambiti individuati sono previsti specifici obiettivi ed indicatori di verifica. Di seguito si dettagliano gli aspetti di maggior rilievo. Gli obiettivi prioritari indicati per l'ambito 1, "Prestazioni erogate in regime di ricovero ospedaliero", sono:

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

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

- mantenimento dei volumi produttivi delle prestazioni nel rispetto dei tetti di spesa,



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

Per quello che attiene all'ambito 3, gli obiettivi generali si riferiscono alla necessità, concordata dalle due Aziende sanitarie, di adottare linee guida e protocolli condivisi per uniformare le procedure di prescrizione relativamente ai presidi sanitari per diabetici, all'ossigeno-terapia domiciliare e alla nutrizione artificiale, al fine di assicurare un efficace governo clinico, legato alla appropriatezza delle prescrizioni, e un adeguato controllo della spesa.

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

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

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

Tale compito si articola attraverso i seguenti obiettivi:

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

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

il sistema di allarme sanitario su tutto il territorio della provincia attraverso la Centrale Operativa,

il sistema di accettazione in urgenza sanitaria attraverso il Servizio di Pronto Soccorso ed il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Viene inoltre istituito un tavolo di monitoraggio e valutazione dell'andamento complessivo del sistema dell'emergenza-urgenza e del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e gestionali, composto dai Direttori Sanitari, dal Referente per l'emergenza-urgenza dell'Azienda USL, dal direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Si rimanda al paragrafo Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza nel capitolo 2, e più precisamente alla parte relativa all'assistenza ospedaliera, per un maggior dettaglio in riferimento al monitoraggio degli specifici indicatori dell'accordo di fornitura.



1.5 Osservazioni epidemiologiche

Attività hub

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

Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il piano sanitario 1999-2001 (D.G.R. 22/7/2002 N. 1267) riconosce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.

Nella tabella seguente sono riportate le reti ufficialmente riconosciute dalla Regione Emilia-Romagna, alle quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma contribuisce attraverso l'attività di funzioni hub di riferimento per un ampio bacino d'utenza, prevalentemente dell'area vasta Emilia nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena).

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

Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Trapianti Organo	Nefrologia, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo (Rene - Rene e Pancreas - Rene da vivente) Ematologia e C.T.M.O. (Midollo osseo)	Rianimazione	Il bacino d'utenza è nazionale. Esiste infatti una lista d'attesa unica regionale per i Trapianti Renali da donatore cadavere, coordinata dal Centro Riferimento Trapianti della RER, a cui afferiscono residenti e non della Regione
Terapia delle Grandi Ustioni	Centro Ustioni	Dipartimento Emergenza-Urgenza	Come si evince dalla rappresentazione grafica delle reti integrate Regionale per la Terapia delle Grandi Ustioni, il Bacino d'utenza territoriale cui si riferisce l'attività Hub del nostro Centro Ustioni è relativo alle province di PC, PR, RE, MO e si completa nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT)
Malattie Cardiache e Cardiocirurgia	Cardiochirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/Interventistica)	Strutture Semplici Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività hub per la funzione Cardiochirurgica e di Cardiologia interventistica e diagnostica sono quelle delle province di PR e PC
Neuroscienze	Neurochirurgia, Neuroradiologia	Neurologia	Le funzioni Hub di Neurochirurgia e Neuroradiologia, integrate funzionalmente, hanno un bacino d'utenza che comprende le province di PR e PC e RE
Terapia dei Grandi Traumi	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel suo complesso in quanto sede riconosciuta di uno dei tre Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) della RER, specificamente quello che copre i territori dell'Emilia nord-occidentale. Per ciascun SIAT si prevede infatti un centro guida detto TRAUMA CENTER o HUB che prevede la presenza di professionalità cliniche (non necessariamente Unità Operative) che garantiscano la presa in carico del paziente traumatizzato		Il Sistema Integrato di Assistenza ai Grandi Traumi (SIAT) della Emilia Nord-occidentale che ha il suo Hub nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, copre i territori di PC, PR e RE



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

Alte specialità riabilitative:			
Riabilitazione gravi mielolesioni		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva		Centro Spina Bifida	
Servizi di Genetica Medica	Genetica Medica - Laboratori di Genetica Molecolare	Genetica Medica- Laboratori di Citogenetica - Servizi clinici di Genetica Medica e di Genetica Oncologica	Il ruolo Hub per la diagnosi di malattie rare, attraverso la struttura di Genetica medica, si estende sui territori di PC e PR
Terapia Intensiva Neonatale	Terapia Intensiva Neonatale		Bacino d'utenza è realtivo alle province di Parma e Piacenza
Sistema Trasfusionale- Piano Sangue		Servizio Immunotrasfusionale	
Assistenza integrata alla persona colpita da Ictus	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma quale Centro autorizzato all'utilizzo della terapia trombolitica		
Sistema Centrali Operative (118), Emergenza Territoriale	Dipartimento Emergenza- Urgenza		La rete è costituita dalla Guardia Medica, dal 118 e dal Pronto Soccorso, e comprende tutte le Associazioni di volontariato impegnate con le proprie ambulanze nella pubblica assistenza. Il bacino d'utenza è la provincia di Parma

Malattie Rare			
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	Centro Emostasi, UO Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		Come risulta evidente dalla rappresentazione grafica della rete per l'Emofilia e le malattie emorragiche congenite, l'Azienda è confermata nel suo ruolo hub unico in tutta la regione
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	Dipartimento Testa-Collo (Struttura Semplice ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Il bacino di riferimento per questa funzione Hub (istituita con Delibera di giunta Regionale n 395/2006) è rappresentato dai territori di PR, PC, RE e BO. Quest'ultima attraverso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna per la sua collocazione baricentrica e per l'estensione del suo bacino di riferimento funge da Spoke per entrambi gli Hub regionali

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



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

Terapia dei Grandi Traumi



H = Hub = Trauma Center (Ospedale Bufalini di Cesena, Ospedale Maggiore di Bologna e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)
S = Spoke = Dea (Dipartimenti Emergenza-Accettazione)

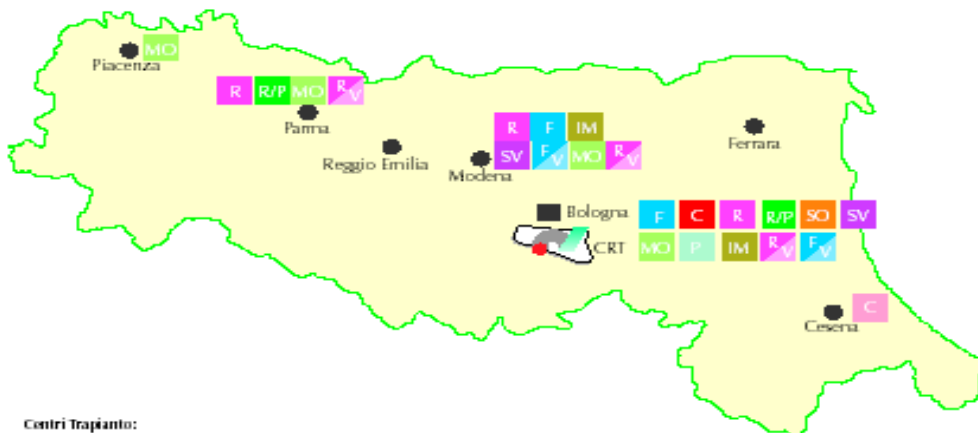
Terapia delle Grandi Ustioni



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

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

Trapianti d'organo

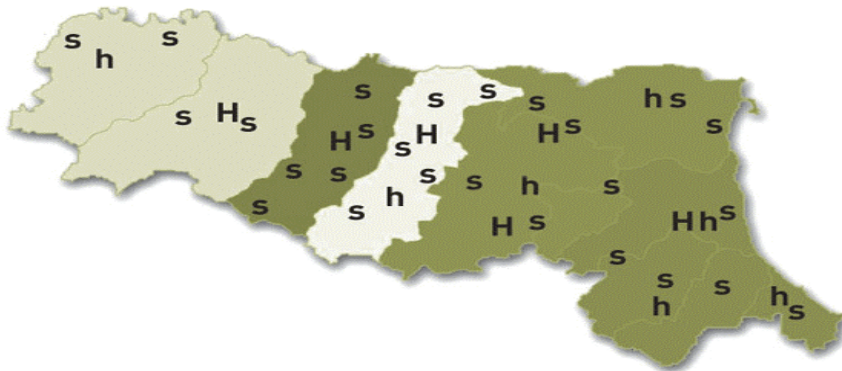


Centri Trapianto:

F Fegato	SO Segmenti Osoei
FV fegato da vivente	SV Segmenti Vascolari
C Cuore	MO Midollo Osoeo
R Rene	IM Intestino-Multiviscerale
R/P Rene / Pancreas	P Polmone
C Cute	RV Rene da vivente



Cardiochirurgia e Cardiologia



H= Hub= cardiocirurgico e sede di emodinamica diagnostica/interventistica
h= sede di emodinamica diagnostica ed interventistica
s= Spoke= Unità Terapia Intensiva Cardiologica
Criteri= Bacini definiti sulla base di fabbisogni stimati e livelli minimi di attività per garantire clinical competence come da accreditamento

Neuroscienze



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

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

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

Servizi di Genetica medica



Servizi Clinici di Genetica Medica
H= Hub= A.O. Ferrara
S= Spoke= A.O. Modena e Parma, AUSL Imola e AUSL Rimini
Laboratori di Citogenetica
H= Hub= A.O. Reggio Emilia, AUSL Imola
S= Spoke= A.O. di Modena, Ferrara e Bologna, Area Piacenza-Parma, Area Cesena-Forlì-Rimini
Laboratori di Genetica Molecolare
H= Hub= A.O. di Ferrara, Modena e Parma
Servizi Clinici di Genetica Oncologica
H= Hub= A.O. Modena
S= Spoke= A.O. di Parma, Bologna, Ferrara; AUSL Forlì



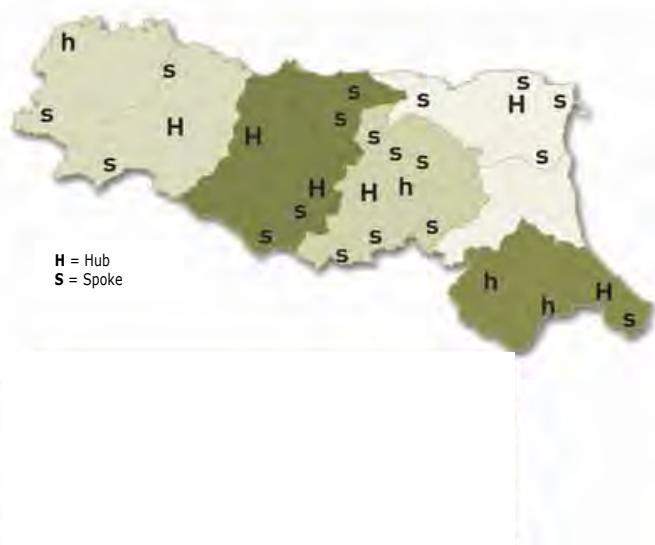
Con deliberazione successiva a quella del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, nel marzo del 2006, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma viene riconosciuta Centro hub per la prevenzione, la diagnosi e la cura della fibrosi cistica, malattia genetica che presenta una notevole rilevanza sociale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

Emofilia e malattie emorragiche congenite



La nostra Azienda è confermata anche nel 2011 nel suo ruolo hub (unico in tutta la regione) per il coordinamento della rete per le malattie emorragiche congenite. Centro di riferimento regionale è il Centro Emofilia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che coordina l'attività di "Centri Emofilia" per garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia. Il Centro di Parma gestisce il "Registro regionale dell'emofilia e delle malattie emorragiche congenite". L'attività dei Centri Emofilia consiste nell'assistenza agli ammalati in tutte le fasi della malattia; nella gestione di percorsi idonei per l'assistenza in ambito locale, e di percorsi dedicati per i ricoveri oltre che per le emergenze.

Terapia intensiva neonatale



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

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entra nella rete integrata dei servizi anche con funzione di 2° livello (spoke), relativamente alla riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione acquisita (progetto Gracer) e delle persone affette da gravi mielolesioni, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina riabilitativa).

Inoltre, partecipa quale Polo tecnologico multifunzionale (Centri hub-spoke) per le disabilità infantili, alla presa in carico delle gravi disabilità motorie dell'età evolutiva attraverso il Centro regionale per la Spina bifida.



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



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



Legenda:

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

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

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

1. Corte Roncati della AUSL di Bologna che comprende:

- Area Ausili (Centro Regionale Ausili "CRA; Centro Ausili Tecnologici "CAT"; Appartamenti Domotizzati)
- Centro per le Disabilità Linguistiche e Cognitive;
- Centro di Medicina Riabilitativa Infantile.

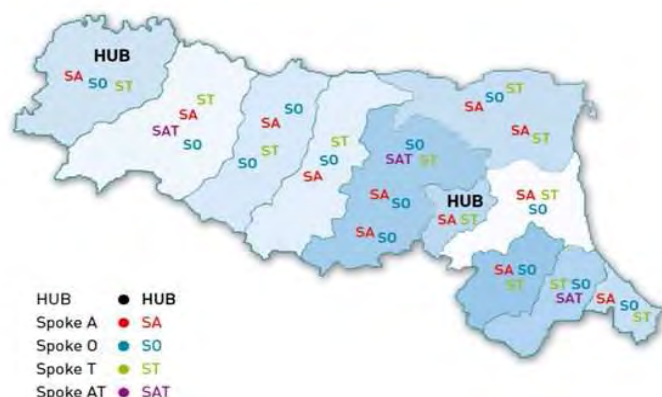
2. Centro regionale per la Spina Bifida della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

3. Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (Ortopedia Pediatrica): per le problematiche ortopediche e neuro-ortopediche dell'infanzia.

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



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



Legenda:

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

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

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

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

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

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

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è parte integrante della rete per l'assistenza integrata alla persona colpita da Ictus. Tale rete ha l'obiettivo di ridurre mortalità e disabilità dopo l'evento acuto. I Centri hub sono i centri autorizzati all'utilizzo della terapia trombolitica e sono istituiti presso le Unità Operative di Neurologia di numerosi ospedali della Regione tra cui il nostro.

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

Per quanto riguarda, infine, gli indicatori utili a descrivere lo stato di salute della popolazione residente e a valutare la distribuzione e l'andamento nel tempo delle varie patologie che costituiscono il quadro epidemiologico del territorio su cui insiste l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si rimanda al paragrafo delle Osservazioni epidemiologiche contenuto nel Bilancio di Missione dell'Azienda AUSL di Parma dove è possibile trovare un'ampia esposizione descrittiva corredata da numerosi grafici e tabelle degli indicatori proposti dallo schema regionale. Secondo l'accezione più tradizionale di epidemiologia gli indicatori riportati in questa sezione esplicitano in modo diretto la frequenza, la distribuzione e i determinanti di salute e malattia della popolazione residente in particolare rispetto agli ambiti della mortalità (principali cause di morte) e della morbosità (patologie e malattie più diffuse).

[link alla pagina del sito dell'Azienda USL di Parma dedicata ai Bilanci di missione <http://www.ausl.pr.it/page.asp?IDCategoria=625&IDSezione=3375&ID=80057>]

Tali informazioni riguardano in modo diretto le priorità di programmazione della azienda sanitaria territoriale in merito all'identificazione dei bisogni assistenziali e alla formulazione di interventi appropriati.



1. Contesto di riferimento

2

Profilo aziendale

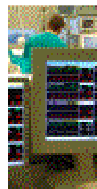
Questo capitolo delinea caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. Rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale.

Il capitolo è articolato su cinque ambiti.

- Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- Impatto sul contesto territoriale
- Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza
- Ricerca e didattica
- Assetto organizzativo







Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

Risultato d'esercizio

Il risultato di esercizio 2011 consente di affermare che l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali sono stati raggiunti. L'esercizio chiude infatti con una perdita pari a 10,5 ml. di euro che risulta inferiore all'equilibrio economico calcolato secondo le disposizioni nazionali.

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 440/2012 ha confermato l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario così come assegnato per l'anno 2011 alle singole Aziende sanitarie con la deliberazione n. 732/2011. A livello regionale, la condizione di equilibrio era stata definita a partire dal risultato di esercizio al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico. A fronte del riconoscimento delle eccedenze di spesa, si è dato atto che l'equilibrio di bilancio doveva comunque essere garantito nella modalità definita a livello nazionale per la verifica degli equilibri regionali. Questa prevede la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni ad utilità pluriennale entrati in produzione negli anni 2010 e 2011.

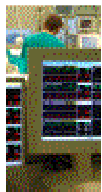
L'obiettivo individuato dalla Giunta Regionale per il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario corrisponde, quindi, a un importo pari all'ammontare delle quote di ammortamento al netto della "sterilizzazione" dei beni durevoli entrati in inventario negli esercizi 2010 e 2011, di 11.077.244 euro. La perdita conseguita nell'esercizio risulta inferiore a questo limite di 576.840 euro.

Verifica del rispetto della condizione di equilibrio		
1	Risultato dell'esercizio 2011 deliberato (+ utile / - perdita)	-10.500.403,46
2	Totale ammortamenti netti di competenza 2011 da Bilancio di esercizio (+)	13.150.317,00
3=(1+2)	Risultato d'esercizio al netto del totale ammortamenti	2.649.913,54
4	Ammortamenti netti sorgenti - Beni entrati in produzione nel corso del 2008	917.014,13
5	Ammortamenti netti sorgenti - Beni entrati in produzione nel corso del 2009	1.164.702,70
6	Ammortamenti netti sorgenti - Beni entrati in produzione nel corso del 2010	1.172.563,04
7	Ammortamenti netti sorgenti - Beni entrati in produzione nel corso del 2011	900.510,13
8=(4+5+6+7)	Totale ammortamenti netti sorgenti (+)	4.154.790,00
9=(3-6-7)	Verifica equilibrio NAZIONALE Bilancio dell'esercizio 2011	576.840,37

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Risultato netto d'esercizio	-10.841	-9.686	-10.500

I valori sono espressi in migliaia di euro

L'incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto d'esercizio (ROC), indicatore che tiene esclusivamente conto dei componenti positivi e negativi di reddito scaturiti dall'attività caratteristica



ovvero tipica dell'Azienda, evidenzia come nell'esercizio 2011 questi abbiano inciso in misura ancora maggiore sul risultato netto rispetto agli anni precedenti. Infatti, i proventi e gli oneri finanziari nell'anno 2011 mostrano una lieve flessione in relazione soprattutto agli ulteriori minori interessi passivi su debiti commerciali rispetto all'esercizio precedente. Anche i proventi straordinari hanno registrato nell'esercizio 2011 un decremento per quanto riguarda le sopravvenienze attive e insussistenze del passivo straordinarie e, in particolare, per le minori erogazioni liberali da imprese rispetto agli anni precedenti.

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-55%	-69%	-75%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	-45%	-31%	-25%

Percentualmente, nel triennio 2009-2011, i risultati della gestione caratteristica dell'Azienda (ROC) rispetto ai ricavi disponibili si sono mantenuti costanti. Il trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda, ottenuto dal rapporto tra il risultato della gestione caratteristica (ROC) e i ricavi disponibili, è influenzato dall'andamento sia del risultato operativo caratteristico sia dei ricavi disponibili nei diversi esercizi.

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Risultato della gestione caratteristica / Ricavi disponibili	-2%	-2%	-2%

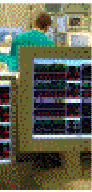
L'indicatore di redditività operativa, dato dal rapporto tra il reddito operativo e il livello dei ricavi, risulta invariato rispetto agli esercizi precedenti. Pertanto, l'Azienda ha mantenuto la propria efficienza economica nel corso del triennio 2009-2011.

Proventi e ricavi d'esercizio

Complessivamente, nell'esercizio 2011 i ricavi disponibili sono stati pari a 349,1 ml. di euro. Rispetto all'esercizio precedente si evidenzia un incremento dell'1% (+3,5 ml. di euro) e del 1,3% (+4,6 ml. di euro). L'incremento registrato è il risultato di differenze positive e negative rispetto ai valori dei bilanci consuntivi degli anni precedenti. In particolare, rispetto allo scorso anno, sono incrementati i contributi in conto esercizio, i rimborsi per cessione di beni di consumo, le sopravvenienze attive e insussistenze ordinarie del passivo e la compartecipazione alla spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale a seguito dell'entrata in vigore dal 28 agosto 2011 della Delibera di Giunta Regionale n. 1190/2011.

Per quanto riguarda invece l'aggregato specifico "proventi e ricavi d'esercizio" anno 2011, questo presenta un valore complessivo inferiore dell'1% rispetto all'anno 2010 (-1% pari a -4,25 ml. di euro). Si precisa che il trend dei ricavi di esercizio è fortemente influenzato dai valori relativi all'attività in mobilità che, nel caso di prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate a favore di pazienti residenti nel territorio provinciale, corrispondono a quanto stabilito in sede di Accordo di Fornitura con l'Azienda USL di Parma e non all'effettiva valorizzazione alle tariffe vigenti.

Le voci economiche che compongono l'aggregato (prestazioni tariffate-mobilità, degenze a privati paganti, rette alberghiere, prestazioni ambulatoriali a privati paganti, prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di somministrazione farmaci a stranieri, trasporti sanitari, consulenze, cessione unità di sangue e emocomponenti e emoderivati, sperimentazioni, recupero costi da Azienda USL per Centrale Operativa e Punto di prima accoglienza, attività libero professionale, eccetera) evidenziano, come da Accordo di Fornitura sottoscritto con l'Azienda territoriale, un valore complessivo praticamente immutato dei ricavi da prestazioni erogate a favore dei residenti della provincia di Parma rispetto all'esercizio 2010 (-0,5% pari a -1,03 ml. di euro) e un lieve decremento dei ricavi per le attività rese a favore dei residenti delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna in ragione della contrazione degli importi della mobilità (-2% pari a -0,67 ml. di euro). Sono invece in decisa diminuzione rispetto all'esercizio precedente il complesso dei proventi e ricavi relativi ad attività erogate a favore di residenti di Aziende USL di altre Regioni (-9% pari a -2,59 ml. di euro). Occorre precisare che il dato 2011 è in linea con il trend rilevato negli anni precedenti, rispetto ai quali il 2010 è risultato fortemente influenzato dall'attività di somministrazione farmaci a un paziente extra-RER. Presentano scostamenti positivi rispetto al consuntivo 2010, i trasporti sanitari in elisoccorso per pazienti extra-Regione, la cessione di sangue ed emoderivati a ospedali privati e a Aziende Sanitarie della Regione, le prestazioni sanitarie libero-professionali a privati ricoverati e altre prestazioni a privati.



In particolare, i ricavi per prestazioni di degenza ospedaliera hanno nel complesso registrato una flessione (-1% pari a -2,79 ml. di euro) principalmente in relazione alla diminuzione dei valori concordata con l'Azienda USL di Parma in sede di Accordo di Fornitura e, successivamente, in occasione della verifica infra-annuale di settembre (rispetto al 2010 si registrano -2 ml. di euro per i residenti della provincia e -0,5 ml. di euro per l'attività di degenza erogata a favore di stranieri a carico dell'Azienda USL). Si rileva inoltre una flessione dei ricavi per quanto riguarda le prestazioni di ricovero erogate a pazienti residenti in altre Regioni (-1% pari a 0,152 ml. di euro), mentre restano praticamente invariati i valori relativi alle prestazioni per i residenti di altre Province della Regione Emilia-Romagna.

I ricavi per prestazioni di specialistica ambulatoriale rilevano una generale diminuzione dell'1% rispetto all'anno precedente (-0,56 ml. di euro) in ragione dei minori ricavi per prestazioni erogate a favore di pazienti residenti in altre province della Regione Emilia-Romagna o in altre regioni.

Il valore complessivo relativo alla somministrazione diretta farmaci ha riportato un decremento complessivo del 4% pari a -0,94 ml. di euro, evidenziando un aumento di attività per i residenti della provincia di Parma (+10% pari a +1,532 ml. di euro) e una diminuzione dei ricavi per i residenti di altre province (-14% pari a -0,364 ml. di euro) e regioni (-50% pari a -2,586 ml. di euro).

Le consulenze rese in convenzione ad altre Aziende Sanitarie e ad enti pubblici e privati hanno evidenziato un decremento del 2% (-0,03 ml. di euro) e l'attività libero-professionale ha registrato una diminuzione dei ricavi per l'attività di specialistica ambulatoriale pari al 5% (-0,027 ml. di euro).

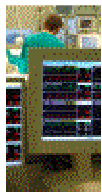
In base all'approvazione dei nuovi schemi di Bilancio (D.G.R. n. 517 del 18 aprile 2011), nell'esercizio 2011 sono state introdotte delle modifiche alla contabilizzazione di alcune attività (compensazione infra-regionale sangue e attività trapiantologica). Preme sottolineare che, per quanto riguarda la compensazione infra-regionale di sangue, emocomponenti e plasmaderivati, i ricavi sono incrementati rispetto all'anno precedente del 10% pari a +0,27 ml. di euro a fronte di una diminuzione dei relativi costi del 16% pari a 0,3 ml. di euro. Nel 2011 l'attività trapiantologia ha registrato complessivamente una flessione pari a -0,06 ml. di euro (-46%): i ricavi da attività di espianto e trapianto sono diminuiti dell'11% (pari a -0,063 ml. di euro) mentre i costi connessi sono in calo solo dell'1% (pari a -0,005 ml. di euro).

Assistenza ospedaliera

Nel corso del 2011 sono stati avviati e/o realizzati diversi processi di riorganizzazione in ambito aziendale finalizzati al raggiungimento di una più efficiente allocazione e riorganizzazione delle risorse umane e tecniche in modo da generare maggior valore aggiunto. La strategia individuata ha comportato l'abbandono dei vecchi modelli organizzativi, a favore di sistemi di sviluppo trasversale che, oltre a migliorare l'organizzazione delle Unità Operative, ne ha aumentato anche le specificità. Tali processi si collocano nel quadro di una nuova modalità organizzativo-gestionale, fondata su una visione "paziente-centrica", in cui il paziente è al centro del sistema, con i suoi bisogni e le sue esigenze assistenziali, ed è la struttura sanitaria ad adattarsi al paziente stesso.

Riorganizzazione della funzione lungodegenza con attivazione della LIDI: alla fine del 2010 è stata attivata la Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica (LIDI), che è diventata pienamente operativa nel 2011. L'innovazione organizzativa riguarda la presa in carico di pazienti che hanno già effettuato un percorso diagnostico e terapeutico intra-aziendale e che, superata la fase di acuzie, necessitano di un ulteriore periodo di assistenza infermieristica qualificata e di elevata intensità finalizzata al completamento di un iter terapeutico, ed eventualmente riabilitativo personalizzato, già perfettamente definito. E' inoltre il bisogno socio-assistenziale che caratterizza tale tipologia di utenza, con necessità di interventi mirati volti al reinserimento in ambito familiare e/o territoriale. Il modello assistenziale è fondato sul lavoro di un team multiprofessionale, composto da medici, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale, OSS e comprensivo della figura dell'Infermiere Case Manager". In tale contesto, viene definito e condiviso con tutte le figure professionali coinvolte, un piano di cura personalizzato, volto a condurre il paziente al raggiungimento delle migliori condizioni possibili sul piano fisico, psichico e sociale, consentendo una dimissione nella dovuta sicurezza e nel massimo dell'autonomia.

Riorganizzazioni nell'ambito dell'area emergenza-urgenza: nel corso del 2011 l'area dell'emergenza-urgenza è stata interessata da diverse innovazioni dal punto di vista organizzativo-gestionale. Nello specifico, è stata effettuata una riorganizzazione dei posti letto destinati ai pazienti afferenti al Pronto Soccorso, con l'istituzione di una struttura semplice dipartimentale (SSD) di Medicina Interna del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, che ha come mission la presa in carico del paziente critico e fragile, che accede in ospedale tramite Pronto Soccorso. La funzione è svolta, con un approccio metodico multiprofessionale e multidisciplinare, da un team di medici e di infermieri in grado di assicurare una assistenza completa, anche mediante l'utilizzo di tecnologie di monitoraggio e di supporto meccanico delle funzioni vitali.



Sono inoltre stati ampliati i posti letto dedicati alla Medicina d'Urgenza e all'Osservazione Breve Intensiva che sono passati da 25 a 50 posti letto totali (36 per la Medicina d'Urgenza e 14 per l'OBI); in particolare, è stata realizzata per la funzione OBI una nuova struttura di 1.200 mq., adiacente il Pronto Soccorso e strettamente connessa ad esso, dedicata alle urgenze sanitarie che richiedono un inquadramento diagnostico a breve termine al fine di definire un appropriato percorso diagnostico-terapeutico al domicilio, o per terapie brevi.

Organizzazione per intensità di cure delle strutture ortopediche: nel 2011 l'Azienda ha progettato e iniziato l'implementazione dell'organizzazione per intensità di cure delle unità operative di ortopedia. Questo cambiamento di modello organizzativo permette di rispondere al meglio alle necessità dei pazienti ortopedici, attraverso un'assistenza personalizzata, esercitata da équipe chirurgiche dedicate, con percorsi multiprofessionali e multidisciplinari trasversali; e inoltre consente un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. La riorganizzazione dell'area ortopedica è propedeutica al progetto di recupero della mobilità passiva, e allo sviluppo di mobilità attiva, attraverso l'offerta di percorsi assistenziali strutturati. Nell'ambito dell'attività traumatologica urgente, sono stati attivati due ambulatori ortopedici all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Parma, che accolgono direttamente il paziente ortopedico dal triage generale e da qui, se necessario, lo inviano, per successive indagini di approfondimento, alla contigua area radiologica.

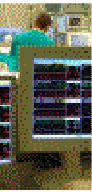
Nuovo Ospedale del Bambino: nel 2011 è proseguita la costruzione del Nuovo Ospedale del Bambino, la cui attivazione è prevista per la fine del 2012. Dal punto di vista organizzativo, è terminata la fase di definizione dei percorsi e delle strategie organizzative essenziali ed è stato progettato e strutturato dall'Azienda il modello organizzativo per intensità di cura, attualmente come studio di fattibilità. Sono parallelamente in corso interventi finalizzati all'introduzione di una cartella clinica medica e infermieristica integrata, incentrata su problemi e obiettivi, con lo scopo di documentare una pianificazione infermieristica adeguata e altamente professionalizzante, con l'obiettivo di implementare un nuovo modello organizzativo.

Attività di ricovero

Dall'analisi del tasso di ospedalizzazione standardizzato (compresa la mobilità passiva extraregionale 2010 e considerando complessivamente regime ordinario e day hospital) emerge che la provincia di Parma ha registrato, negli ultimi tre anni, un trend in costante decremento, con una variazione particolarmente importante tra l'anno 2011 e il 2010, e in linea con l'andamento regionale. Nel corso del 2011, infatti, il tasso di ospedalizzazione della provincia di Parma, standardizzato per età, ha fatto registrare una diminuzione complessiva rispetto all'anno precedente di circa 7 punti, raggiungendo il valore di 173 per mille abitanti (nel 2010 era di 180 per mille abitanti) e consolidando il trend degli ultimi anni. La riduzione è prevalentemente concentrata sul regime ordinario, che passa da 131 del 2010 a 128 del 2011, attestandosi ad un livello inferiore rispetto alla media regionale. Per il day hospital si osserva un valore superiore alla media regionale, in ragione di un maggior numero di ricoveri sia chirurgici che medici, anche se in decremento rispetto all'anno precedente.

L'esame complessivo dei principali indicatori di attività indica che nell'anno 2011 è proseguito il processo di consolidamento e di sviluppo dei risultati conseguiti negli ultimi anni sia in termini di appropriatezza che di efficacia ed efficienza. Si è infatti osservata una riduzione del numero di ricoveri in regime ordinario (-3%), uno spostamento dell'attività verso un mix di maggiore complessità e la messa in opera di azioni volte ad un continuo miglioramento dell'appropriatezza e alla promozione del governo clinico. Si rileva, a tal proposito, un incremento del peso medio della casistica trattata che passa dall'1,24 dell'anno 2010 all'1,27 del 2011 (+2%) e una riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati. In un'ottica di ottimizzazione e responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse a disposizione, sono state individuate modalità organizzative alternative al ricovero ospedaliero che hanno portato, rispetto all'esercizio 2010, a un significativo decremento dei DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario. Si evidenzia inoltre l'incremento dei ricoveri in regime diurno e, in particolare, della casistica con intervento chirurgico (+4%). L'indice di attrazione si è mantenuto costante rispetto al 2010 ed è stato pari al 22%.

Queste dinamiche hanno concorso a una razionalizzazione della dotazione di posti letto in linea con le indicazioni contenute nel Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, che prevedono l'impegno delle Regioni e delle Province autonome ad adottare provvedimenti di riduzione, nel triennio indicato, dei posti letto ospedalieri il cui numero non deve superare i 4 posti letto per mille abitanti (comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie). Per quanto attiene il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria alla dotazione provinciale di posti letto è importante sottolineare che è passata da un valore pari a 2,9 per mille abitanti nel 2010 a 2,76 nel 2011 confermando un trend in diminuzione.



Attività ambulatoriale

L'attività erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2011 (SSN, paganti in proprio e altro) comprensiva delle prestazioni derivanti dall'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda USL, ha rilevato una flessione, in termini di numero di prestazioni, rispetto all'anno precedente (-3% pari a -137.520 prestazioni) mentre, da un punto di vista economico, si registra un incremento dei ricavi dell'1% rispetto allo scorso anno (+0,75 ml. di euro). Si specifica che gli importi considerati sono comprensivi della quota di compartecipazione dei cittadini alla spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Dall'analisi dei dati di mobilità attiva si rileva una riduzione, sia in termini quantitativi che economici, dell'attività erogata a favore di pazienti provenienti da altre regioni e di pazienti residenti in altre Province della Regione Emilia-Romagna. Complessivamente, per questi accessi, si registra una diminuzione del numero di prestazioni pari al 3,6% (-11.210) e del 6,4% degli importi (-0,57 ml. di euro).

Le prestazioni rese ai residenti della provincia di Parma, in flessione rispetto al 2010 (-4% pari a -96.644 prestazioni), evidenziano altresì un incremento dei ricavi (+1% pari a +0,483 ml. di euro) in relazione alla tipologia e complessità dell'attività erogata. L'attività connessa all'assorbimento della diagnostica di laboratorio dei punti prelievo dell'Azienda USL, in diminuzione rispetto al 2010 (-2% pari a -31.644 prestazioni) risulta invece in aumento per quanto riguarda gli importi (+14% pari a +0,81 ml. di euro).

Nel corso del 2011 l'Azienda, in collaborazione con l'Azienda USL, ha posto particolare attenzione: alla definizione degli ambiti di garanzia, all'attivazione di percorsi di garanzia, alla distinzione della tipologia di prestazione in fase di programmazione e di prenotazione, anche ai fini della semplificazione e della presa in carico, e alla messa in atto di azioni di miglioramento dell'appropriatezza.

Inoltre, l'avvio dell'applicazione della D.G.R. n. 1803/2009 "Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento delle attività di Day Service Ambulatoriale (DSA)", ha comportato, anche nell'anno 2011, la messa in opera di attività finalizzate alla definizione e formalizzazione di nuovi percorsi di DSA e alla completezza del flusso informativo per variabili quali il medico prescrittore e il quesito diagnostico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, oltre ad aver prestato fattiva partecipazione al consolidamento delle funzionalità del ciclo SOLE, nel corso dell'anno ha fornito il proprio supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei Tempi di Attesa - Sistema CUP (rilevazione del bacino di riferimento all'atto della prenotazione per le prestazioni oggetto di monitoraggio, completamento dell'inserimento dell'offerta nel sistema CUP provinciale, diffusione dell'uso del sistema di pagamento on-line del ticket, incremento delle agende da rendere disponibili nel sistema CUP Integratore, eccetera). Le strategie individuate con D.G.R. n. 1035/2009 per il miglioramento dell'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale per il rispetto dei Tempi di Attesa indicati nel Piano nazionale e regionale (D.G.R. n. 1532/2006 e D.G.R. n. 73/2007) e riprese nel Programma attuativo provinciale per il governo dei tempi di attesa 2010-2012 sono state attuate, a livello aziendale, ponendo particolare attenzione alla correttezza della valutazione del fabbisogno, alla congruità delle azioni a sostegno della produzione, alla conformità alle regole delle modalità di prenotazione e al rispetto dei tempi di attesa. L'Azienda inoltre partecipa al progetto regionale "Sistema di monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale (MAPS)" collaborando con l'Azienda territoriale per facilitare le operazioni necessarie al reperimento dei dati relativi ai Tempi di Attesa.

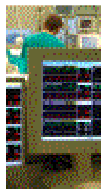
Attività somministrazione diretta farmaci

Nell'anno 2011 l'attività nel suo complesso risulta in calo del 4% (pari a -0,93 ml. di euro). Nello specifico, si evidenzia una diminuzione dei ricavi per l'attività di somministrazione diretta farmaci a favore di pazienti residenti in altre Province della Regione (-14% pari a -0,37 ml. di euro) e in altre Regioni (-50% pari a -2,1 ml. di euro). A tal proposito si ricorda che l'incremento dei farmaci in compensazione registrato nell'anno 2010 per i pazienti residenti fuori regione o in altre Province della Regione Emilia-Romagna, era stato fortemente condizionato dal trend dei fattori della coagulazione.

Per quanto riguarda, invece, il bacino provinciale si registra un incremento (+10% pari a +1,53 ml. di euro) legato, in gran parte, ai farmaci consegnati ai pazienti ambulatoriali in assistenza diretta.

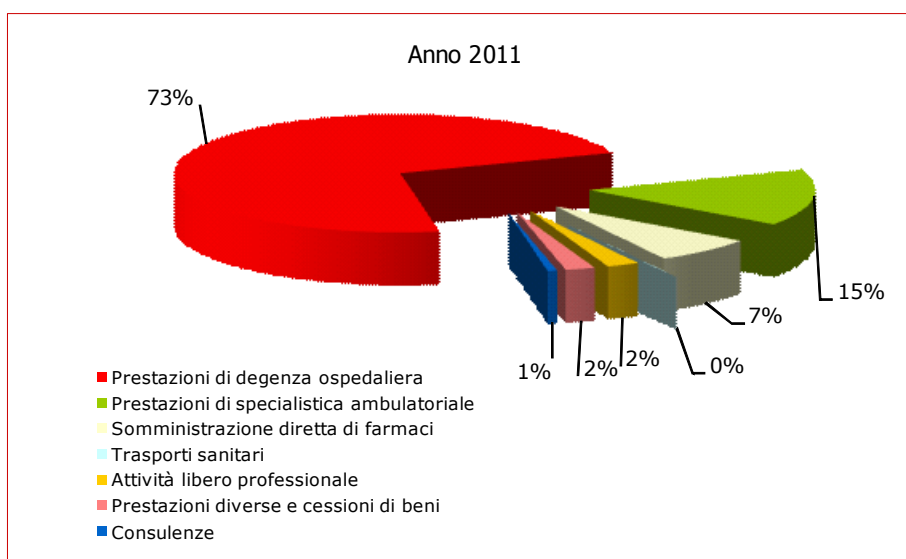
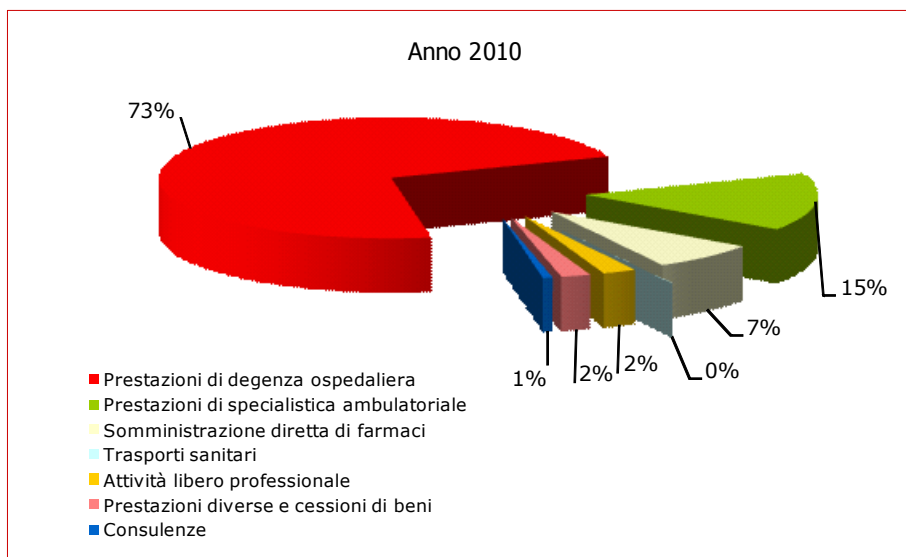
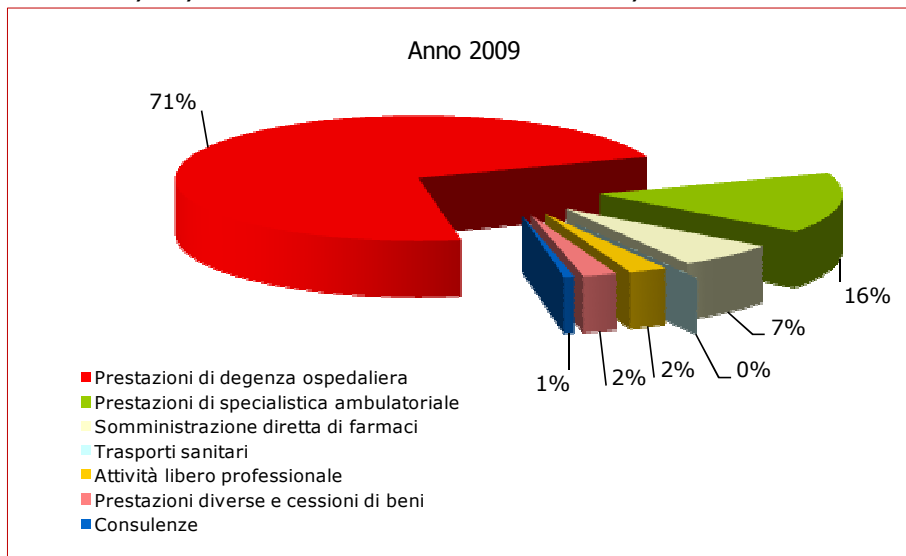
La crescita della spesa aziendale complessiva per l'assistenza farmaceutica ospedaliera (AFO) nell'anno 2011 è stata notevolmente inferiore al tetto di crescita indicato dalla Regione per questa Azienda (+4,9%).

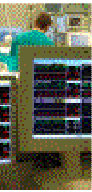
Di seguito si riportano i dati con le singole voci di dettaglio al fine di consentire una migliore valutazione sull'andamento dei ricavi nell'esercizio 2011 rispetto al biennio precedente.



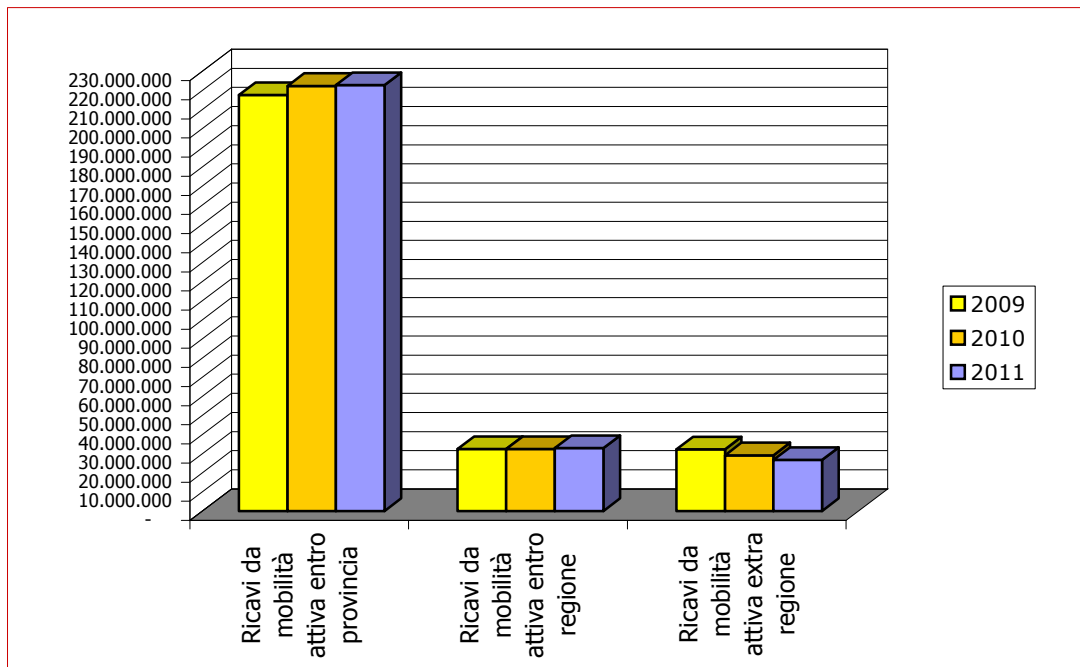
Grafici 2a, 2b, 2c Proventi e ricavi di esercizio, anni 2009-2011

2. Profilo aziendale





- **Azienda USL di Parma** i dati riportati nello schema di bilancio tra i proventi e ricavi d'esercizio corrispondono a quanto concordato in sede di predisposizione del Bilancio Economico Preventivo e indicato nell'Accordo di Fornitura. In occasione della verifica infra-annuale di settembre, si è ritenuto di individuare nuovi importi rispetto a quelli indicati nel Bilancio Preventivo 2011. Nello specifico, i dati differiscono rispetto al preventivo per le prestazioni di degenza ospedaliera erogate a favore dei residenti della Provincia di -0,7 ml. di euro e di -0,49 ml. di euro per l'attività di ricovero di stranieri a carico dell'Azienda USL di Parma.
- **Aziende Sanitarie Infra-Regionali** si evidenzia, rispetto all'anno precedente, una flessione complessiva dei ricavi della attività rese in mobilità (-2% pari a -0,7 ml. di euro) determinato da un decremento degli importi per prestazioni di specialistica ambulatoriale (-5% pari a -0,18 ml. di euro) e per somministrazione diretta farmaci (-14% pari a -0,364 ml. di euro). Sostanzialmente invariati rispetto all'anno 2010 sono i ricavi per prestazioni di degenza ospedaliera.
- **Aziende Extra-Regionali** si osserva una diminuzione complessiva dei ricavi rispetto all'anno 2010 (-9% pari a -2,59 ml. di euro) determinato principalmente dall'attività di somministrazione diretta farmaci (-50% pari a -2,104 ml. di euro). Nel 2010 si era infatti verificato un incremento altrettanto importante in relazione alle necessità assistenziali di fattori della coagulazione a un paziente extra-REGIONE. Risultano in diminuzione anche l'attività di specialistica ambulatoriale (-7% pari a -0,33 ml. di euro) e di ricovero (-1% pari a -0,152 ml. di euro).

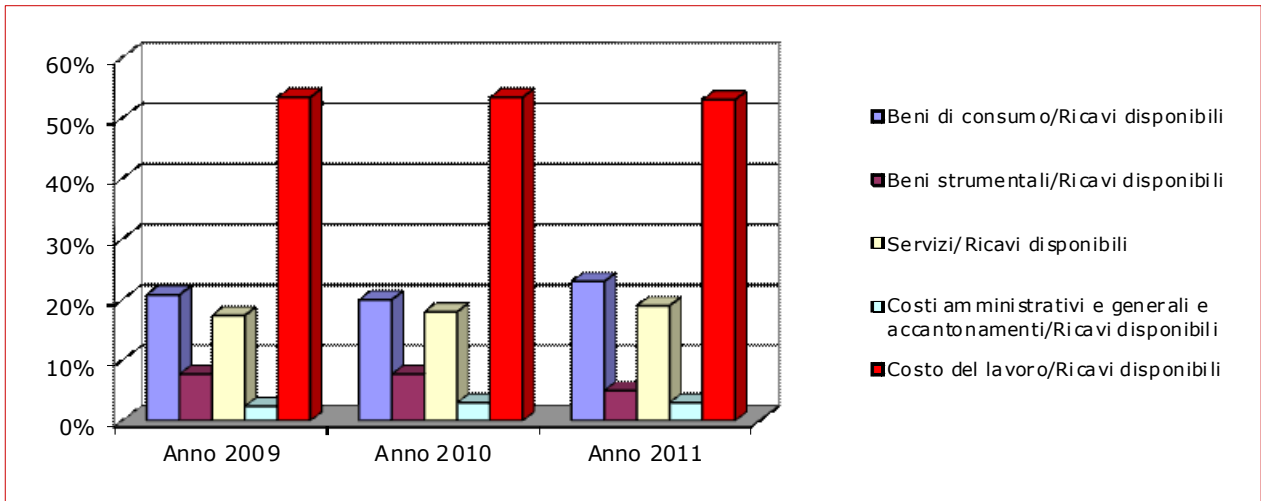
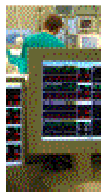


Costi della produzione

L'assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, rispetto ai corrispondenti valori medi regionali, evidenzia nell'ultimo triennio un trend costante improntato al mantenimento del rapporto tra il valore dei singoli aggregati di fattori produttivi e i ricavi disponibili. Nel loro complesso, i costi sostenuti nell'esercizio 2011 per i principali aggregati di fattori produttivi sono rimasti sostanzialmente invariati rispetto agli esercizi 2010 e 2009.

Tabella 1 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Beni di consumo/Ricavi disponibili	21%	20%	23%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	8%	8%	5%
Servizi/Ricavi disponibili	17%	18%	19%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/Ricavi disponibili	2%	3%	3%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	53%	53%	53%



Nel corso dell'anno 2011 l'Azienda ha perseguito strategie di ottimizzazione e razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse allo scopo di presidiare il governo e la sostenibilità economico-finanziaria a fronte dell'impatto di variabili espansive della spesa quali:

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

In questa ottica si sono ulteriormente sviluppate le politiche aziendali tendenti a:

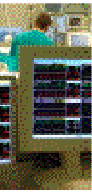
- promuovere il governo clinico e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- sostenere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da quest'ultimo all'assistenza in regime ambulatoriale, anche attraverso una rivalutazione della dotazione di posti letto e di nuove modalità organizzative
- contribuire al rafforzamento dell'integrazione con il territorio
- garantire la costante adesione alle convenzioni attive di INTERCENT-ER incrementando la quota di "committenza", nonché favorendo la partecipazione dei professionisti ai gruppi di lavoro e alle attività di gara per contribuire a una sempre maggiore qualificazione della struttura regionale quale principale riferimento per le politiche di acquisto delle aziende sanitarie
- contribuire alla crescita dei processi di aggregazione della domanda in Area Vasta
- recuperare ulteriori margini di efficienza nelle politiche di acquisto e di gestione dei contratti di fornitura
- promuovere il miglioramento della gestione delle scorte di magazzino

Nel rispetto alle indicazioni contenute nella deliberazione di Giunta Regionale n. 732/2011, l'Azienda ha contribuito attivamente al raggiungimento degli obiettivi di Area Vasta operando in collaborazione con le altre aziende associate affinché potessero essere raggiunti i risultati attesi. In particolare è stata garantita la piena adesione alle convenzioni di Intercent-er. Si segnala, nell'ambito della programmazione delle gare per l'anno 2011, il notevole impegno rappresentato dalla fase preparatoria, ad oggi conclusa, per l'indizione della gara per la fornitura delle protesi ortopediche, gara di interesse strategico per la Regione, inserita quale voce prioritaria nel piano delle azioni di AVEN.

L'Azienda ha curato numerose altre procedure di Area Vasta di notevole impatto economico, tra cui la fornitura di toner (gara aggiudicata), il service per la sierologia (in fase di valutazione tecnica) e per le procedure di aferesi (in fase di ricezione offerte).

Sono state mantenute in essere tutte le procedure ed i controlli previsti dal legislatore in caso di acquisti in autonomia di beni e servizi comparabili, ovvero di prodotti simili ma con caratteristiche non comparabili, confermando, quindi, il principio di necessaria adesione alle convenzioni - quadro stipulate da CONSIP ovvero ai parametri di prezzo - qualità alla base delle stesse.

Nell'esercizio 2011 i costi della produzione afferenti all'area caratteristica sono incrementati dell'1% rispetto all'esercizio precedente e del 2% rispetto all'anno 2009. La composizione percentuale dei costi di esercizio annuali rispetto al loro totale si è mantenuta sostanzialmente inalterata nel triennio 2009-2011: Si precisa che, a seguito dell'approvazione dei nuovi schemi di bilancio (D.G.R. n. 517 del 18 aprile 2011), si sono verificate alcune modifiche alla contabilizzazione di determinate attività, tra cui i servizi di

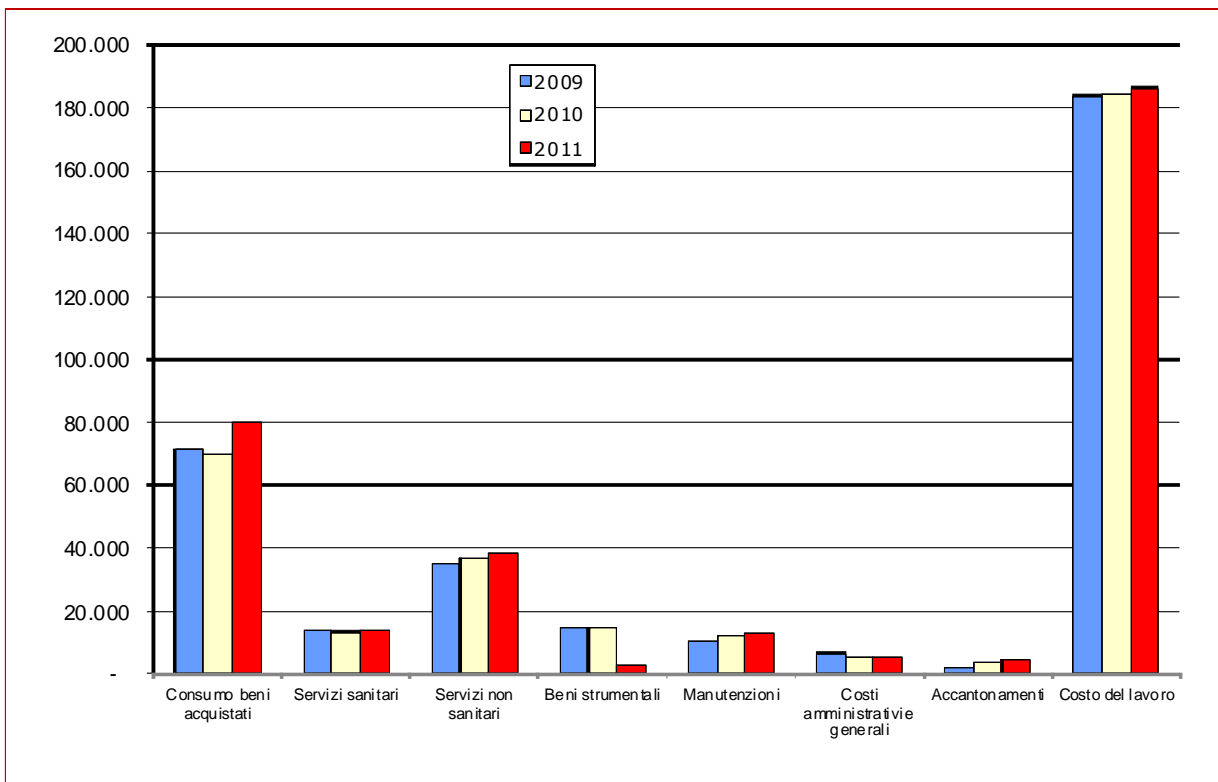


diagnostica e interventistica in service. Dall'esercizio 2011 non sono più contabilizzati in un'unica voce afferente ai beni strumentali, ma i costi sono scorporati nelle tre componenti: beni strumentali, materiale di consumo e manutenzione. Nell'esercizio 2011 il consuntivo è stato pari a 12,325 ml. di euro di cui: 1,266 ml. di euro per beni strumentali, 10,446 ml. di euro per materiale di consumo e 0,614 ml. di euro per manutenzioni. Nell'esercizio 2010 il valore complessivo era stato pari a 12,211 ml. di euro e iscritto nell'aggregato dei beni strumentali come godimento di beni di terzi.

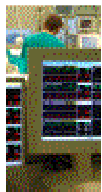
Tabella 2 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Totale Costi	350.490	352.255	356.947
Consumo beni acquistati/Totale costi	20%	20%	22%
Servizi sanitari/Totale costi	4%	4%	4%
Servizi non sanitari/Totale costi	10%	10%	11%
Beni strumentali/Totale costi	8%	8%	5%
Manutenzioni/Totale costi	3%	3%	4%
Costi amministrativi e generali/Totale costi	2%	2%	2%
Accantonamenti/Totale costi	1%	1%	1%
Costo del lavoro/Totale costi	52%	52%	52%

Per quanto riguarda il periodo 2009-2011, i costi della produzione hanno evidenziato un trend crescente, influenzato da molteplici fattori tra cui il trasferimento e l'attivazione di nuovi reparti legati al progetto del Nuovo Ospedale che hanno comportato maggiori costi per l'acquisizione di servizi e di personale, e che si sono relativamente stabilizzati grazie all'impatto delle linee strategiche aziendali finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse, ad un costante monitoraggio dell'andamento dei consumi e alla promozione del governo clinico e dell'appropriatezza.



L'esercizio 2011 ha evidenziato, per quanto riguarda il consumo di beni acquistati, un aumento rispetto all'anno precedente pari a +9,97 ml. di euro. A tal proposito si precisa che, in base all'approvazione dei nuovi schemi di Bilancio (D.G.R. n. 517 del 18 aprile 2011), nell'esercizio 2011 sono state introdotte delle modifiche alla contabilizzazione di alcune attività, fra cui diagnostica e interventistica in service, attività trapiantologia e compensazione infra-regionale sangue, emocomponenti e plasmaderivati. Nello specifico,



dall'esercizio 2011 la diagnostica e l'interventistica in service non sono più contabilizzate in un'unica voce economica afferente all'aggregato dei beni strumentali, ma i costi sono scorporati nelle tre componenti: beni strumentali, materiale di consumo e manutenzione. Nell'esercizio 2011 i costi complessivi sono stati pari a 12,324 ml. di euro di cui: 1,266 ml. di euro per beni strumentali, 10,446 ml. di euro per materiale di consumo (reagenti e diagnostici) e 0,614 ml. di euro per manutenzioni. Nell'esercizio 2010 il valore complessivo era stato pari a 12,211 ml. di euro e iscritto completamente nell'aggregato dei beni strumentali come godimento di beni di terzi. I costi totali relativi alla diagnostica e interventistica in service si sono quindi mantenuti costanti negli esercizi 2010-2011 (+0,11 ml. di euro).

Per rendere omogenei i dati di consumo di beni anno 2011 con quelli 2010 (vedi tabella seguente) e 2009, si è provveduto a scorporare dal valore dei beni sanitari acquistati nell'esercizio 2011 il materiale di consumo utilizzato per la diagnostica e l'interventistica in service e ad inserirlo, unitamente alla manutenzione e riparazione e ai canoni di service, nel valore dei service sanitari.

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Differenza assoluta 2011-2010	Scostamento percentuale 2011-2010
Acquisto beni di consumo	69.906	72.560	70.577	-1.983	-3%
Beni sanitari*	68.213	70.791	69.045	-1.746	-2%
Beni non sanitari	1.693	1.769	1.532	-237	-13%
Godimento beni di terzi	14.481	14.487	14.106	-381	-3%
Affitti, locazioni e noleggi	2.526	2.276	1.782	-494	-22%
Service sanitari**	11.955	12.211	12.324	113	1%

Dal confronto dei dati 2011-2010 relativi al consumo di beni acquistati, al netto del materiale di consumo per diagnostica e interventistica in service, emerge chiaramente che il consumo complessivo di beni acquistati nell'anno 2011 rispetto all'esercizio 2010 è stato in realtà inferiore di 1,98 ml. di euro, di cui -1,75 ml. per minori consumi di beni sanitari.

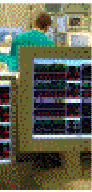
Seppure per modesta entità, lo scostamento è stato determinato anche da una diminuzione dei beni in giacenza. A consuntivo 2010 si è registrato complessivamente un valore delle giacenze di beni sanitari e non sanitari pari a 1,224 ml. di euro di cui 1,233 ml. come variazione di rimanenze sanitarie e -0,009 ml. come variazione di rimanenze non sanitarie. Nell'esercizio 2011 la variazione delle rimanenze era complessivamente pari a -0,282 ml. di euro di cui -0,293 ml. come variazione di rimanenze sanitarie.

L'acquisto di beni sanitari è incrementato rispetto all'esercizio 2010 (+8,463 ml. di euro) e le categorie di prodotto che hanno evidenziato i maggiori incrementi sono state: reagenti e diagnostici (in relazione all'introduzione dell'apposita voce di bilancio per il materiale di consumo per diagnostica e interventistica in service), presidi sanitari vari, altro materiale protesico e ossigeno. L'aumento delle acquisizioni di presidi sanitari e altro materiale protesico nelle aree di cardiologia e cardiocirurgia e di oculistica corrisponde a un incremento di attività. I decrementi più significativi dell'aggregato riguardano invece i medicinali, materiale radiografico e diagnostici di radiologia e acquisto di plasmaderivati. Preme sottolineare che i ricavi sono incrementati rispetto all'anno 2010 del 10% (pari a +0,27 ml. di euro) a fronte di una diminuzione dei relativi costi del 16% (pari a 0,3 ml. di euro).

I costi per l'acquisto di beni non sanitari, al netto delle rimanenze iniziali e finali di esercizio, hanno evidenziato nel corso del 2011 un decremento rispetto al 2010 del 13% (-0,237 ml. di euro) in relazione ai minori costi sostenuti per l'acquisto di articoli tecnici per manutenzione ordinaria (-28% pari a -0,2 ml. di euro), specificatamente utilizzato per edifici e impianti e per attrezzature sanitarie, e per l'acquisto di supporti informatici (-17% pari a 0,061 ml. di euro).

L'acquisto di servizi sanitari evidenzia un lieve decremento (-1%) rispetto all'esercizio precedente (-0,158 ml. di euro). Si ricorda che, nell'esercizio 2010, si era verificata una riclassificazione, all'interno di questo aggregato, dei conti riferiti all'attività trapiantologica e di procurement: l'onere di questa attività dall'esercizio 2010 non rientra più nella voce "Altre prestazioni di degenza", ma in "Altri servizi sanitari". Il decremento è dovuto: all'azzeramento della voce relativa all'acquisizione da privato di lavoro temporaneo per prestazioni infermieristiche e tecnico - sanitarie (-0,08 ml. di euro), alla riduzione dei costi per l'acquisizione di collaborazioni libero-professionali di carattere sanitario (-7% pari a -0,16 ml. di euro) e ai minori costi, vista la corrispondente riduzione dei ricavi, per lo svolgimento dell'attività libero-professionale e in particolare per la degenza ospedaliera.

I costi dei servizi non sanitari sono in aumento, rispetto all'esercizio 2010, del 3% (+1,8 ml. di euro). Si rilevano incrementi nei costi relativi alle manutenzioni (+7% pari a +0,783 ml. di euro) in relazione all'attivazione della specifica voce di bilancio per la manutenzione della diagnostica e interventistica in



service, compresa invece nell'anno 2010 nell'aggregato del godimento di beni di terzi, agli incrementi dei costi per la manutenzione ai software, alle utenze (+12% pari a +0,865 ml. di euro) e alle assicurazioni (+23% pari a +0,562 ml. di euro).

I costi amministrativi e generali sono in aumento rispetto all'esercizio 2010 (+0,255 ml. di euro). La variazione 2011-2010 è dovuta essenzialmente ad un incremento delle spese legali e notarili e dall'introduzione della voce economica relativa a costi amministrativi diversi da Aziende sanitarie della Regione.

I costi per ammortamenti e svalutazioni evidenziano un incremento complessivo del 4% (+0,92 ml. di euro). Sono in aumento i costi degli ammortamenti per immobilizzazioni immateriali e materiali, mentre è diminuito, rispetto all'esercizio 2010, l'accantonamento al fondo svalutazione crediti (-7% pari a -0,15 ml. di euro).

In merito al costo del lavoro, dal raffronto tra le risultanze di bilancio 2011 e 2010, si evidenzia un aumento della spesa per personale dipendente (+2% pari a +2,667 ml. di euro). Il consuntivo 2011 risulta, tuttavia, in lieve contrazione rispetto ai dati previsionali (-0,269 ml. di euro). Le manovre di governo del turn over e di contenimento dei costi adottate hanno consentito, per l'esercizio 2011, di mantenere l'allineamento rispetto ai dati previsionali.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata interessata da adeguamenti assistenziali che hanno determinato temporanei incrementi nelle necessità di personale, soprattutto tecnico, sanitario e infermieristico, in modo particolare per le attività correlate all'attuazione dei progetti del Nuovo Ospedale. Il reclutamento di personale appartenente all'area assistenziale del comparto, è avvenuto nell'ambito della progressiva attuazione del progetto del Nuovo Ospedale e all'avvio di progetti aziendali, quali:

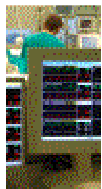
- la realizzazione del progetto del Nuovo Ospedale dei Bambini quanto alla valutazione dell'impatto nel modello organizzativo assistenziale;
- il programma di riorganizzazione del Dipartimento Emergenza-Urgenza che ha previsto l'attivazione di una nuova struttura di Medicina interna, con il conseguente trasferimento della struttura di Medicina d'urgenza;
- l'attivazione della lungodegenza a gestione infermieristica – dedicata a pazienti geriatrici, già in carico all'U.O. lungodegenza critica, le cui condizioni non richiedono più il monitoraggio costante del medico ma che necessitano del completamento di un piano terapeutico già ben definito dall'équipe medica;
- il completamento del turno in accettazione ostetrico-ginecologica e in sala parto.

La parte preponderante delle assunzioni, che si è concentrata nei mesi centrali dell'anno 2011 per poi diminuire verso la fine dello stesso esercizio, è correlata all'attivazione del nuovo Pronto Soccorso, la cui struttura ha imposto l'adozione di diversi modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, determinando la necessità di potenziare l'organico, anche del personale medico e di supporto.

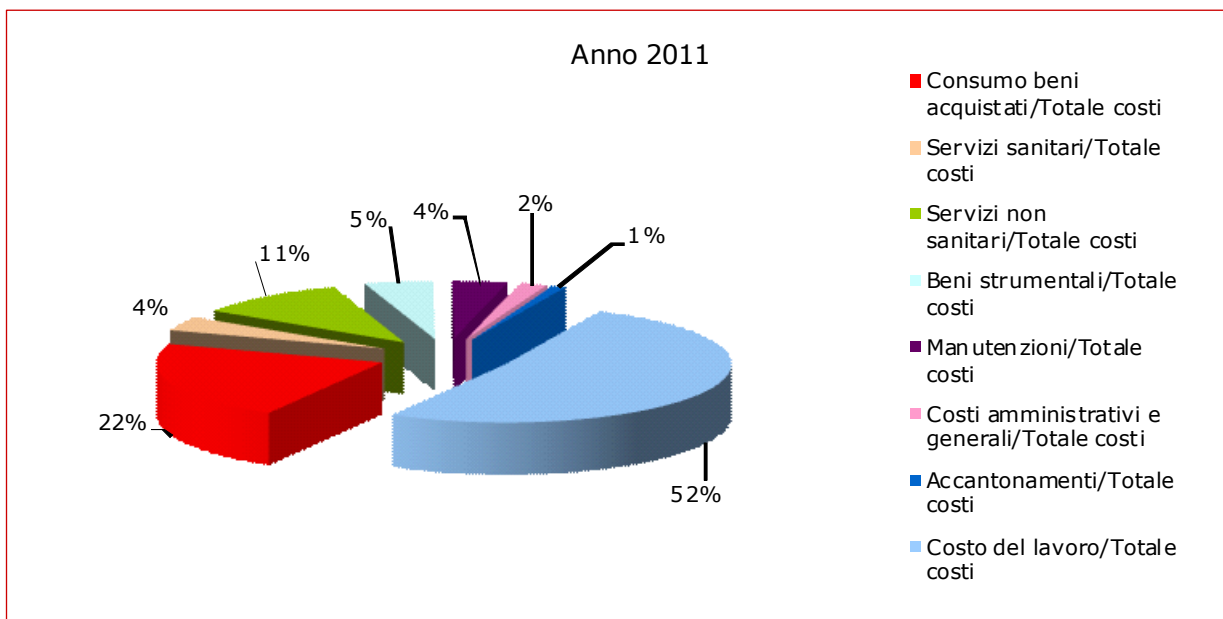
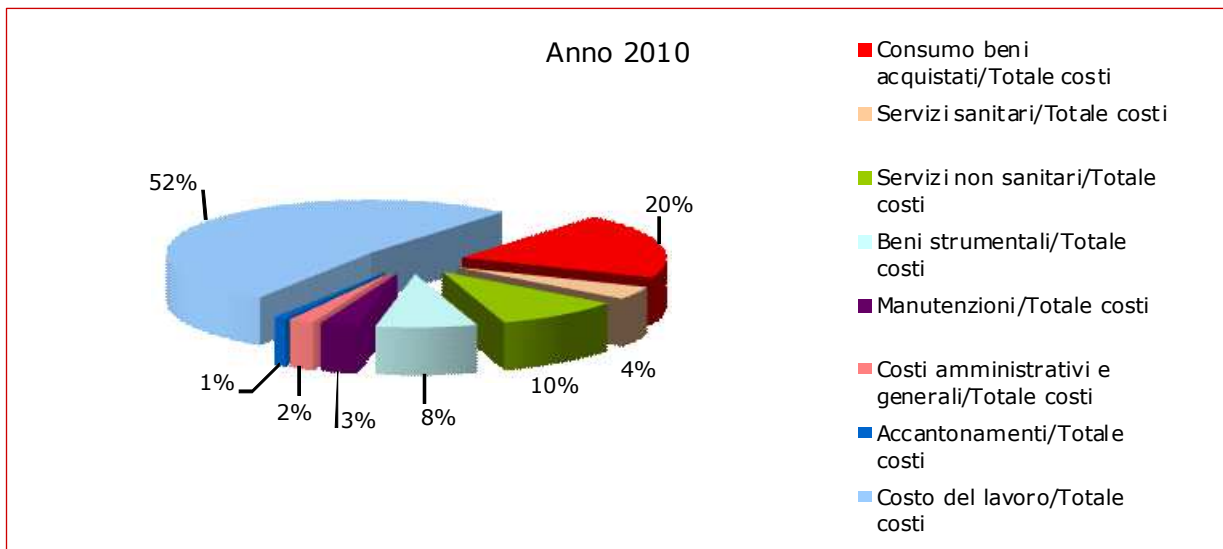
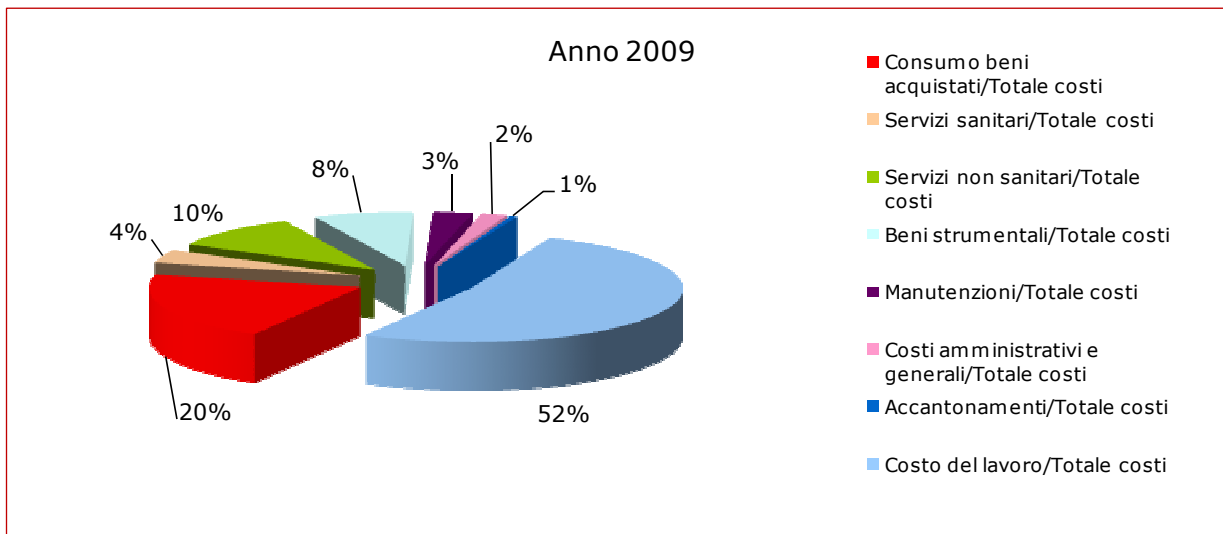
La dotazione del personale al 31.12.2011, evidenzia un decremento complessivo di n. 6 unità rispetto al 31.12.2010. Tale dato è da riferire alle politiche di gestione degli organici, che sono state condotte coerentemente con le indicazioni regionali. Il raggiungimento dell'obiettivo regionale ha infatti comportato l'esigenza di procedere ad una rigorosa gestione del turn over del personale ed ad una conseguente oculata gestione della tempistica delle sostituzioni e delle assunzioni. Gli interventi di riorganizzazione realizzati contemporaneamente in altri settori non coinvolti dalle dinamiche progettuali hanno consentito ugualmente di addivenire ad un contenimento degli organici

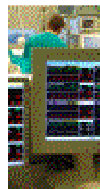
Dal raffronto con la dotazione organica dell'esercizio precedente, si rileva invece un incremento nell'area medica, pari a n. 10 unità. Ciò è in massima parte da ricondurre alle politiche di graduale trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato, in applicazione dei piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell'8 agosto 2007). Inoltre, negli anni 2008-2011 un considerevole numero di docenti universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia, che svolgevano attività assistenziale sono cessati dal servizio senza essere sostituiti dall'Università. Ciò ha imposto all'Azienda, al fine di mantenere adeguati livelli di assistenza, di provvedere direttamente all'inserimento di personale medico nei settori interessati.

Si evidenziano, invece, delle riduzioni nell'area amministrativa, nel profilo di assistente amministrativo (-3 unità) e nell'area del personale tecnico non sanitario (-11 unità).



Grafici 3a, 3b, 3c Composizione percentuale costi, anni 2009-2011





La sostenibilità finanziaria

Rendiconto finanziario di liquidità anno 2011 (Fonti – Impieghi)

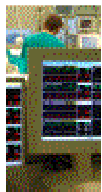
Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica dei flussi monetari (modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti finanziarie) dell'Azienda nell'esercizio 2011 e vuole fornire un migliore livello informativo sull'andamento di tali flussi.

Il risultato della gestione corrente (+15,6 ml. di euro), che rappresenta una fonte di risorse finanziarie, si spiega principalmente con l'aumento dei debiti verso fornitori di beni e servizi. Nei primi due mesi dell'esercizio successivo, al ricevimento di una rimessa straordinaria di cassa da parte della Regione, si è provveduto a un significativo pagamento dei debiti nei confronti dei fornitori (circa 40 ml. di euro).

La situazione della gestione extracorrente appare più critica: a fronte di investimenti in immobilizzazioni per oltre 26 milioni di euro, non risultano fonti da mutui e solo 11 ml. di euro da contributi in conto capitale. Il saldo complessivo (-17,9 ml. di euro) è inoltre gravato dai rimborsi delle quote di mutuo e degli altri finanziamenti a medio-lungo termine per circa 3,1 milioni di euro. Il positivo net cash della gestione corrente ha permesso di gestire tale criticità e anche l'azzeramento dell'anticipazione dell'Istituto Cassiere. Anzi, al 31 dicembre 2011 il conto di tesoreria presentava un saldo positivo pari a 1,48 milioni di euro. Si è quindi verificata una dinamica finanziaria del tutto analoga a quella del 2010 e 2009.

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

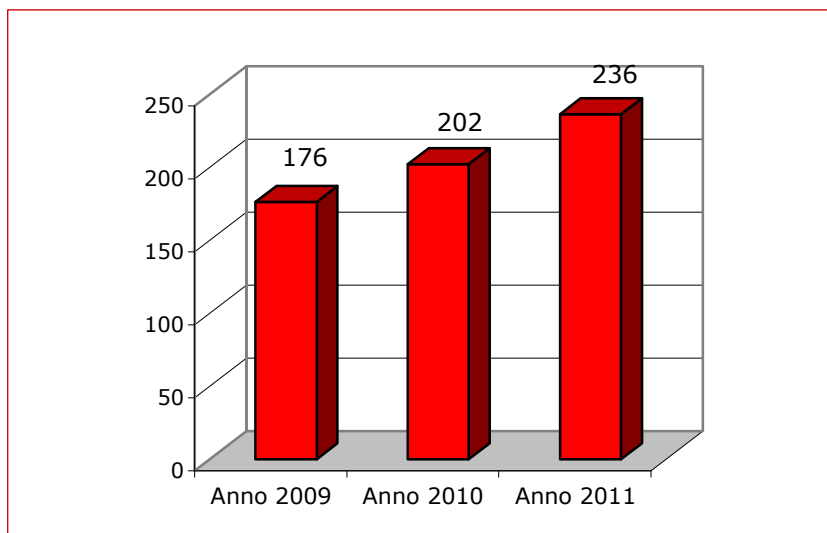
RENDICONTO DI LIQUIDITA' - FONTI-IMPIEGHI - 2011	
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	
a) Cassa	2.044
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	3.791.209
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	0
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI	3.793.253
GESTIONE CORRENTE	
a) Risultato economico dell'esercizio (+utile, -perdita)	-10.500.403
b) + ammortamenti	19.911.720
c) - quota utilizzo contributi in c/capitale	-6.761.402
d) + accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI" (al netto dell'utilizzo)	
e) + accantonamenti per rischi ed oneri (al netto degli utilizzi)	1.666.194
f) + minusvalenze da svalutazioni contabili	0
g) ± minusvalenze da cessione e plusvalenze da cessione	-19.749
h) ± altri costi non monetari e altri ricavi non monetari	
i) ± sopravvenienze e insussistenze	0
j) - incrementi di immobilizzazioni per lavori interni	0
k) ± variazione scorte (+decremento; -incremento)	282.258
l) ± variazione crediti "non finanziari" (+decremento; -incremento)	-1.097.300
m) ± variazione ratei e risconti attivi (+decremento; -incremento)	-33.487
n) ± variazione debiti "non finanziari" (-decremento; +incremento)	10.277.156
o) ± variazione ratei e risconti passivi (-decremento; +incremento)	1.908.653
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	15.633.640
GESTIONE EXTRACORRENTE	
1) FONTI per disinvestimenti	72.000
a) di immobilizz. immat. e materiali	72.000
b) di immobilizz. finanziarie e varie	
2) FONTI per nuovi finanziamenti	11.477.496
a) da mutui	0
b) da contributi in c/capitale	11.477.496
c) da altri finanziamenti diretti	0
TOTALE FONTI	11.549.496
1) IMPIEGHI per nuovi investimenti	-26.437.225
a) in immobilizzazioni immat. e materiali	-26.436.225
b) in immobilizzazioni finanziarie e varie	-1.000
2) IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti	-3.054.747
a) da mutui	-3.054.747
b) da altri finanziamenti diretti	0
TOTALE IMPIEGHI	-29.491.972
TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-17.942.476



CONTRIBUTI	
Contributi per ripiano perdite	0
DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	
a) Cassa	2.313
b) + Istituto Tesoriere (c/c attivo)	1.482.104
c) + c/c postale	0
d) - debiti vs Istituto Tesoriere (per anticipazioni)	0
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI	1.484.417
QUADRATURA: Cassa I. + Net Cash G.C. + Net Cash G.E. - Cassa F.	0

La durata dell'esposizione verso i fornitori, intesa come debiti medi per forniture in conto esercizio, è oscillata, nel corso dell'esercizio 2011, tra i 210 e i 270 giorni dalla data di ricevimento della fattura. La durata di esposizione si è attestata intorno a un valore medio annuo di 236 giorni, evidenziando un incremento rispetto all'anno 2010 di poco più di trenta giorni. Come per gli anni precedenti, la tempistica del trasferimento dei fondi da parte della Regione ha avuto anche nel 2011 forti ripercussioni sui tempi di pagamento dei fornitori.

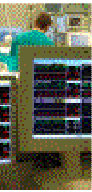
Grafico 4 Durata media dell'esposizione verso fornitori



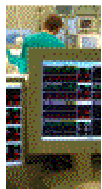
La sostenibilità patrimoniale

Lo stato patrimoniale degli esercizi 2009-2010 e 2011, riclassificato in chiave finanziaria è il seguente:

ATTIVITA' - INVESTIMENTI		2009	2010	2011
A)	ATTIVITA' CORRENTI (I+II+III)			
I	LIQUIDITA' IMMEDIATE			
01	Istituto Tesoriere parte corrente	0	3.791	1.482
02	Conto corrente postale	0	0	0
03	Denaro e valori in cassa	2	2	2
04	Banca d'Italia conto capitale	0	0	0
I	TOTALE LIQUIDITA' IMMEDIATE	2	3.793	1.484
II	LIQUIDITA' DIFFERITE			
01	Crediti verso Regione	103.347	97.900	94.337
02	Crediti verso Enti locali	0	0	0
03	Crediti verso Aziende sanitarie	31.652	32.288	25.545
04	Crediti verso Amministrazioni pubbliche diverse	2.935	3.096	3.050
05	Crediti verso altri soggetti	7.730	4.452	4.604
06	Partecipazioni	0	0	0



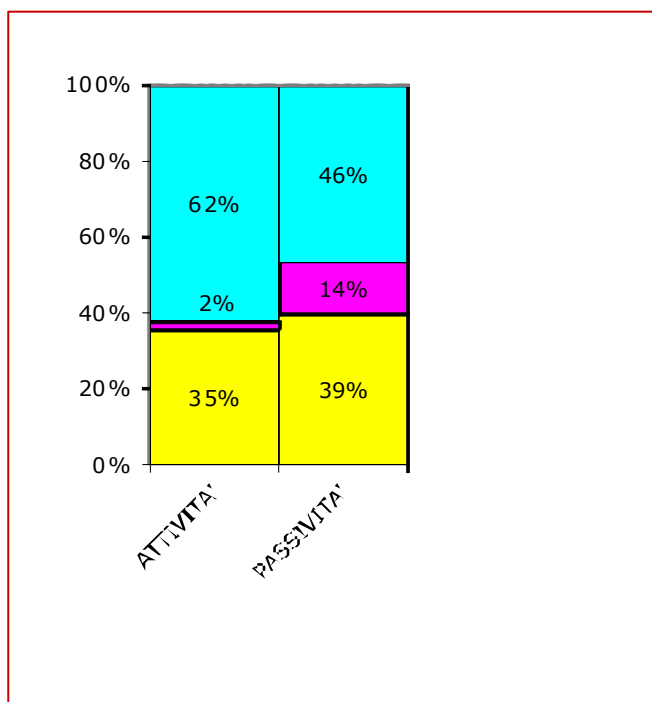
07	Altri titoli	0	0	0
09	Ratei e Risconti attivi	1.186	1.468	1.502
II	TOTALE LIQUIDITA' DIFFERITE	146.850	139.204	129.037
III	RIMANENZE			
01	Rimanenze beni sanitari	8.438	9.671	9.378
02	Rimanenze beni non sanitari	440	432	442
03	Beni in corso di lav., semilav. e finiti	0	0	0
04	Attività in corso	0	0	0
05	Acconti a fornitori	0	0	0
III	TOTALE RIMANENZE	8.878	10.102	9.820
	TOTALE ATTIVITA' CORRENTI	155.731	153.100	140.342
B)	ATTIVITA' FISSE (IV+V+VI)			
IV)	IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI			
01	Costi di impianto ed ampliamento	0	0	0
02	Costi di ricerca e sviluppo	0	0	0
03	Software	784	850	773
04	Migliorie su beni di terzi	16	146	146
05	Altre immobilizzazioni immateriali	0	0	0
06	Immobilizzazioni immateriali in corso ed acconti	0	0	0
IV)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	800	996	919
V)	IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI			
01	Terreni e fabbricati	192.111	208.642	205.491
02	Impianti e macchinari	7.561	8.329	9.165
03	Attrezzature sanitarie	31.263	30.276	26.080
04	Altre immobilizzazioni materiali	7.541	7.404	6.697
05	Immobilizzazioni materiali in corso ed acconti	18.629	7.740	14.205
V)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	257.105	262.391	261.639
VI)	IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE			
01	Partecipazioni (strumentali e/o vincolate)	0	0	0
02	Crediti	29	29	29
03	Altri titoli	14	14	15
VI)	TOTALE IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	43	43	44
	TOTALE ATTIVITA' FISSE	257.948	263.430	262.602
C)	ATTIVITA' - INVESTIMENTI NETTI (A+B)	413.679	416.530	402.944
D)	PASSIVITA' - FINANZIAMENTI DI TERZI (VII+VIII)	2009	2010	2011
VII)	FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE			
01	Mutui quota corrente	2.977	3.055	3.135
02	Debiti verso Regione	0	501	2.316
03	Debiti verso Enti locali	0	0	0
04	Debiti verso Aziende Sanitarie	16.415	15.793	12.590
05	Acconti da clienti	0	0	0
06	Debiti verso fornitori	106.939	121.754	125.111
07	Debiti verso Istituto Tesoriere	334	334	0
08	Debiti verso imprese partecipate	0	0	0
09	Debiti verso Amministrazioni pubbliche diverse	0	0	0
10	Debiti tributari	5.946	6.232	6.392
11	Debiti verso Istituti di previdenza e sicurezza	7.402	7.785	7.981
12	Debiti verso dipendenti	3.008	2.635	3.119
13	Debiti verso altri soggetti	2.835	2.302	2.467
14	Fondi per rischi	1.076	3.715	5.198
16	Altri fondi al netto del Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	9.879	8.028	8.211
17	Ratei e Risconti passivi	6.309	6.672	8.581
18	Debiti verso Stato	0	0	0
19	Debiti FRNA	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A BREVE TERMINE	163.120	178.470	185.100
VIII)	FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE			
01	Mutui	58.315	55.260	52.125

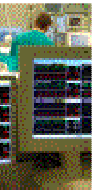


03	Fondo premio di operosità medici convenzionati interni	0	0	0
04	Trattamento fine rapporto lavoro subordinato	0	0	0
VII)	TOTALE FINANZIAMENTI A MEDIO E LUNGO TERMINE	58.315	55.260	52.125
	TOTALE PASSIVITA'	221.434	233.729	237.225
E)	PATRIMONIO NETTO			
01	Fondo di dotazione	110.818	110.818	110.818
02	Contributi in c/capitale e conferimenti	122.151	122.653	117.087
03	Donazioni vincolate a investimenti	2.158	1.897	882
04	Riserve	12.624	12.624	12.624
05	Utili/Perdite portati a nuovo	-44.665	-55.506	-65.192
06	Utile (perdita) dell'esercizio	-10.841	-9.686	-10.500
07	Contributi per copertura perdite	0	0	0
	TOTALE PATRIMONIO NETTO	192.245	182.801	165.719
F)	TOTALE PASSIVITA' CONT C/CAP FIN NETTI (D+E)	413.679	416.530	402.944

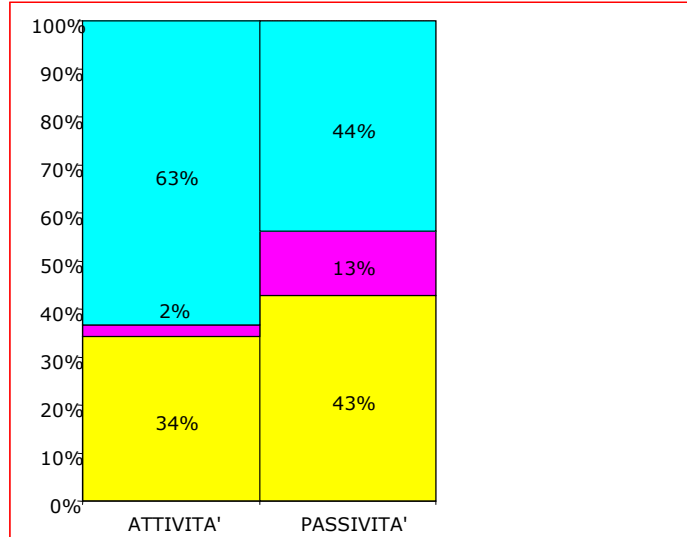
La riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi o rimborsi delle operazioni di investimento e finanziamento negli esercizi 2009, 2010 e 2011 è qui sotto rappresentata dallo stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria:

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

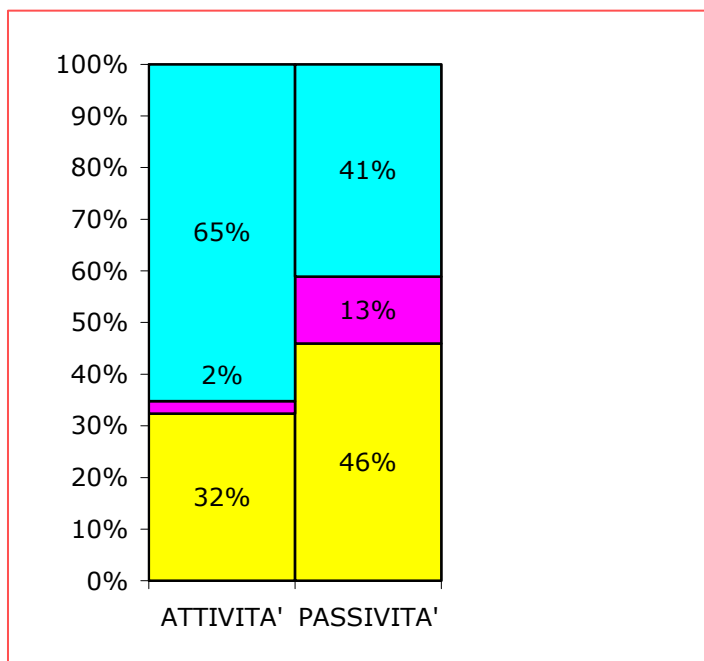


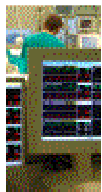


	2010		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	34%	43%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	13%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	63%	44%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



	2011		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	32%	46%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	13%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	65%	41%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'





Il Programma degli Investimenti dell'esercizio 2011 è stato elaborato tenendo conto di quanto in corso di realizzazione e di quanto completato o avviato, sia in attuazione del progetto per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma che per il mantenimento delle strutture edili, degli impianti ed il rinnovo delle tecnologie esistenti.

Il progetto del Nuovo Ospedale definito nell' "Accordo di Programma per il Nuovo Ospedale di Parma" sottoscritto nel 2004 da Regione Emilia Romagna, Provincia di Parma, Comune di Parma, Università degli Studi di Parma, Azienda USL di Parma, Fondazione Cassa Risparmio Parma e Fondazione Monte Parma è stato integrato ed ampliato in relazione a successivi interventi della Giunta Regionale che ha autorizzato la stipula di un mutuo di 32 milioni destinato alla acquisizione di tecnologie ed completamento di alcune opere inserite nel programma medesimo. Inoltre, nell'ambito dei finanziamenti statali per Parma sede dell'E.F.S.A. (European Food Safety Agency), sono stati assegnati all'Azienda 10 milioni che sono stati destinati, insieme all'assegnazione della Regione Emilia Romagna in conto capitale per un ammontare di 4 milioni, alla realizzazione del Nuovo Pronto Soccorso e del Centro Poliambulatoriale e completamento DH oncologico. Nel 2008 è stata avviata la realizzazione del Nuovo Ospedale dei Bambini grazie all'apporto determinante della Fondazione Ospedale del Bambino.

I Decreti dirigenziali del Ministero della Salute, emessi nel corso del 2008 con cui sono stati svincolati i fondi previsti dal rifinanziamento della legge n. 67/88, più nota con la denominazione "Nuovo Programma", hanno consentito nel corso dell'esercizio il proseguo dei lavori per il completamento della ristrutturazione del Padiglione Barbieri e la costruzione del IV Lotto del Poliblocco per il quale è stato previsto un investimento di 11,35 milioni di euro.

La sottoscrizione dell'Accordo di Programma Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia, e la Regione Emilia Romagna avvenuta il 16/4/2009, ha consentito all'Azienda di utilizzare i finanziamenti in conto capitale assegnati dalla Regione in base a quanto stabilito dalla legge Finanziaria 2007 per il "Nuovo Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 legge n. 67/88 - IV fase". Alla Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma sono stati assegnati complessivamente 10,843 ml. per l'acquisizione di attrezzature e arredi per l'Ospedale dei Bambini, per l'ammodernamento tecnologico delle apparecchiature radiologiche e per l'acquisizione di apparecchiature e adeguamento locali per la radiologia interventistica.

Con D.G.R. n. 277 del 4 febbraio 2010 la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha approvato il Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge 67/88 - IV° fase, 2° stralcio per complessivi 218 milioni di euro circa. La realizzazione degli interventi previsti dovrà essere oggetto di sottoscrizione di apposito Accordo di Programma tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e la Regione Emilia-Romagna e consentirà all'Azienda di dare corso all'utilizzo di finanziamenti in conto capitale per circa 14,41 milioni di euro. Gli interventi saranno finalizzati ad interventi per l'adeguamento antincendio degli immobili, al completamento del Day Hospital oncologico e centro poliambulatoriale di 1° livello, all'ammodernamento tecnologico delle attrezzature sanitarie e informatiche e alle acquisizioni di apparecchiature sanitarie e arredi da destinare al Dipartimento Polispecialistico (Poliblocco IV° lotto).

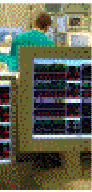
Il sesto aggiornamento del Programma regionale di investimenti in sanità, approvato con D.G.R. n. 1482 del 27 ottobre 2009, ha destinato un finanziamento a carico della Regione Emilia-Romagna di complessivi 56 milioni di euro. Per gli interventi di miglioramento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma relativi a prevenzione incendi e antisismica sono stati destinati 1,95 milioni di euro. Inoltre, il Programma di Odontoiatria III^ fase che finanzia con risorse regionali gli interventi per complessivi 2 ml. di euro, ha assegnato all'Azienda Ospedaliero-Universitaria un finanziamento di 0,18 ml. di euro per completare il programma attraverso un ulteriore acquisto di riuniti e altre attrezzature sanitarie.

Il settimo aggiornamento del Programma regionale di investimenti in sanità (allegato M), approvato con D.G.R. n. 1777 del 22 novembre 2010, ha parzialmente modificato il quinto (allegato G) e il sesto (allegato L). Il finanziamento a carico della Regione Emilia-Romagna è complessivamente pari a 48,38 milioni di euro. Per gli interventi di miglioramento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma relativi all'adeguamento del server farm aziendale alle direttive di sicurezza e conservazione dei dati e all'adeguamento dei laboratori alle normative di sicurezza sono stati destinati 1,26 milioni di euro.

Si riporta, per singola unità di intervento in corso di progettazione o realizzazione nell'anno 2011, lo stato degli investimenti:

D - Poliblocco IV Lotto

L'intervento è finanziato ex art. 20 Legge 67/88 Nuovo Programma n. 211. I lavori sono iniziati alla fine dell'anno 2009 e la conclusione è prevista per la fine dell'anno 2012. L'edificio ospiterà le funzioni



attualmente ubicate nel Padiglione Nefrologia che sarà restituito all'Università degli Studi di Parma, proprietaria dell'immobile.

F – Ospedale dei Bambini

Sono in corso i lavori di costruzione dell'Ospedale di Notte del Nuovo ospedale dei Bambini la cui conclusione è prevista in tempo utile per l'attivazione entro la fine del 2012. E' stato richiesto un finanziamento integrativo alla Regione Emilia-Romagna pari a 2 ml. per l'acquisizione di arredi e attrezzature.

G – Ospedale della Riabilitazione

L'intervento è finanziato ex art. 20 Legge 67/88 Nuovo Programma n. 213. L'affidamento dei lavori che completeranno la ristrutturazione del Padiglione è stato effettuato nella seconda metà del 2009. I lavori sono stati ultimati e, nel corso dell'anno 2012, si provvederà a completare i trasferimenti delle diverse Unità Operative del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo fino a completamento definitivo.

H – Polo della Psichiatria

I lavori si sono conclusi nell'anno 2011. L'edificio sarà ceduto all'Azienda USL di Parma che, nel corso dell'esercizio 2012, vi trasferirà le strutture del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo a Direzione Universitaria (SPOI) e del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).

I – Nuova Medicina Nucleare

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1912 del 23 novembre 2009 l'Azienda è stata autorizzata a contrarre un mutuo dell'importo di 11 milioni di euro per finanziare parte dell'intervento destinato alla progettazione e realizzazione della nuova struttura di Medicina Nucleare. Nel corso del 2011 è stata esperita la gara per la contrazione del mutuo che si è conclusa senza aggiudicazione, causa le condizioni particolarmente onerose per il bilancio aziendale previste dall'unica offerta economica presentata.

L - Trasferimento Centrale Operativa 118 (D.G.R. 2187/2009)

Il trasloco della Centrale Operativa 118 dalla sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a via del Taglio (Parma) ha reso necessari: la realizzazione dell'infrastruttura della rete telefonica 118 Emilia Romagna, il trasferimento degli apparati radio, il cablaggio dei locali e la posa di nuove antenne. I lavori hanno preso avvio alla fine del 2009 e l'intervento è stato ultimato nel 2010. Nel corso dell'anno 2011 è stata completata la fase di acquisizione delle attrezzature informatiche.

M – Completamento Segnaletica

Nel corso del 2009 è stata completata la posa della segnaletica direzionale esterna alle strutture ospedaliere. E' in corso, e si completerà nel 2012, la posa della segnaletica interna ai Padiglioni e alle Unità Operative con l'attivazione dell'Ospedale dei Bambini.

N – Ammodernamento tecnologico apparecchiature medicali e informatiche

L'intervento rientra nel Programma straordinario di interventi in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – IV^a fase, 2° stralcio e che sarà oggetto di sottoscrizione di apposito Accordo di Programma tra Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e la Regione Emilia-Romagna.

O – Nuovo Pronto Soccorso e Centro poliambulatoriale e completamento DH oncologico

Sono stati completati i lavori di ampliamento del Nuovo Pronto Soccorso e di realizzazione dell'area ambulatoriale e di medicina d'urgenza. Nel 2011 si sono completati anche quelli di ristrutturazione degli spazi esistenti con la realizzazione dell'Osservazione Breve Intensiva che è stata attivata nei primi mesi del 2012.

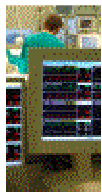
R – Attrezzature pesanti

Acquisizione TAC Multislice e altre attrezzature

L'intervento rientra nel Programma straordinario di interventi in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – IV^a fase. Nel 2009 sono state avviate le procedure di acquisizione della TAC multislice e di altre attrezzature. L'intervento è proseguito nel 2010 e l'installazione si è conclusa nel corso del 2011.

Acquisizione apparecchiature e adeguamento locali per radiologia interventistica

L'intervento trova in parte finanziamento nel Programma straordinario di interventi in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – IV^a fase. Nel 2011 sono iniziati i lavori di adeguamento dei locali. L'intervento di ristrutturazione e l'installazione delle apparecchiature saranno conclusi entro il 2012.



S2 – Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica

L'intervento, finanziato con D.G.R. 1154/2010 sulla scorta di quanto previsto dall'art. 33 della L.R. 24/2009, ha per oggetto l'affidamento delle attività professionali finalizzate alle verifiche tecniche dei livelli di sicurezza strutturale, mediante rilievi, definizione e coordinamento della campagna di indagini diagnostiche, modellazioni numeriche ed analisi strutturali, degli edifici ospedalieri, da effettuare in conformità alle vigenti norme tecniche statali e regionali.

T - Attrezzature, arredi, informatica, manutenzioni straordinarie

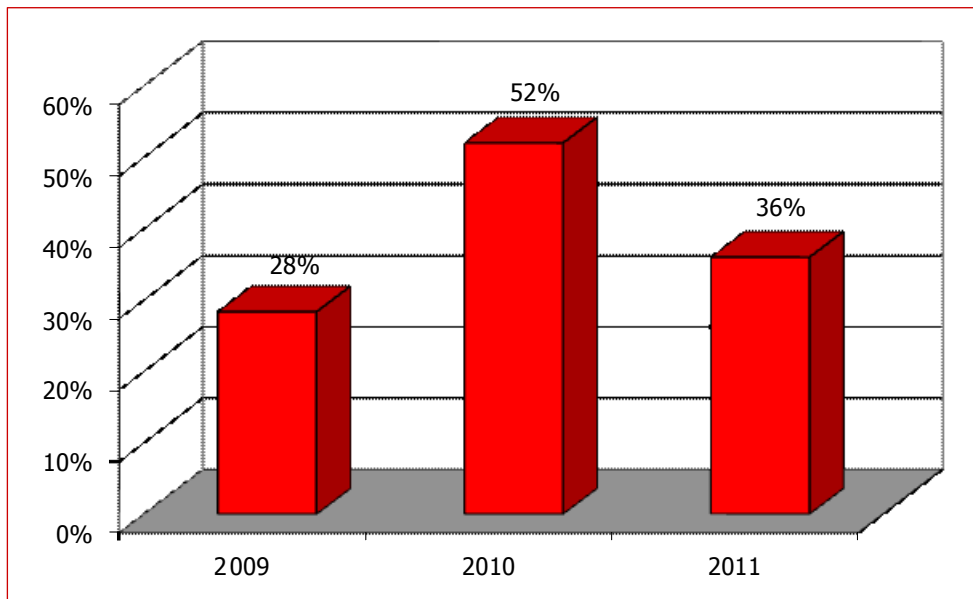
Per il rinnovo ordinario di attrezzature, arredi e informatica e per le manutenzioni straordinarie di immobili e impianti è stato possibile, nel corso dell'esercizio 2011, procedere con investimenti per un ammontare di oltre 3,1 milioni di euro.

T5 – Altri investimenti

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

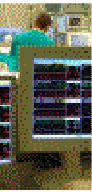
Il grado di copertura degli investimenti in immobilizzazioni materiali nette realizzati, nel corso degli esercizi 2009, 2010 e 2011 attraverso finanziamenti provenienti da contributi pubblici, è stato percentualmente pari a:

	2009	2010	2011
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	28%	52%	36%



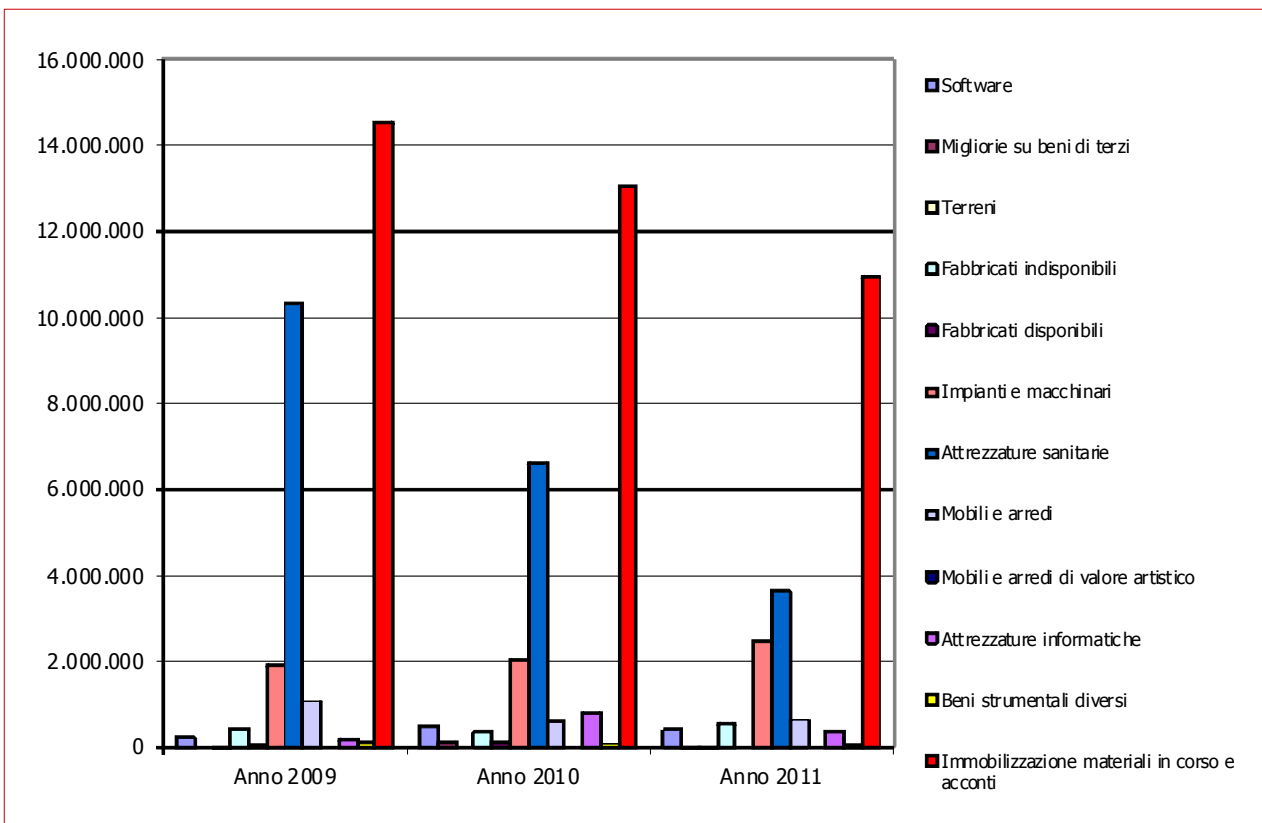
Nell'esercizio 2011 gli ammortamenti netti sorgenti sono stati pari a 0,9 ml. di euro e la quota di utilizzo dei contributi in conto capitale dei beni in ammortamento al 31.12.2011 è stata di 0,084 ml. euro. Nell'anno 2010 gli ammortamenti netti sorgenti sono stati pari a 1,173 ml. di euro e la quota di utilizzo dei contributi in conto capitale dei beni in ammortamento al 31.12.2010 è stata di 0,957 ml. euro. Nel 2009 gli ammortamenti netti sorgenti sono stati pari a 1,165 ml. di euro e la quota di utilizzo dei contributi in conto capitale dei beni in ammortamento al 31.12.2009 di 0,564 ml. di euro.

Si ricorda che nell'anno 2010 sono stati realizzati importanti investimenti finanziati, almeno in parte, tramite contributi statali e regionali in conto capitale o elargizioni e contributi provenienti da altri enti. Tra questi si ricorda: il completamento dei lavori di ampliamento del Nuovo Pronto Soccorso e i lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga destinato a sede del Polo della Psichiatria.



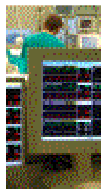
I nuovi investimenti effettuati nel triennio 2009-2011 ammontano, per singola tipologia, a:

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
TOTALE NUOVI INVESTIMENTI	28.889.111	24.402.766	19.134.882
Software	221.791	484.677	414.398
Migliorie su beni di terzi	-	144.036	18.000
Terreni	3.300	-	1.936
Fabbricati indisponibili	417.477	359.209	562.421
Fabbricati disponibili	29.700	129.497	-
Impianti e macchinari	1.925.072	2.067.369	2.474.231
Attrezzature sanitarie	10.325.414	6.639.862	3.629.655
Mobili e arredi	1.079.104	612.130	649.215
Mobili e arredi di valore artistico	-	-	-
Attrezzature informatiche	211.634	818.512	365.283
Beni strumentali diversi	102.892	95.115	42.720
Immobilizzazione materiali in corso e acconti	14.572.727	13.052.359	10.977.023



Come dettagliato nello stato degli investimenti, nel corso dell'esercizio 2011 hanno preso avvio, o sono proseguiti, o sono stati realizzati rilevanti investimenti. Preme sottolineare l'impegno profuso per il proseguimento dei lavori di costruzione dell'Ospedale di Notte del Nuovo Ospedale dei Bambini in vista della imminente conclusione prevista per l'anno 2012, per il completamento dei lavori di realizzazione dell'area ambulatoriale e della medicina d'urgenza presso il Nuovo Pronto Soccorso, per il proseguimento dei lavori relativi al Poliblocco IV° lotto e all'Ospedale della Riabilitazione, per la conclusione dei lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga destinato a sede del Polo della Psichiatria dell'Azienda USL, per l'acquisizione delle attrezzature informatiche necessaria al completamento del trasferimento della Centrale Operativa 118, per l'attivazione dell'intervento finalizzato alle verifiche tecniche di vulnerabilità sismica. Nel corso dell'esercizio sono state attivate attrezzature di elevato valore tecnologico, quali la TAC multislice, e sono iniziati i lavori di adeguamento dei locali e l'acquisizione delle apparecchiature destinate alla radiologia interventistica.

Nel 2011 si è verificato un aumento delle quote di ammortamento iscritte in bilancio rispetto all'esercizio precedente (+6% pari a +1,07 ml. di euro): l'ammortamento di immobilizzazioni materiali è incrementato del 5% (+0,995 ml. di euro), mentre quello di immobilizzazioni immateriali di 0,075 ml. di



euro (+17%). I maggiori scostamenti rispetto al 2010 si hanno relativamente agli ammortamenti di impianti e macchinari (+26% pari a 0,338 ml. di euro), fabbricati indisponibili (+4% pari a +0,292 ml. di euro), attrezzature sanitarie (+3% pari a +0,261 ml. di euro), software (+17% pari a +0,071 ml. di euro), mobili e arredi (+8% pari a +0,07 ml. di euro) e attrezzature informatiche (+10% pari a +0,068 ml. di euro). Si precisa che gli ammortamenti sono stati calcolati sulla base della durata utile del cespite e del suo utilizzo nella fase produttiva.

Gli ammortamenti, al netto delle quote sterilizzate, assommano a complessivi 13,15 milioni di euro. Le quote sterilizzate, che corrispondono alle quote dei contributi in conto capitale e delle donazioni utilizzate per ridurre indirettamente le quote di ammortamento relative alle acquisizioni di immobilizzazioni finanziate con tali contributi, sono stati pari a 6,761 milioni di euro (+8% rispetto al 2010 pari a +0,487 ml. di euro in relazione alla maggiore consistenza delle donazioni finalizzate a investimenti). Le quote sono risultate così distribuite: 5,603 ml. di euro per utilizzo di contributi in conto capitale e 1,158 ml. di euro per utilizzo di donazioni finalizzate a investimenti.

Come già precisato, la Deliberazione di Giunta Regionale n. 440/2012 ha confermato l'obiettivo dell'equilibrio economico-finanziario così come assegnato per l'anno 2011 alle singole Aziende sanitarie con la deliberazione n. 732/2011 che prevedeva per il 2011 che la condizione di equilibrio fosse definita a partire dal risultato di esercizio al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31/12/2007 e non coperti da finanziamento pubblico, dando altresì atto che, a fronte del riconoscimento delle eccedenze di spesa, dovesse comunque essere garantito l'equilibrio di bilancio nella modalità definita a livello nazionale per il 2011 per la verifica degli equilibri regionali che prevede invece la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni ad utilità pluriennale entrati produzione negli anni 2010 e 2011

Il grado di rinnovo del patrimonio aziendale, inteso come capacità di nuovi investimenti in immobilizzazioni materiali e immateriali rispetto al totale degli investimenti lordi, nel triennio 2009-2011 è stato percentualmente pari a:

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Immobilizzazioni immateriali	0,1%	0,3%	0,2%
Immobilizzazioni materiali	11,1%	9,0%	7,1%
Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali / Totale investimenti lordi	11,2%	9,3%	7,3%

Maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio. Dopo l'incremento di investimenti in nuove acquisizioni registrato nel 2009, nel 2010 si è evidenziata una lieve flessione degli investimenti in immobilizzazioni materiali e immateriali che è proseguita anche nel 2011 in relazione al progressivo realizzarsi del Nuovo Ospedale di Parma e alla programmazione di interventi non ancora in fase di realizzazione, ma in corso di progettazione. Rimangono invece pressoché costanti gli investimenti finalizzati al rinnovo e al mantenimento delle strutture edili, degli impianti e delle tecnologie. Nell'esercizio 2011 il totale dei nuovi investimenti evidenzia complessivamente una riduzione del 22% rispetto all'esercizio precedente (-5,268 ml. di euro) e riguarda in particolare le voci relative a attrezzature sanitarie (-3,01 ml. di euro) e immobilizzazione materiali in corso e accenti (-2,075 ml. di euro). Si tratta delle stesse tipologie di immobilizzazioni che avevano registrato decrementi anche nell'esercizio 2010, ma i maggiori incrementi nell'anno 2009. Da segnalare un aumento nel 2011 degli investimenti in impianti e macchinari non sanitari.

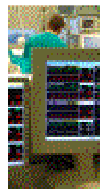
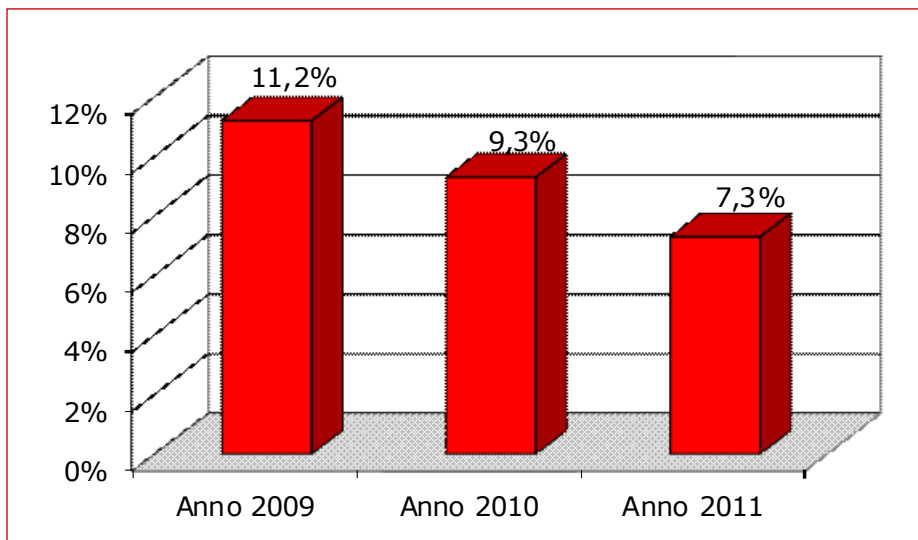


Grafico 5 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale



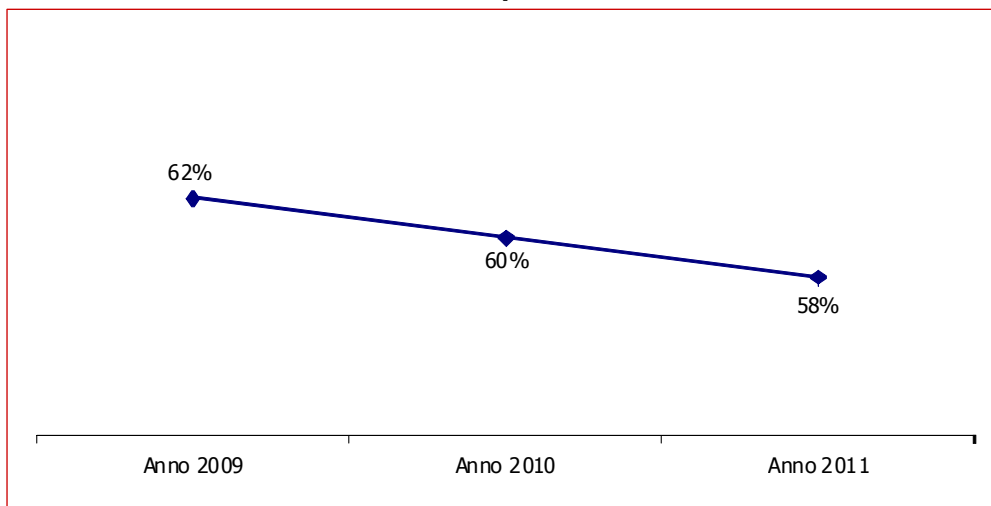
La disamina del profilo patrimoniale dell'azienda si conclude con la valutazione sintetica del grado di vetustà della dotazione di immobilizzazioni materiali e immateriali, in considerazione del fatto che i nuovi investimenti rispondono anche alla necessità di garantire la sostituzione del patrimonio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

Il trend del grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, calcolato come rapporto percentuale tra il valore residuo dei beni durevoli e il totale degli investimenti lordi in beni durevoli, nel triennio 2009-2011 è stato il seguente:

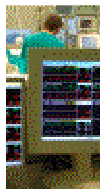
Tabella 1 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	62%	60%	58%

Grafico 6 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale



L'indicatore, come evidenziano la tabella e il grafico, nel triennio di osservazione ha un mantenuto un andamento pressoché costante (la riduzione è intorno al 2%) e evidenzia la portata degli investimenti, effettuati e tuttora in atto, per la realizzazione di nuovi corpi ospedalieri e la riqualificazione di strutture già esistenti, e dimostra come l'Azienda sia riuscita a far fronte all'invecchiamento del proprio patrimonio attraverso la realizzazione di nuovi investimenti.



2.2 Impatto sul contesto territoriale

Il contributo dell'Azienda all'economia del territorio, anche dal punto di vista occupazionale, e la trama delle relazioni con il contesto concorrono a definire il profilo aziendale, ad integrazione del quadro economico dell'Azienda (delineato nel paragrafo precedente) e del ruolo dell'Azienda nel sistema sanitario regionale (di cui al successivo paragrafo 2.3), con particolare riferimento alla copertura dei livelli essenziali di assistenza e alla qualità delle prestazioni erogate.

Impatto economico

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

La popolazione lavorativa dell'Azienda è passata, nel 2011, a 3.596 dipendenti a tempo indeterminato rispetto ai 3.637 nel 2010 (con una contrazione pari a -1,13%). Considerando le tipologie contrattuali tempo indeterminato e tempo determinato (per un maggior dettaglio sulle caratteristiche e sull'evoluzione nel tempo del personale si veda il capitolo 4 del presente volume), la popolazione lavorativa al 31.12.2011 è pari a 3.809, di questi l'83,8% risiede sul territorio provinciale (percentuale incrementata dell'1,7% rispetto allo scorso anno), mentre l'11,4% proviene da altre regioni e meno del 5% ha la residenza in regione. Tale rilevazione non prende in considerazione i dati relativi al domicilio che probabilmente porterebbero un incremento delle persone che effettivamente "vivono" il territorio, pur non avendo ancora deciso di stabilirvisi.

Si rileva un incremento, rispetto all'anno precedente, di contratti di lavoro flessibile, legati all'espletamento di progetti aziendali, anche connessi ad attività di ricerca, e finanziati con fondi extra aziendali. Complessivamente il lavoro flessibile riguarda il 3,1% del totale delle professionalità presenti in Azienda.

Tabella 1 Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale, anno 2011

	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Altro personale
Ruolo sanitario	2450	143	120
Ruolo professionale	8		
Ruolo tecnico	951	68	5
Ruolo amministrativo	187	2	9
Totale	3596	213	134

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

Si conferma un ruolo di rilievo per l'Azienda nel mercato del lavoro locale, come evidenziato dal grafico 1 che evidenzia, in istogramma, l'andamento negli anni della popolazione lavorativa aziendale (considerando tutte le tipologie contrattuali) e, attraverso la linea spezzata, l'andamento del peso percentuale di tale popolazione sugli occupati della provincia di Parma.

Dal grafico 1 si evince che l'incidenza percentuale sugli occupati della provincia si attesta nel 2011 sull'1,9% presentando una lieve flessione rispetto agli anni precedenti, in particolare il 2010 quando l'incidenza è arrivata quasi al 2%. Infatti, nel 2011 secondo i dati a disposizione [Fonte: Occupati e tasso di occupazione Serie storica 2004-2011 dal Portale per la statistica della provincia di Parma - rilevazione Istat campionaria sulle forze di lavoro] il numero degli occupati in provincia di Parma è aumentato rispetto all'anno precedente, a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione lavorativa aziendale.

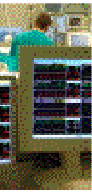
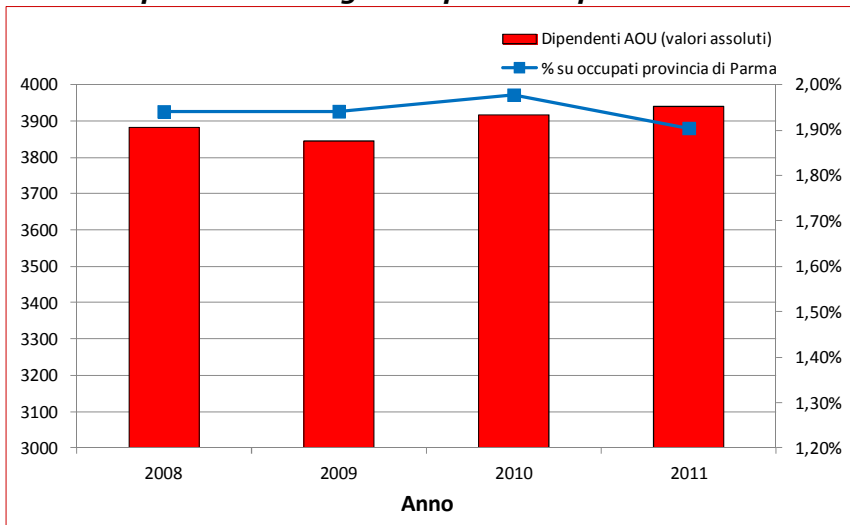


Grafico 1 Andamento della popolazione lavorativa AOU (tutte le tipologie contrattuali) e incidenza percentuale sugli occupati della provincia di Parma



Per quanto riguarda la provenienza dei professionisti impiegati nella nostra Azienda, si segnala che 87 lavoratori sono stranieri; di questi, 54 provengono da paesi dell'Unione Europea (in maggioranza dalla Romania), mentre 22 dei 33 lavoratori di provenienza extra-europea sono paraguaiani. Rispetto al 2011 il numero complessivo dei lavoratori stranieri presenta un incremento di 2 unità.

Lavoratori stranieri	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
Intra UE	52	49	54	54
Extra UE	30	30	31	33
Totale	82	79	85	87

I lavoratori appartenenti alle categorie protette sono ulteriormente incrementati, passando da 93 nel 2010 a 98.

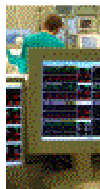
31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
68	93	98

Gli universitari in convenzione con l'Ospedale sono diminuiti di 21 unità, passando da 250 a 229, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 2 Universitari suddivisi per ruolo, anno 2011

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	192
Ruolo tecnico	5
Ruolo amministrativo	32
Totale	229

Frequentano l'area ospedaliera 3.264 studenti (a.a. 2011-2012), fra corsi di laurea e post-laurea di area sanitaria. I medici in formazione specialistica, iscritti nell'a.a. 2010-2011 alle Scuole di specializzazione di Area Sanitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, sono 529. Quest'ultimo dato si riferisce all'anno accademico 2010/2011, tenuto conto delle intervenute disposizioni ministeriali che hanno comportato uno slittamento dell'avvio di ciascun anno di corso in luogo del precedente inizio di tutti gli anni di corso nel mese di Novembre. Nel successivo paragrafo 2.4 del presente capitolo, dedicato a ricerca e didattica, è possibile trovare il dettaglio della distribuzione della popolazione studentesca fra i diversi corsi di laurea programmati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli studi di Parma, nonché l'articolazione delle Scuole di specialità mediche con i relativi iscritti, dei corsi di Dottorato post-laurea e dei Master.



Il dato economico relativo agli emolumenti corrisposti ai dipendenti e ai relativi oneri previdenziali e assistenziali, al netto del rimborso per personale in comando, evidenzia ulteriormente il ruolo di rilievo dell'Azienda nel mercato del lavoro.

Nel 2011 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 176.253,8 (valore in migliaia).

Di questi 168.565,8 migliaia di € concerne il personale ospedaliero e 7.687,9 migliaia di € è il costo sostenuto dall'Azienda per tutto il personale universitario in convenzione.

Di seguito, nelle tabelle 3 e 4, sono riportati gli importi erogati dall'Università degli Studi per il personale in convenzione negli anni 2009-2011, il cui andamento è da mettere in relazione alla contrazione di personale rilevata sopra:

Tabella 3 Valori degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori e docenti convenzionati, anni 2009-2011

Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
2009	10.217,8	3.809,7	14.027,6	6.106,4
2010	10.184,1	3.796,3	13.874,2	6.089,1
2011	8.423,6	3.158,5	11.582,1	5.067,6

I valori sono espressi in migliaia di euro

Tabella 4 Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a personale tecnico-amministrativo in convenzione, anni 2010-2011

Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
2010	2.995,7	1.159,5	4.145,5	2.045,8
2011	2.355,3	910,7	3.266,1	1.611,3

I valori sono espressi in migliaia di euro

Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si evidenzia che nel 2011 oltre un quinto (21,3%) dei beni e servizi acquistati (nelle classi di bilancio: acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione) ha interessato il territorio provinciale. Tale quota è incrementata nel 2011 a fronte di una sostanziale stabilità dell'ambito regionale.

Tabella 5 Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione, anni 2010-2011

	Anno 2010	Anno 2011
Ambito territoriale di Parma	€ 32.677,1	€ 35.120,8
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 10.781,8	€ 10.717,6
Totale Regione	€ 43.458,9	€ 45.838,4

Non sono comprese le sopravvenienze passive

I valori sono espressi in migliaia di euro

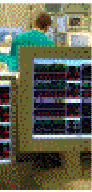
L'importo complessivo del 2011 relativo alle classi di beni e servizi indicate ha fatto rilevare una lieve contrazione e ammonta a 164.886,4 migliaia di euro, contro i 165.873,5 del 2010, e, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 27,8% del totale.

Impatto sociale e culturale

La dimensione sociale del ruolo svolto dall'Azienda nel contesto territoriale viene rilevata attraverso indicatori indiretti, come, ad esempio, i lasciti e le donazioni che possono essere assunti come segnali del riconoscimento della funzione sociale che i cittadini e le realtà economiche del territorio riconoscono all'Ospedale.

In tale prospettiva, si consideri che nel corso dell'anno 2011, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ricevuto 118 contributi tra donazioni e lasciti. Il numero maggiore di donazioni (83) proviene da singoli cittadini. Ventisei sono invece le donazioni pervenute da associazioni, 5 da scuole e 4 da imprese.

Il valore economico della generosità di tante persone si aggira intorno ai 390 mila euro, cui vanno aggiunte donazioni di attrezzature sanitarie per un valore complessivo di 134.700 euro, da parte di singoli cittadini, associazioni ed imprese.



Oltre a strumentazioni sanitarie di vario genere, le donazioni riguardano anche aspetti meno tangibili come il mettere a disposizione risorse di tipo relazionale, o le iniziative per rendere meno difficili periodi particolari come le feste di Natale (con la distribuzione di doni ai piccoli ricoverati cui ha contribuito la Fondazione Cassa di Risparmio), o la moto-befana che è "atterrata" in pediatria il 6 gennaio.

Tuttavia non è certo possibile misurare attraverso questi dati il reale valore, in termini di fiducia e di impegno, di tante persone verso l'ospedale cittadino.

Il legame tra Azienda e tessuto sociale si esprime nelle varie iniziative provenienti dal contesto territoriale e dal volontariato che contribuiscono a creare continuità tra tempi di vita e tempi di cura. Tuttavia per dare adeguata evidenza di questa fitta e intensa rete di relazioni e iniziative non sono sufficienti le pagine di questo volume.

Considerato il contesto specifico e il fine istituzionale di questa rendicontazione si evidenziano, per il 2011: l'impegno della Scuola in ospedale, punto di riferimento e di continuità che testimonia azioni, iniziative e sinergie che si situano sul crinale fra dimensione sociale e culturale; e la partecipazione dell'Azienda alle iniziative legate alla festa dell'Europa.

La Scuola in Ospedale

Nell'anno scolastico 2010-2011 la Scuola in Ospedale ha impegnato 4 docenti di scuola primaria e 4 docenti di scuola secondaria di primo grado, tutti appartenenti all'Istituto Comprensivo "G. Ferrari". L'attività è ufficialmente riconosciuta dal Ministero della Pubblica Istruzione e permette ai bambini, specie a quelli costretti a lunghi periodi di degenza, di non perdere anni scolastici, né il contatto con la classe di appartenenza e di esercitare appieno il diritto costituzionale relativo all'assolvimento dell'obbligo scolastico. Le insegnanti della Scuola in Ospedale operano infatti in collegamento con i docenti della classe di appartenenza del bambino, cercando il più possibile di evitare che il piccolo ammalato subisca anche gli aspetti secondari della malattia, tra cui quello di essere allontanato dalla sua classe e dai compagni che, nel frattempo, hanno continuato a svolgere un regolare percorso educativo.

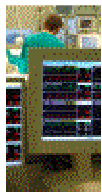
La Scuola in Ospedale nel corso dell'anno scolastico 2010-2011 ha seguito 303 alunni di scuola secondaria di 1° e 2° grado degenti presso i reparti pediatrici: in particolare 257 bambini e ragazzi con degenza breve (1-7 giorni), 20 con degenza media (8-15 giorni) e 26 con un periodo di degenza superiore ai 15 giorni. I bambini della scuola primaria sono stati 308 con degenza breve, 55 con degenza media e 14 con degenza protratta per un totale di 521 bambini. Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso un servizio scolastico a 824 alunni.

L'attivazione della Scuola non riguarda solo i reparti pediatrici. Le richieste di intervento arrivano anche da altri reparti specialistici in cui i bambini sono ricoverati per la patologia che li ha colpiti (tra i quali l'Ortopedia, la Medicina Riabilitativa, la Medicina d'Urgenza, la Rianimazione e il Centro Ustioni). I contatti con il bambino malato e la sua famiglia si stabiliscono immediatamente dopo il ricovero, in modo da garantire un inserimento nella struttura ospedaliera meno traumatico possibile, in quanto tra i compiti principali della scuola ospedaliera vi è quello di favorire l'accoglienza, presupposto fondamentale per instaurare una relazione positiva con la struttura, i suoi professionisti e i suoi meccanismi di funzionamento.

L'attività didattica, in questi anni, è stata caratterizzata dall'integrazione con vari progetti.

Nel corso del 2011, è proseguita l'attività del **progetto di domiciliazione**, in particolare, con un alunno della scuola secondaria di primo grado non residente che ha preso alloggio nella casa offerta dall'Associazione "Noi per Loro" e un alunno di scuola primaria presso la propria abitazione. Il progetto è pensato per garantire il diritto allo studio dei ragazzi ospedalizzati e per migliorarne, nel contempo, la qualità di vita durante la degenza (C.M. 353/98), attenuando l'isolamento degli alunni e mantenendo il contatto con i compagni e gli insegnanti della scuola di appartenenza. Per questo particolare aspetto del progetto è fondamentale la cooperazione del personale sanitario nel fornire le conoscenze utili al fine di ottimizzare l'intervento scolastico domiciliare. La collaborazione si realizza anche grazie a specifici incontri di équipe medico-psico-pedagogica (primario, medici, caposala, psicologa di reparto, personale infermieristico e ausiliario, assistente sociale, insegnanti d'Ospedale).

Un progetto particolarmente gradito a bambini e ragazzi è stato "**Parma in pillole**", nato con l'obiettivo di offrire l'opportunità di conoscere la città, il territorio, le zone circostanti e alcune realtà operative. L'esperienza è risultata ancor più significativa per gli alunni non residenti, che hanno avuto l'occasione di conoscere aspetti della città che li ospitava. È stato compito dell'insegnante destare la curiosità degli alunni e cercare di far loro apprezzare gli aspetti più significativi e interessanti, nella moltitudine di ricchezze culturali e architettoniche che offre. In particolare, sono state realizzate uscite in collaborazione col personale sanitario e gli operatori del volontariato, tra cui la gita sul fiume Po, visita alla Biblioteca di ALICE con Laboratorio creativo, visita al Parco Regionale dei Boschi di Carrega, riprese aeree del fiume Po



con il coinvolgimento di un alunno di Oncoematologia, laboratorio di produzione del gelato in collaborazione con la ditta Motta, visita all'Orto Botanico di Parma, e la gita di fine anno a Leolandia in provincia di Brescia.

Alcune uscite in particolare sono state realizzate in sinergia con il Progetto Comenius, sviluppando le tematiche dell'ambiente e del riciclaggio dei rifiuti.

Comenius – Your World Our World

Il progetto Comenius, di durata biennale, finanziato dall'Unione Europea attraverso il Life Long Learning Programme, stabilisce un partenariato multilaterale tra la Sezione Scolastica Ospedaliera dell'I.C. " G. Ferrari " e altre quattro scuole europee: Oulu- Finlandia, Patrasso- Grecia, Strzyzowice – Polonia sotto il coordinamento della scuola polo del Chelsea Children's Hospital di Londra. Il progetto mira a contribuire alla costruzione dell'Europa e ad accrescere il senso di appartenenza all'Unione Europea attraverso lo scambio di informazioni, il confronto metodologico e la mobilità dei docenti. Gli studenti coinvolti nel progetto saranno incoraggiati a migliorare l'apprendimento delle lingue straniere attraverso gli scambi culturali e i contatti con le diverse scuole partners. Tema conduttore di tutte le attività è stato la conoscenza dell'ambiente naturalistico e la sua salvaguardia.

L'approfondimento degli aspetti ambientali legati al territorio ha permesso uno scambio di informazioni utile ai fini dell'ampliamento delle conoscenze degli alunni. In corso d'anno sono stati ospitati docenti delle scuole polacche, finlandesi e greche partners del progetto, con le quali sono state realizzate uscite e attività didattiche inerenti al tema ambientale. Sono stati coinvolti, in qualità di esperti, professionisti di ARPA, TETRAPACK, i quali hanno organizzato lezioni e spettacoli in reparto, inerenti al tema dell'aria e del riciclaggio dei rifiuti. Tutti i dati raccolti attraverso foto, video, uscite didattiche, laboratori, interviste e attività pratiche sono stati inseriti sulla piattaforma web creata appositamente per il progetto al fine di favorire l'interscambio tra gli studenti e i docenti dei diversi paesi partecipanti. Sempre nell'ambito di questo progetto, è stato organizzato, presso il reparto di Oncoematologia Pediatrica, uno spettacolo bilingue promosso dalla Compagnia MELERACCONTI di Reggio Emilia.

A conclusione di tutto il lavoro è stato realizzato un DVD avente come argomento i quattro elementi: aria, acqua, terra e fuoco. Si tratta di un documentario visivo e sonoro che testimonia tutte le fasi salienti del Progetto Comenius.



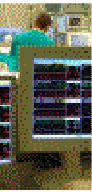
L'Ospedale lo conosco anch'io

È proseguito il progetto educativo "L'ospedale lo conosco anch'io" (progetto finanziato dall'associazione Noi per Loro, con il contributo della Fondazione Cariparma), dedicato ai bambini delle scuole materne e avviato nel corso del 2004. Si tratta di un intervento di sensibilizzazione realizzato presso le Scuole dell'Infanzia della città per prevenire e ridurre gli eventuali disagi che possono insorgere durante un'esperienza di ricovero ospedaliero. La prevenzione della sofferenza psicologica e dello stato di angoscia, legati alla diffusa immagine dell'ospedale come luogo di paura e sofferenza, è il fondamento dell'iniziativa che ha coinvolto in due fasi (2004/2005 e 2008/2011) bambini e famiglie iscritti alle scuole dell'infanzia di Parma e provincia. Durante le ore di frequenza scolastica, in una condizione di benessere psico-fisico, i bambini hanno avviato insieme ai volontari una riflessione serena sui temi "malattia" e "ospedale". Analogo percorso è stato rivolto agli insegnanti e ai genitori.

Nell'anno scolastico 2010-2011 il progetto si è rivolto alle scuole dell'infanzia FISM di Parma e Provincia coinvolgendo 7 scuole per un totale di 1700 bambini circa.

Il progetto ha registrato partecipazione ed entusiasmo da parte dei bambini, la collaborazione delle famiglie e la competenza degli insegnanti nell'affrontare un tema tanto delicato, permettendo al progetto di crescere fino diventare un'esperienza straordinaria. Esso promuove un'immagine dell'Ospedale come luogo sereno, accogliente, di cura, risanamento e guarigione. Contribuisce alla costruzione dell'identità del bambino, facendo emergere i sentimenti e le emozioni legati al percorso di malattia, e nel contempo educando alla comprensione degli eventi della vita.

Al progetto si è affiancata un'importante iniziativa in collaborazione con l'insegnante di danza Lucia Perego: la danzatrice ha realizzato uno spettacolo dedicato alla farfalla Tilly e a tutti i personaggi del



racconto proposto dal progetto. La rappresentazione si è svolta presso il Teatro Cristal di Collecchio ed ha visto la partecipazione, in qualità di artisti, di alcuni alunni del reparto di Oncoematologia Pediatrica.

Progetto "Concordia Magistra Vitae "

Visto il numero sempre più elevato di ragazzi e ragazze di scuola secondaria di secondo grado, la sezione scolastica ospedaliera ha realizzato un progetto che coinvolge docenti volontari provenienti dalle diverse scuole superiori di Parma, provincia e altre città limitrofe, al fine di rispondere a tutte le esigenze scolastiche dei ragazzi relativamente alle materie ad indirizzo specifico. Nel corrente anno scolastico sono stati coinvolti docenti di latino, greco, diritto, storia dell'arte, italiano e storia e fisica. Cinque sono stati gli alunni coinvolti nel progetto.

Musica per l'Ospedale dei Bambini

Da alcuni anni la Scuola in Ospedale organizza, in collaborazione con i reparti dell'area pediatrica, una serata a ricordo della nascita dell'Ospedale del bambino, avvenuta il giorno 9 dicembre 1900. Per l'occasione sono coinvolti cori, musicisti cittadini e della provincia e, quando possibile, alunni ospedalizzati. La manifestazione nasce con l'intento di festeggiare la ricorrenza della fondazione dell'Ospedale dei bambini, ma soprattutto con lo scopo di sensibilizzare la cittadinanza alla realtà dei bambini ospedalizzati. Ogni anno giungono numerose richieste da parte di studenti di scuole esterne per poter partecipare in qualità di artisti. In occasione dell'ultima manifestazione, svoltasi il 15 dicembre 2011, la serata è stata arricchita grazie alla presenza di un'alunna di scuola in ospedale che si è esibita in qualità di musicista con l'accompagnamento del Coro A.R.S. Canto "G.Verdi" del Teatro Regio di Parma. Inoltre ha partecipato alla serata la sezione musicale del nostro I.C. "Ferrari" proponendo il racconto musicale "Il pifferaio magico".

Sempre nell'ambito dei progetti artistico-musicali, la Scuola in Ospedale ha partecipato al G.E.F. di Sanremo con la realizzazione, da parte di un alunno di Oncoematologia Pediatrica, di una tela sul tema dell'immigrazione. All'alunno è stato assegnato un attestato di merito consegnato in occasione delle premiazioni finali tenutesi a Sanremo nel mese di Aprile 2011.

Col sostegno del Comune di Parma è stato inoltre possibile offrire ad alcuni ragazzi del reparto oncoematologico l'opportunità di esibirsi sul palcoscenico di una delle sale della Casa della Musica di Parma. I ragazzi hanno realizzato un saggio strumentale, esibendosi alle chitarre, alla tastiera e al metallofono.

Anche i giornalisti del quotidiano "Gazzetta di Parma" hanno dedicato particolare attenzione ad alcuni ex-alunni della sezione scolastica ospedaliera promuovendo un'intervista speciale avente come tema la scoperta dei propri talenti all'interno di un percorso di cura.

Rapporti con l'esterno

Per mantenere vivi i rapporti e lo spirito di collaborazione con le Associazioni di volontariato presenti nei reparti pediatrici, le docenti di Scuola in Ospedale hanno partecipato, in qualità di relatori, ad alcune importanti iniziative: due convegni proposti dall'Associazione Noi per Loro ed un convegno organizzato dall'Associazione Giocamico.

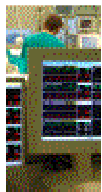
In conclusione

Il progetto "Scuola in Ospedale" cresce a livello di visibilità sul territorio grazie anche alla disponibilità delle docenti di aderire a proposte e progetti che arrivano dall'esterno. Si sono intensificati anche i contatti con le strutture scolastiche degli alunni ricoverati con cui abbiamo avviato una continua e regolare corrispondenza anche in termini di scambio di comunicazioni e aggiornamenti sul percorso educativo-didattico. Molto utili si sono rivelati gli incontri tra insegnanti delle scuole di appartenenza, docenti di Scuola in Ospedale e medici responsabili di reparto.

Festa dell'Europa

In occasione della festa dell'Europa organizzata a Parma dal 2 al 9 maggio, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nell'ambito del dipartimento di Radiologia e Diagnostica per immagine, ha organizzato due incontri tra soggetti istituzionali, cittadini, associazioni di volontariato e medici, per condividere riflessioni e saperi su temi che, pur provenendo dalla società civile, investono massicciamente le attività svolte all'interno delle strutture sanitarie.

Nei due seminari sono stati trattati temi di medicina personalizzata, sistemi innovativi di ascolto degli utenti, collaborazione con le associazioni, assistenza alla popolazione fragile e disagiata, supporto all'utenza straniera, innovazione e ricerca.



La Festa dell'Europa di Parma è un evento organizzato da Comune di Parma, Provincia di Parma, Europass, EFSA, Rappresentanza a Milano della Commissione europea e Università degli Studi di Parma in collaborazione con 70 partner e soggetti del territorio, in prevalenza provenienti dall'associazionismo. L'edizione 2011 della festa ha proposto numerose occasioni di incontro per riflettere sulle diverse priorità dell'agenda politica dell'Unione: cultura, sicurezza alimentare, biodiversità, innovazione, integrazione, pace, solidarietà, giovani, sostenibilità, ambiente, eccetera. Sono stati organizzati 60 eventi che hanno riempito di significato un ricco palinsesto di iniziative, tutte accomunate dal respiro europeo e dalla fruizione gratuita.

Impatto ambientale

L'impatto ambientale e le modifiche all'ambiente derivanti dalle attività, dai prodotti e dai servizi dell'organizzazione, sia per quanto attiene al prelievo e all'utilizzo di risorse sia in riferimento alla gestione dei rifiuti, sono sempre più temi di rilievo e di attenzione per le aziende sanitarie.

Le tipologie di interventi messi in atto sono diversificate e riguardano, ad esempio, i rapporti di fornitura, il patrimonio immobiliare, le politiche del personale (sia con interventi informativi per massimizzare i comportamenti virtuosi in tema di consumi, mobilità e gestione dei rifiuti, sia con indagini mirate), oltre a realizzazioni specifiche come il magazzino AVEN per la gestione dei farmaci (presentato nel bilancio di missione 2009), un progetto di logistica integrata che presenta una grande attenzione al tema della sicurezza e dell'impatto ambientale.

Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

1. implementare, sistemi, per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, eccetera) nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale;
2. attivare, compatibilmente con le risorse disponibili, iniziative di mobilità sostenibile;
3. realizzare iniziative di informazione per gli operatori sanitari sull'uso razionale dell'energia e sulla corretta gestione ambientale;
4. garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale;
5. ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari;
6. incrementare se possibile, in collaborazione con Intercent-ER, gli "acquisti verdi".

Risultati raggiunti

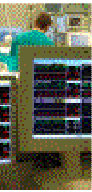
1. È stata realizzata la progettazione esecutiva di un impianto di cogenerazione da 2826 kW elettrici, la cui esecuzione sarà effettuata nell'ambito del global manutentivo in fase di avvio nel 2012; è in fase realizzativa un impianto di solare termico da 250 kW nell'ambito della riqualificazione del padiglione Barbieri; è previsto un impianto di solare termico da 250 kW nei lavori di costruzione del padiglione Piastra IV Lotto.
2. In tema di mobilità sostenibile, l'Azienda ha tenuto contatti puntuali e costanti con il Mobility manager d'Area, partecipando a tutte le iniziative e gli incontri programmati. Si è data continuità agli impegni e alle agevolazioni per i dipendenti, in tema di mobilità:
 - abbonamenti a tariffa ridotta per la sosta negli spazi a righe blu;
 - abbonamenti agevolati per il Trasporto Pubblico Locale (TPL) gestito da TEP;
 - utilizzo del Car Sharing per gli spostamenti di lavoro;
 - coinvolgimento nel progetto Europeo CARMA che prevede la partecipazione di 6 città europee (Parma, Goteborg, Londra, Eindhoven, Riga e Budapest) per lo sviluppo di nuovi strumenti di marketing per l'uso della bicicletta.
3. È proseguita la campagna di sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda e la raccolta di segnalazioni e suggerimenti da parte dei dipendenti trasmessi all'indirizzo e-mail iospengolospreco@ao.pr.it. Nello specifico, sul tema dell'uso razionale dell'energia e del rispetto ambientale è stato organizzato l'evento "La gestione ambientale", presentato nel box successivo.
4. L'Azienda ha garantito la partecipazione costante ai gruppi regionali e la puntualità dei flussi dati richiesti dagli organismi regionali preposti.
5. cfr. il box successivo che presenta nel dettaglio il tema gestione rifiuti;

Interventi in fase di sviluppo o in corso

È in corso la rifunzionalizzazione degli impianti di illuminazione delle aree comuni del Centro del Cuore e della Torre delle Medicine

Criticità rilevate

1. Mancanza di fondi;
2. Complessità delle soluzioni e integrabilità con esistente;
3. Vincoli legislativi e autorizzativi.



Gestione rifiuti

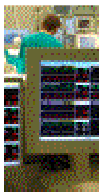
Tra le problematiche igienico – organizzative di maggiore rilevanza in ambito ospedaliero, la gestione dei rifiuti occupa un posto di primaria importanza per le rilevanti implicazioni in termini di sicurezza degli operatori e degli utenti, di impatto ambientale sul territorio e di costi gestionali sostenuti per la raccolta e smaltimento.

Il governo di tale articolata e complessa tematica è al centro delle politiche gestionali aziendali, in piena sintonia con le linee di indirizzo del Programma regionale "Il Sistema Sanitario per uno sviluppo sostenibile", che richiedono interventi continuativi per la realizzazione di progetti di miglioramento della gestione dei rifiuti sanitari, adeguandoli alle indicazioni contenute nelle Linee Guida per la Gestione dei Rifiuti e degli scarichi idrici nelle aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna (D.G.R. 27 luglio 2009, n. 1155).

Risultati raggiunti

Le attività intraprese hanno riguardato:

1. partecipazione agli incontri periodici del Gruppo Regionale Gestione Ambientale (GA), che svolge la funzione di cabina di regia nella gestione dei Rifiuti prodotti nelle aziende sanitarie della regione, al fine di allineare la programmazione aziendale alle linee di indirizzo regionali;
2. realizzazione, in collaborazione con l'Assessorato Politiche per la Salute – Direzione Sanità e Politiche Sociali – Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia Romagna, della 3^a Edizione del Seminario sullo Sviluppo Sostenibile "**La gestione ambientale**", a cui hanno partecipato oltre 74 Professionisti, di cui si indicano le percentuali di partecipazione rispetto alle diverse categorie: il 17,5% Medici/Biologi/Farmacisti, il 48,6% Infermieri, 24,3% Tecnici, 8,1% OTA/OSS, 1,3% altro personale dell'Azienda. Complessivamente, tra il 2010 e 2011, sono stati formati oltre 370 operatori sanitari.
3. revisione, sulla base del D.G.R. 1155/2009, delle linee guida aziendali, procedure gestionali ed istruzioni operative che definiscono, per singola tipologia di rifiuto, il percorso aziendale nelle varie fasi, dalla produzione allo smaltimento;
4. prosecuzione dell'attività di gestione degli scarichi idrici, con particolare riferimento ai reflui prodotti dai laboratori analisi. E' stato condotto un censimento che ha portato ad un'individuazione più dettagliata dei reflui prodotti nelle varie UU.OO./Servizi ed alla verifica delle azioni necessarie (richieste analisi chimico-fisiche, autorizzazione all'allacciamento in fogna nei casi previsti, eccetera) per determinare il loro trattamento come rifiuto/scarico, nel rispetto dei vincoli normativi esistenti;
5. attivazione, gestione e controllo del nuovo appalto per la raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo pericolosi e non. In tale contesto si è provveduto a:
 - riorganizzare la raccolta di sostanze chimiche pericolose e non, presso le UU.OO/S.S. e Servizi Aziendali, sia per quanto riguarda la raccolta periodica, sia per quella estemporanea;
 - realizzare specifiche istruzioni operative volte alla corretta gestione delle varie tipologie di rifiuto
 - potenziare le attrezzature da collocare sia nelle varie UO/Servizi, sia a livello centralizzato per il miglioramento della gestione della raccolta di pile, imballaggi in plastica, imballaggi in vetro e toner, aumentando la quota di rifiuti da destinare al recupero di materia. I dati saranno disponibili successivamente;
 - potenziare le attrezzature per la raccolta centralizzata dei Rifiuti di Apparecchiature Elettriche ed Elettroniche, pericolose e non;
 - predisporre la raccolta dei rifiuti, da parte delle nuove ditte incaricate, nel rispetto dei percorsi aziendali previsti per lo smaltimento dei rifiuti;
 - fornire, a tutti i Laboratori aziendali, specifici kit di pronto intervento ed il relativo protocollo d'uso da impiegare in caso di contaminazione ambientale accidentale.
 - effettuare attività di verifica e controllo, delle conformità del rifiuto, nell'ambito delle richieste di smaltimento inviate dalle UU.OO./Servizi
6. prosecuzione delle attività volte:
 - all'incremento della quota di carta/cartone e plastica, oggetto di raccolta differenziata, iniziata in modo capillare già nel 2010, attraverso attività di controllo e verifica sia nelle UUOO, sia nei punti di raccolta a piè di padiglione. Non è possibile fornire dati precisi sulle quantità raccolte rispetto a tali matrici, in quanto il ritiro viene effettuato, nell'ambito della raccolta istituzionale, a cura della Ditta incaricata, sull'intero territorio comunale;
 - al controllo, monitoraggio delle quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti. I dati, nel rispetto dei flussi e dei tempi indicati, sono stati forniti ai referenti del Gruppo



Gestione Ambientale della Regione Emilia Romagna. I dati 2011 sono riferiti alla produzione aziendale 2010, e quelli all'anno 2011 saranno disponibili successivamente, al termine della dichiarazione MUD;

- alla verifica e monitoraggio delle attività legate alla corretta gestione dei rifiuti prodotti: sono state realizzate diverse verifiche sia presso le UU.OO./Servizi, sia nei punti aziendali centralizzati di raccolta;
- alla verifica, nell'ambito dei contratti appaltati in essere a livello aziendale, con la conseguente segnalazione delle "non conformità" riscontrate ai servizi competenti aziendali e territoriali;
- alla predisposizione della nuova convenzione per il ritiro e lo smaltimento delle parti anatomiche riconoscibili prodotte in Azienda ed adeguamento della procedura in essere
- ad adottare le specifiche tecniche contenute nei bandi di gara intercent-ER per l'acquisizione di beni e servizi, favorendo ove possibile una politica aziendale degli "acquisti verdi"

In linea con la normativa di riferimento, D.M. 17 dicembre 2009 e successive modifiche ed integrazioni, si è provveduto ad predisporre le azioni necessarie per rendere operativo l'adeguamento, a livello aziendale, del *Sistema informatizzato del controllo e tracciabilità dei rifiuti - SISTRI*.

In particolare sono state svolte le seguenti attività:

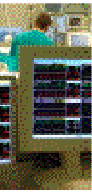
- risolvere, con le ditte che gestiscono i rifiuti in ambito aziendale, le criticità correlate all'applicazione del sistema, con particolare riguardo ai nuovi adempimenti amministrativi legati alle modalità di ritiro, movimentazione e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi (schede movimentazione, area registro cronologico, eccetera) che andranno progressivamente a sostituire la documentazione cartacea (FIR - Registro di carico/scarico);
- realizzare le specifiche procedure per consentire la messa a regime del sistema, aggiornate più volte nell'arco dell'anno alla luce delle continue modifiche apportate a livello centrale e non ancora operative causa difficoltà di impiego del software gestionale, tra tutti gli interlocutori coinvolti (produttori, trasportatori, smaltitori);
- formare / aggiornare gli operatori amministrativi delegati all'inserimento dei dati nel sistema SISTRI;
- predisporre apposita documentazione riguardante il riepilogativo di tutti i dati utili alla compilazione delle schede di movimentazione dei rifiuti, in collaborazione con le Ditte coinvolte, in modo da agevolare gli operatori incaricati dell'inserimento dati;
- sperimentare l'operatività sul campo del sistema informatizzato con le ditte già abilitate, per evidenziare le problematiche relative al funzionamento dell'applicativo. A tal proposito si precisa che la sperimentazione è durata circa un mese ed ha coinvolto due delle cinque ditte, che svolgono i servizi appaltati in Azienda.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

E' stata prevista la realizzazione di audit per la verifica della corretta gestione delle varie tipologie di rifiuto prodotte all'interno delle UU.OO./ Servizi da parte dei Professionisti ed interventi di formazione/informazione mirati al miglioramento del processo di gestione dei rifiuti, in termini di qualità del rifiuto prodotto, differenziando la raccolta delle varie matrici, al fine di ottenere una riduzione, ove fattibile, della quota di rifiuti pericolosi inviati allo smaltimento.

Si prevede di implementare e rendere pienamente operativo il sistema di gestione dei dati di produzione rifiuti, inviati in RER attraverso l'utilizzo dell'apposito applicativo informatico CUP 2000.

Criticità rilevate



2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Costo pro-capite per livello di assistenza

Per valutare il livello di efficienza e l'allocazione delle risorse, a livello regionale, vengono effettuate elaborazioni dei costi pro capite per livello di assistenza calcolati come rapporto tra il costo per livello e sub livello e la popolazione di riferimento per la determinazione del finanziamento del livello stesso (ossia la popolazione nel contesto territoriale opportunamente pesata). L'analisi misura l'entità delle risorse destinate da ogni Azienda USL al soddisfacimento dei bisogni sanitari della propria popolazione ed è finalizzata a produrre informazioni sulle performance delle Aziende USL e ad un confronto fra le Aziende stesse e la media regionale.

Il valore delle prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere ai residenti nel territorio della rispettiva AUSL di riferimento viene considerato come costo dell'Azienda Territoriale nel corrispondente livello di assistenza tenendo conto degli importi indicati nell'accordo di fornitura. Non sono rappresentati i costi delle Aziende Ospedaliere, ma esclusivamente il valore, sulla base delle tariffe, delle prestazioni acquistate dalle Aziende USL.

Anche per il 2010 la Regione presenta una elaborazione, solo per il totale aziendale e non per livello di assistenza, nella quale per le Aziende USL di Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ferrara è stata aggiunta al costo aziendale, la quota parte del finanziamento erogato all'Azienda ospedaliera che insiste sul territorio, a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.

L'analisi effettuata a livello regionale, che viene descritta nella tabella, mostra risultati economici molto positivi del sistema provinciale (che risulta essere nel 2010 tra i più bassi della Regione e significativamente al di sotto della media regionale), ai quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fornito un contributo fondamentale nell'erogazione delle prestazioni relative ai livelli di assistenza riferiti a:

- degenza ospedaliera con il 76%, nel 2010, dei posti letto per acuti pubblici della provincia;
- assistenza distrettuale, sub livello assistenza specialistica, con l'erogazione nel 2010 del 65% del valore complessivo della produzione provinciale;
- assistenza distrettuale, sub livello emergenza extraospedaliera con la gestione della centrale operativa del 118.

Per tali motivi, si ritiene utile presentare dati di sintesi relativi al costo pro-capite, sebbene le elaborazioni relative riguardino nello specifico, come detto, le Aziende USL.

Tabella 1 Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale - Totale sistema provinciale, anni 2009-2010 (con quota parte del finanziamento erogato alle Aziende Ospedaliere del territorio)

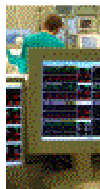
Azienda	Anno 2009			Anno 2010			Var. % costi pieni 2010/2009	Var. % popolazione pesata 2010/2009	Var. % costo pro-capite 2010/2009	Diff. costo pro-capite 2010/2009
	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2009 euro	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2010				
UsI Pr	732.403	440.033	1.664	746.108	442.666	1.685	1,87%	0,60%	1,27%	21,06
Media RER	7.559.915	4.337.966	1.743	7.755.923	4.395.606	1.764	2,59%	1,33%	1,25%	21,74

Fonte: Area riservata Bdm

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2011 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha contribuito allo sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore della mammella, del tumore del collo dell'utero e del tumore del colon retto di cui viene rendicontato nel Capitolo 3.2 Universalità ed equità di accesso all'interno del paragrafo relativo ai Programmi di screening.

In particolare, per il programma di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, pur essendo il pap test esame di 1° livello che viene eseguito nella quasi totalità dei casi presso i servizi territoriali (consultori dell'Azienda USL), si registra un aumento delle prestazioni di pap test del 16% a fronte di un calo di colposcopie e di interventi chirurgici per tumore del collo dell'utero pari rispettivamente a -8% e -32%.



Tumore del collo dell'utero		2010	2011	Var %
	Pap test	346	402	16%
	Colposcopie	566	518	-8%
	Interventi chirurgici	290	197	-32%

Fonte: Banca dati aziendale

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

L'andamento dei costi e dei consumi relativi ai farmaci suddivisi per categoria terapeutica, come da classificazione ATC, è presentato, nel confronto tra il 2011 e il 2010, nella tabella 2.

Le categorie dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, dei farmaci Antimicrobici e dei farmaci del Sistema Sangue costituiscono una spesa pari all'86% della spesa totale anche a fronte di una riduzione della spesa dei farmaci del sistema sangue e organi emopoietici del 26% ed una più contenuta riduzione dei farmaci antimicrobici, pari all'1%, rispetto allo scorso anno.

La categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2011 un aumento della spesa dell'1% rispetto a quella del 2010 (incremento contenuto rispetto al biennio 2010 2009 dove l'incremento aveva registrato valori superiori al 3%).

Recuperi sono stati invece registrati nelle categorie dei farmaci del sistema genito-urinario, cardiovascolare e dei farmaci antiparassitari.

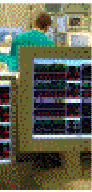
Tabella 2 Costi e consumi medicinali e altri prodotti terapeutici classificati in base all'ATC, confronto anni 2010 e 2011

ATC	Descrizione	Numero unità		diff. % unità 2011-2010	Valore economico		diff. % valore 2011- 2010
		2011	2010		2011	2010	
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	261.343	315.934	-17%	14.701.685	14.586.798	1%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.607.241	1.652.196	-3%	9.644.431	9.704.740	-1%
B	Sangue e organi emopoietici	2.686.022	2.796.003	-4%	4.397.253	5.934.487	-26%
N	Sistema nervoso	1.112.704	1.063.810	5%	1.032.461	1.020.246	1%
V	Vari	170.655	182.294	-6%	947.727	1.075.848	-12%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.463.513	1.439.713	2%	888.249	696.072	28%
M	Sistema muscolo-scheletrico	361.279	361.836	0%	649.936	628.303	3%
R	Sistema respiratorio	276.083	277.095	0%	239.600	210.651	14%
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	82.808	82.017	1%	185.878	241.115	-23%
C	Sistema cardiovascolare	1.535.114	1.535.128	0%	180.867	184.796	-2%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	393.631	385.151	2%	159.288	160.590	-1%
S	Organi di senso	113.473	97.875	16%	105.006	80.589	30%
D	Dermatologici	40.445	38.131	6%	69.932	63.069	11%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	36.467	31.081	17%	28.513	36.898	-23%
Totale		10.140.778	10.352.730	-2%	33.230.826	34.624.201	-4%

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

Fonte: Reportistica AFO - RER

Nel 2011 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 18.661 con 1.683.590 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di € 311.770 corrispondente ad un costo pari a € 1.363.283 se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per la struttura sanitaria territoriale pari a €1.051.513.

Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo è stato nel 2011 pari a € 22.472.144.

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è uno dei fornitori di prestazioni di specialistica ambulatoriale a livello provinciale (pubblico e privato accreditato). Nel 2011 il contributo dell'Azienda alla produzione provinciale è superiore al 60%.

L'attività erogata in regime ambulatoriale, comprensiva dell'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda USL, ha subito una lieve flessione rispetto all'anno precedente (-2%).

Per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio, il contributo dell'Azienda è complessivamente pari al 71%. In tali prestazioni è compresa l'attività di assorbimento dei punti prelievo cittadini dell'Azienda Territoriale la cui attività nel 2011 ha registrato un decremento in termini di numero di prestazioni (-2%). È invece incrementato del 14% il valore rispetto al 2010 (per il dettaglio vedi tabelle 3-4-5)

Tabella 3 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2009

Vedi appendice capitolo 2

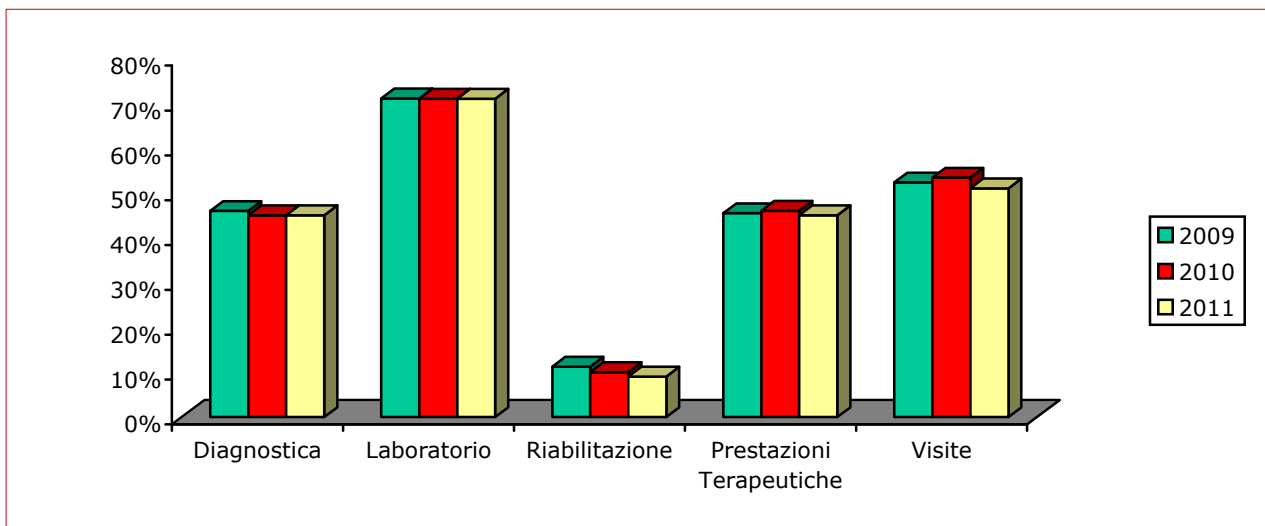
Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2010

Vedi appendice capitolo 2

Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2011

Vedi appendice capitolo 2

Grafico 1 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale provinciale, anni 2009-2011



Fonte: Banca Dati ASA - RER

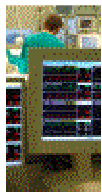
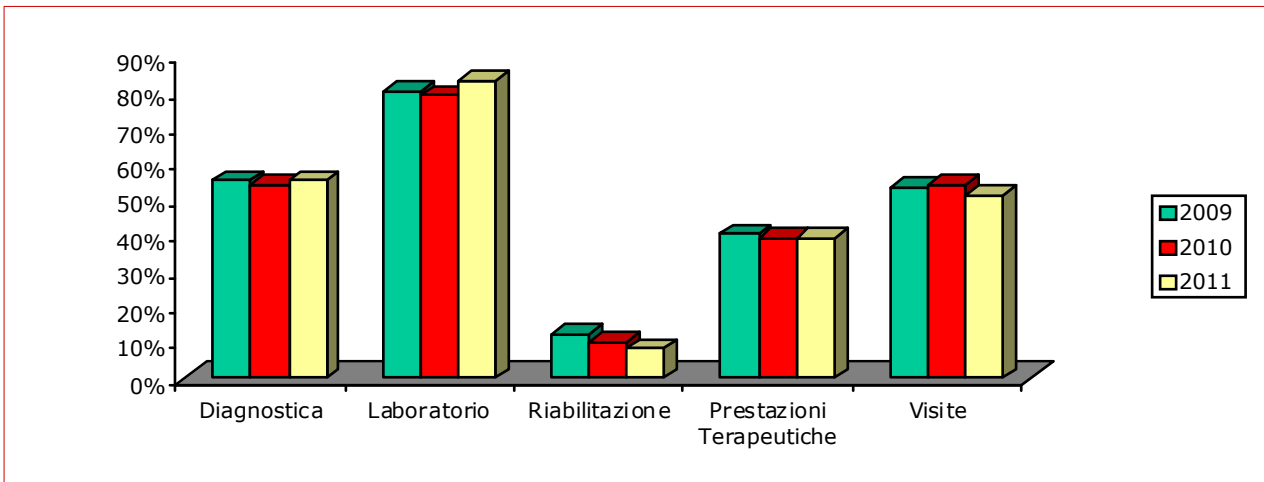


Grafico 2 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale, anni 2009-2011



Fonte: Banca Dati ASA - RER

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

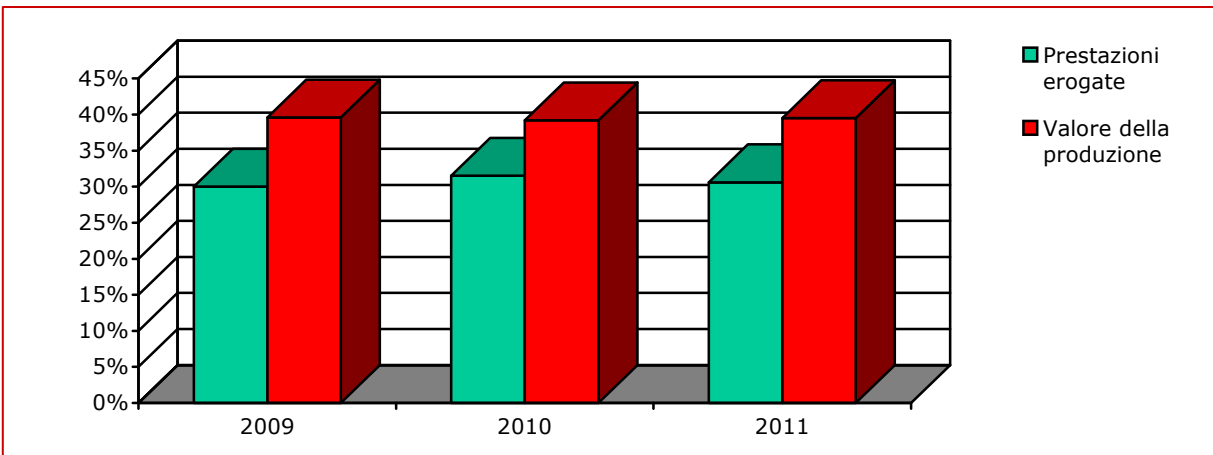
Nell'ambito della produzione aziendale rispetto a quella provinciale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2009-2011, relativamente alle prestazioni critiche, ha avuto un trend in incremento, in termini assoluti, del valore della produzione a fronte di un lieve calo nel 2011 dei volumi di prestazioni erogate. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria è infatti impegnata a garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre che nella fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.

Tabella 6 Volumi e valore delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale, anni 2009-2011

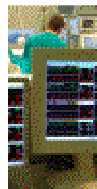
Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2009	111.823	30,0%	5.443.596	39,6%
2010	155.355	31,5%	6.997.287	39,2%
2011	145.761	30,6%	7.155.672	39,5%

Fonte: Area riservata BdM

Grafico 3 Percentuale prestazioni critiche erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2009-2011



Fonte: Area riservata BdM



Percorsi di Day Service (DSA1 e DSA2)

L'Azienda, al fine di razionalizzare i percorsi dei pazienti e ottimizzare le risorse a disposizione, in adesione alle disposizioni regionali e a quanto programmato nel Piano Attuativo Locale, ha attivato anche nel 2011 percorsi di Day Service Ambulatoriale di diverso livello e specifici per patologia di cui viene rendicontato nel Capitolo 3.2 Universalità ed equità di accesso.

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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2009-2011 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 4 e 5, tabella 10).

- **Diagnostica:** l'indice di performance per le prestazioni erogate si mantiene al di sopra della media regionale garantendo il 74% delle prestazioni entro i 60 giorni (contro il 69% della media regionale).
- **Laboratorio:** l'indice di performance ha avuto una flessione nel 2011 rispetto agli anni precedenti sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni che per quelle erogate entro i 60 giorni;
- **Riabilitazione:** nel triennio e in particolare nel 2011, l'indice per le prestazioni di riabilitazione si è mantenuto costante registrando valori oltre il 55% entro i 30 giorni dalla prenotazione e oltre l'80% per le prestazioni erogate entro i 60 giorni.
- **Terapeutiche:** nel triennio 2009-2011 si è assistito ad un decremento dell'indice di performance per le prestazioni terapeutiche entro i 30 e i 60 giorni;
- **Visite:** l'indice di performance 2011 sia per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione che per quelle erogate entro i 60 giorni, ha registrato una flessione, sovrapponibile a quella regionale, rispetto agli anni precedenti.

Tabella 7 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2009

[Vedi appendice capitolo 2](#)

Tabella 8 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2010

[Vedi appendice capitolo 2](#)

Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2011

[Vedi appendice capitolo 2](#)

Tabella 10 Tempi di attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del S.S.N. - % prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2009-2011

Tipologia prestazioni	2009		2010		2011	
	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg	% entro 1-30 gg	% entro 1-60 gg
Totale diagnostica	61,39	79,66	58,35	77,51	50,6	74,39
Totale laboratorio	91,26	96,22	91,68	95,8	87,01	92,72
Totale riabilitazione	51,47	84,16	58,56	81,97	55,93	82,76
Totale terapeutiche	69,06	82,14	69,98	83,2	64,49	81,96
Totale visite	61,88	81,91	62,14	82,04	55,35	78,62

Fonte: Banca Dati ASA

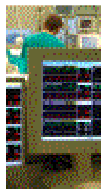
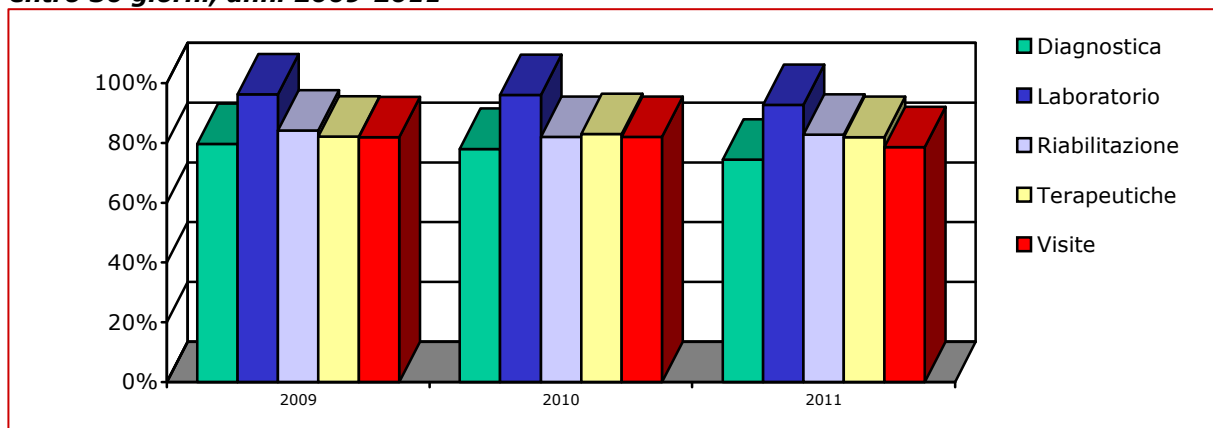
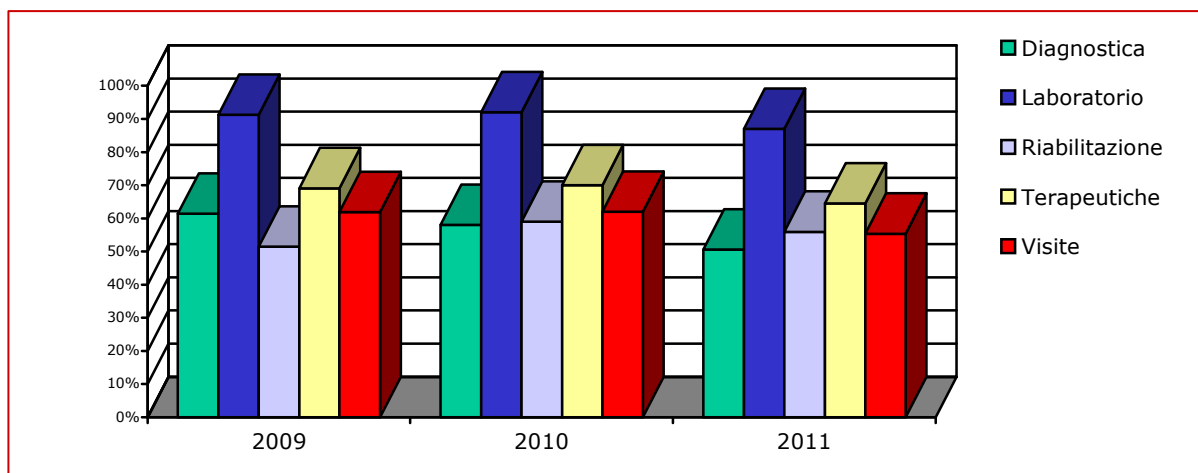


Grafico 4 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tempi di attesa % prestazioni entro 30 giorni, anni 2009-2011

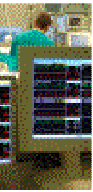


Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 5 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 60 giorni, anni 2009-2011



Fonte: Banca dati ASA



Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2011 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state erogate 48.308 prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia che rappresentano l'1% del volume complessivo di prestazioni specialistiche. Il valore percentuale dell'attività ambulatoriale resa in regime libero professionale si mantiene stabile rispetto al 2010.

Tabella 11 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2010

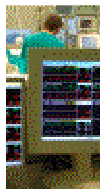
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza Urgenza	93.764	99%	990	1%	94.754
Dipartimento Onco-Ematologico Internistico	275.733	98%	6.220	2%	281.953
Dipartimento Medico Polispecialistico	123.810	97%	3.363	3%	127.173
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	29.630	96%	1.100	4%	30.730
Dipartimento Neuroscienze	26.727	91%	2.703	9%	29.430
Dipartimento Chirurgico	107.244	93%	7.614	7%	114.858
Dipartimento Testa-Collo	95.716	94%	6.072	6%	101.788
Dipartimento Materno-Infantile	123.810	92%	10.572	8%	134.382
Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare	84.356	95%	4.007	5%	88.363
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	139.224	99%	820	1%	140.044
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	2.966.391	100%	3.189	0%	2.969.580
Totale	4.066.405	99%	46.650	1%	4.113.055

Fonte: Banca dati aziendale, attività specialistica ambulatoriale

Tabella 12 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2011

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza Urgenza	96.686	99%	926	1%	97.612
Dipartimento Onco-Ematologico Internistico	272.696	98%	6.166	2%	278.862
Dipartimento Medico Polispecialistico	163.332	98%	2.755	2%	166.087
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	35.337	96%	1.313	4%	36.650
Dipartimento Neuroscienze	31.899	92%	2.705	8%	34.604
Dipartimento Chirurgico	107.244	93%	7.700	7%	114.944
Dipartimento Testa-Collo	97.673	94%	6.254	6%	103.927
Dipartimento Materno-Infantile	119.912	91%	12.414	9%	132.326
Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare	84.356	95%	4.031	5%	88.387
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	138.392	99%	844	1%	139.236
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	2.863.525	100%	3.200	0%	2.866.725
Totale	4.011.052	99%	48.308	1%	4.059.360

Fonte: Banca dati aziendale, attività specialistica ambulatoriale



Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta: posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione

Nella provincia di Parma le necessità di ricovero della popolazione residente sono assolte dalla presenza di una Azienda Ospedaliero-Universitaria, 2 presidi ospedalieri territoriali e 3 case di cura convenzionate. La dotazione provinciale è di 1.772 posti letto per acuti, di cui 1.417 presenti in strutture pubbliche e 355 in case di cura private.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, garantisce una percentuale rilevante di posti letto per acuti pubblici della provincia corrispondente al 76%. Ovviamente, essendo dotata di strutture Hub e di funzioni di eccellenza, una quota rilevante dei posti letto è utilizzata per il trattamento di pazienti provenienti da fuori provincia e da altre regioni. Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria alla dotazione provinciale di posti letto è passato da un valore dell'indicatore di 2,90 nel 2009 ad un valore pari a 2,76 nel 2011 confermando un trend in diminuzione, in adeguamento alle indicazioni nazionali, la riduzione di posti letto è, infatti, in linea con le indicazioni contenute nel Nuovo Patto per la salute 2010-2012 in relazione al quale le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione, nel triennio indicato, dei posti letto ospedalieri il cui numero non deve superare i 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, con variazioni che non possono superare il 5% dello standard di riferimento. Complessivamente si può evidenziare come la provincia di Parma presenti un indice totale di posti letto, pari a 5,23, superiore alla media regionale.

Tabella 13 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2009

Vedi appendice capitolo 2

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera–struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2010

Vedi appendice capitolo 2

Tabella 15 Assistenza Ospedaliera–struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2011

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accreditati e non accreditati						
AUSL Parma	343	6	64	413	355	-	247	85	682					
AOU Parma	1.074	18	126	1.218	-	-	-	-	-	2,43	0,33	0,04	0,33	2,76
Tot. Parma	1.417	24	190	1.631	355	-	247	85	682	4,01	1,22	0,61	0,61	5,23
Tot. Regione	13.741	720	1.446	15.907	2.841	226	891	884	4.586	3,74	0,88	0,36	0,52	4,62

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS; La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia Romagna 1.01.2011 - 4.432.439

(**) La colonna dei posti letto acuti (accreditati e non) è generata sulla base di quanto previsto dall'Accordo AIOP parte II B1 -accreditamento in base all' utilizzo - Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo quelli accreditati

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

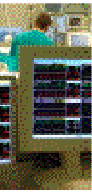
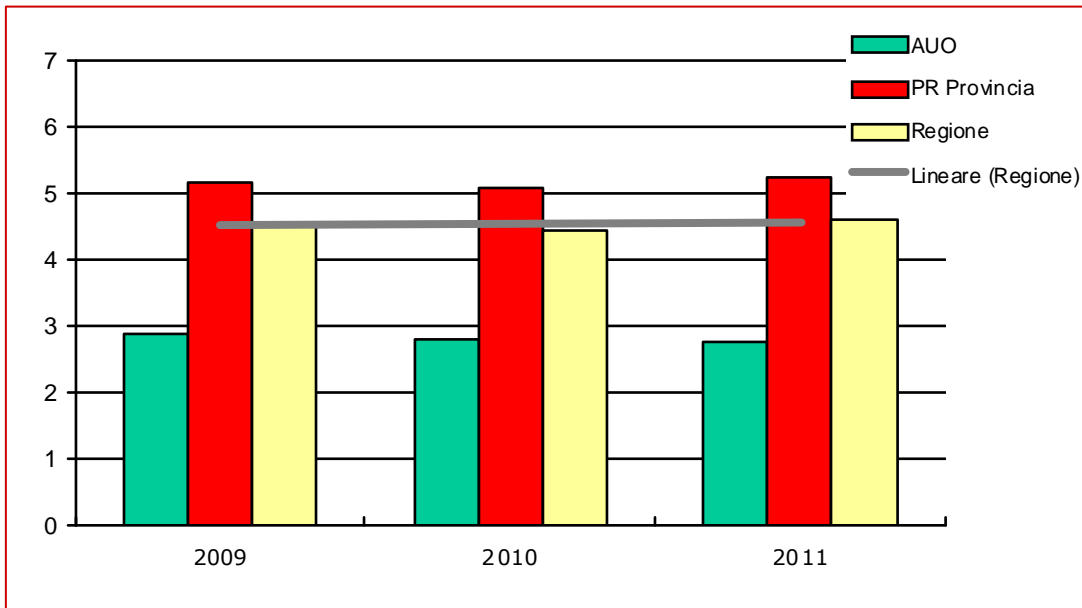


Grafico 6 Confronto provincia di Parma-RER e obiettivo della Conferenza Stato-Regioni su dotazione PL/1000 abitanti



Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS;

La tabella 16 illustra le percentuali di posti letto per funzioni hub dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che rappresentano complessivamente l’11% della dotazione totale dei posti letto ordinari.

Tabella 16 Percentuale posti letto hub definiti a livello regionale

Discipline di ricovero		posti letto ufficiali al 31/12/2011	% posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	2%
47	Centro Ustioni	8	1%
48	Nefrologia / Trapianti	8	1%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	14	2%
30	Neurochirurgia	40	4%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	3	0,3%
73	Neonatologia T.I.	5	1%
Totale Funzioni hub		98	11%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2011*		932	100%

Con l’esclusione dei posti letto di lungodegenza e dei posti letto pensionanti. Fonte Banca Dati Posti letto- RER

Attività Hub

Nel 2011, dei 3.420 ricoveri effettuati presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 34% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell’Emilia-Romagna, mentre nel 17% dei casi si è trattato di cittadini residenti in altre regioni.

La maggior quota di ricoveri extra-provincia è stata trattata presso il Centro Ustioni (55%), la Cardiochirurgia (53%), mentre l’attrazione dei residenti fuori regione è prevalentemente esercitata dalle funzioni di Nefrologia/Trapianti (35%) e dalla la Neurochirurgia (22%), confermando il ruolo preminente che tali reparti di alta specializzazione svolgono sia in ambito regionale che extra regionale.

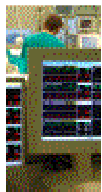


Tabella 17 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub, regime ordinario, anno 2011

Discipline di ricovero	Ricoveri in AOU	di cui			
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
7 Cardiocirurgia	766	403	53%	65	8%
47 Centro Ustioni	157	86	55%	23	15%
48 Nefrologia / Trapianti	277	60	22%	96	35%
49 Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	599	139	23%	96	16%
30 Neurochirurgia	1.238	425	34%	274	22%
18 Centro Trapianti Midollo Osseo	210	14	7%	16	8%
73 Neonatologia T.I.	173	47	27%	10	6%
Totale Funzioni hub	3.420	1174	34%	580	17%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

Fonte: Banca Dati SDO - RER

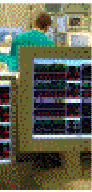
Tabella 18 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub, regime ordinario, anno 2011

Discipline di ricovero (codice e descrizione)	Ricoveri in AOU	di cui			
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
8 Cardiologia	2.282	122	5%	204	9%
9 Chirurgia Generale	3.161	181	6%	300	9%
10 Maxillo-Facciale	725	235	32%	260	36%
11 Chirurgia Pediatrica	1.386	572	41%	270	19%
12 Chirurgia Plastica	922	139	15%	118	13%
13 Chirurgia Toracica	437	36	8%	58	13%
14 Chirurgia Vascolare	565	39	7%	55	10%
18 Ematologia	210	14	7%	16	8%
21 Geriatria	2.046	18	1%	52	3%
24 Malattie Infettive	790	43	5%	65	8%
26 Medicina Generale	5.638	143	3%	296	5%
29 Nefrologia	398	14	4%	32	8%
32 Neurologia	532	31	6%	43	8%
34 Oculistica	742	175	24%	171	23%
36 Ortopedia e Traumatologia	2.832	160	6%	254	9%
37 Ostetricia e Ginecologia	4.155	266	6%	253	6%
38 Otorinolaringoiatria	1.263	168	13%	278	22%
39 Pediatria	2.187	344	16%	168	8%
43 Urologia	1.467	121	8%	163	11%
49 Terapie Intensive (*)	1.436	437	30%	123	9%
50 UTIC	1.224	70	6%	76	6%
51 Astanteria Med. d'Urgenza	2.141	153	7%	60	3%
52 Dermatologia	133	8	6%	9	7%
56 Riabilitazione	188	12	6%	10	5%
58 Gastroenterologia	491	17	3%	31	6%
60 Lungodegenza	2.406	40	2%	112	5%
62 Neonatologia	529	79	15%	31	6%
64 Oncologia	632	41	6%	66	10%
65 Pediatria e Oncoematologia	382	170	45%	49	13%
68 Pneumologia	790	44	6%	64	8%
Totale Funzioni non hub	42.090	3.892	9%	3.687	9%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

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

Fonte: Banca Dati SDO- RER



Per ciò che concerne i ricoveri di residenti extra-provincia ed extra-regione presso reparti che non esercitano a livello regionale funzione hub, si segnalano alcune Unità Operative che possiedono alte percentuali di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione, quali ad esempio la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Pediatrica e la Oncoematologia Pediatrica, con quote rispettivamente pari al 68%, 60% e 58%, indicative di un'attrazione elevata per la qualificata attività svolta.

Indicatori di attività dei centri hub

Alle funzioni Hub ufficialmente riconosciute, si affiancano, nella realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Unità Operative d'eccellenza, così definite per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa. La capacità di attrazione di queste unità operative è un indicatore proxy della qualità percepita e del prestigio della struttura; nelle tabelle che seguono viene riportato il valore, in termini assoluti e relativi, dei casi provenienti da altre province della regione e da altre regioni, rispettivamente per le funzioni Hub e per le funzioni di eccellenza dell'AOU di Parma. Il dato è stato analizzato, in particolare, per le due province limitrofe, Reggio Emilia e Piacenza, e per la regione Lombardia, dalla quale proviene la maggior quota di pazienti residenti fuori regione. E' importante sottolineare che entrambe le funzioni, Hub e di eccellenza, hanno complessivamente un indice di attrazione di oltre il 50%, di cui più del 30% per pazienti provenienti da altre province della Regione Emilia Romagna e oltre il 20% da altre Regioni.

Tabella 19 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2011

Funzioni HUB AOU-PR		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
07	Cardiochirurgia	176	23%	148	19%	36	5%	11	1%	35	5%	406	53%
47	Centro Ustioni	34	22%	18	12%	31	20%	9	6%	15	10%	107	69%
48	Nefrologia/Trapianti	18	6%	7	3%	33	12%	19	7%	75	27%	152	55%
30	Neurochirurgia	149	12%	213	17%	25	2%	108	9%	166	13%	661	53%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	22	13%	12	7%	3	2%	7	4%	2	1%	46	27%
TOTALE		399	15%	398	15%	128	5%	154	6%	293	11%	1372	53%

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Tabella 20 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di Eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2011

Funzioni di eccellenza AOU-PR		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	Maxillo Facciale	138	19%	48	7%	46	6%	54	7%	206	28%	492	68%
11	Chirurgia Pediatrica	390	28%	101	7%	40	3%	96	7%	171	12%	798	58%
65	Oncoematologia Pediatrica	153	40%	6	2%	4	1%	26	7%	19	5%	208	54%
12	Chirurgia Plastica	101	11%	22	2%	14	2%	43	5%	73	8%	253	27%
Totale		782	23%	177	5%	104	3%	219	6%	469	14%	1751	51%

Fonte: Banca Dati SDO - RER

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

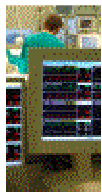


Tabella 21 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub	Anno 2011								Totale	% totale
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07 Cardiocirurgia	176	40%	63	14%	30	7%	4	1%	273	61%
47 Centro Ustioni	35	100%	0	0%	0	0%	0	0%	35	100%
48 Nefrologia/Trapianti	18	50%	10	28%	1	3%	3	8%	32	89%
30 Neurochirurgia	149	34%	70	16%	46	11%	61	14%	326	74%
73 Neonatologia Terapia Intensiva	22	11%	28	14%	9	4%	8	4%	67	33%
Totale	400	35%	171	15%	86	7%	76	7%	733	63%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

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

Fonte: Banca Dati SDO - RER

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

Funzioni di Eccellenza	Anno 2011								Totale	% totale
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10 Maxillo Facciale	138	69%	37	19%	13	7%	7	4%	195	98%
11 Chirurgia Pediatrica	390	75%	68	13%	4	1%	13	2%	475	91%
65 Oncoematologia Pediatrica	153	73%	34	16%	0	0%	16	8%	203	96%
12 Chirurgia Plastica	101	59%	45	26%	16	9%	6	4%	168	99%
Totale	782	71%	184	17%	33	3%	42	4%	1041	94%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Reggio Emilia

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

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Dall'analisi delle tabelle precedenti si evince che la maggior parte di ricoveri, relativi ai residenti nella provincia di Reggio Emilia, afferisce alle strutture dell'AOU di Parma. A parte la casistica relativa al Centro Ustioni con il 100% dei casi trattati presso la nostra Azienda, sono in particolare le funzioni di eccellenza ad esercitare attrazione, e tra queste emergono in modo significativo l'Oncoematologia Pediatrica e la Chirurgia Pediatrica rispettivamente con l'75% e il 73% dei casi trattati.

Tabella 23 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni Hub	Anno 2011								Totale	% totale
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07 Cardiocirurgia	148	43%	46	13%	106	31%	3	1%	303	87%
47 Centro Ustioni	18	90%	0	0%	0	0%	2	10%	20	100%
48 Nefrologia/Trapianti	7	32%	6	27%	6	27%	1	5%	20	91%
30 Neurochirurgia	213	51%	19	5%	139	33%	16	4%	387	93%
73 Neonatologia Terapia Intensiva	12	27%	0	0%	27	61%	1	2%	40	91%
Totale	398	47%	71	8%	278	33%	23	3%	770	91%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza. NB: l'indice di fuga è calcolato sul totale dei pazienti residenti di Piacenza ricoverati in quella disciplina Fonte: Banca Dati SDO - RER

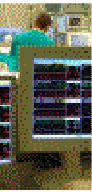


Tabella 24 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Piacenza per disciplina di eccellenza dell'AOU di Parma - regime ordinario

Funzioni di Eccellenza	Anno 2011								Totale	% totale
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10 Maxillo Facciale	48	74%	2	3%	14	22%	1	2%	65	100%
11 Chirurgia Pediatrica	101	59%	3	2%	51	30%	10	6%	165	96%
65 Oncoematologia Pediatrica	6	10%	0	0%	40	67%	14	23%	60	100%
12 Chirurgia Plastica	22	27%	8	10%	48	58%	5	6%	83	100%
Totale	177	47%	13	3%	153	40%	30	8%	373	98%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Piacenza

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

Fonte: Banca Dati SDO - RER

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

Infine, l'analisi dei dati contenuti nelle due tabelle che seguono consente di evidenziare che il numero di pazienti residenti nella provincia di Parma che non afferisce alle strutture Hub e di eccellenza dell'AOU di Parma è esigua, ad eccezione della Cardiocirurgia e della Neurochirurgia per le quali si osserva una "fuga" principalmente verso i presidi della Lombardia.

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

Funzioni Hub	Anno 2011						Totale	% totale
	Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
07 Cardiocirurgia	8	2%	60	16%	7	2%	75	20%
47 Centro Ustioni	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
48 Nefrologia/Trapianti	0	0%	3	4%	2	3%	5	7%
30 Neurochirurgia	25	4%	73	11%	28	4%	126	19%
73 Neonatologia Terapia Intensiva	19	12%	4	3%	4	3%	27	17%
Totale	52	4%	140	10%	41	3%	233	17%

*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma

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

Fonte: Banca Dati SDO - RER

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

Funzioni di Eccellenza	Anno 2011						Totale	% totale
	Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni			
10 Maxillo Facciale	3	1%	10	4%	7	3%	20	8%
11 Chirurgia Pediatrica	9	1%	23	4%	23	4%	55	9%
65 Oncoematologia Pediatrica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
12 Chirurgia Plastica	11	2%	18	3%	7	1%	36	5%
Totale	23	1%	51	3%	37	2%	111	6%

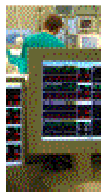
*Esclusi i ricoveri presso i presidi di Parma

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

Per il calcolo dell'indice di fuga non si è considerata la disciplina 49, in quanto presso le diverse Aziende di ricovero tale disciplina identifica genericamente (seppur con diversi progressivi) Unità operative di Terapia intensiva e non necessariamente quelle di Anestesia e Rianimazione.

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Oltre agli indicatori sopra citati, vengono di seguito presentati alcuni dati relativi alle attività erogate da due funzioni Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, il Trauma Center e la Fibrosi Cistica. L'attività relativa al Trauma Center della nostra Azienda si inserisce nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT) dell'Emilia Occidentale, e copre un Bacino d'utenza pari a 1.262.345 di abitanti



(popolazione residente nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza a gennaio 2011 - Statistica regione Emilia-Romagna).

Dalla tabella 27 risulta evidente la funzione Hub esercitata dalla nostra Azienda, che tratta complessivamente il 31% dei casi di traumi dell'area dell'Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (79%), alla traumatologia addominale (48%) e alla traumatologia intracranica (40%). Relativamente a quest'ultima tipologia di casi, va specificato che una significativa percentuale di casi (17%) viene trattata presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia grazie ad un accordo, stipulato tra le due Aziende Ospedaliere di Parma e Reggio, in base al quale i neurochirurghi di Parma operano a Reggio per assicurare gli interventi necessari ai pazienti traumatizzati.

Tabella 27 Dati epidemiologici sulle patologie traumatiche nel SIAT Emilia occidentale - Tipologie di trauma che hanno determinato il ricovero presso le strutture pubbliche e private nel territorio del SIAT Occidentale della Regione ER, anno 2011

Tipologia di trauma	Azienda USL Piacenza		Azienda USL Parma		Azienda USL Reggio Emilia		AOU Parma (hub)		AOSP Reggio Emilia		Totale
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	
Fratture	1642	25%	665	10%	1378	21%	1793	28%	995	15%	6473
Traumi intracranici	189	18%	61	6%	178	17%	420	40%	212	20%	1060
Traumi toracici	43	23%	15	8%	11	6%	42	23%	75	40%	186
Traumi addominali	29	18%	14	9%	5	3%	76	48%	35	22%	159
Ferite	33	16%	19	9%	30	14%	53	25%	73	35%	208
Ferite arti superiori	65	24%	27	10%	67	25%	93	34%	18	7%	270
Ferite arti inferiori	20	28%	5	7%	11	15%	31	44%	4	6%	71
Traumi vasi sanguigni	8	33%	2	8%	1	4%	8	33%	5	21%	24
Traumi superficiali	22	29%	12	16%	18	24%	15	20%	9	12%	76
Traumi da schiacciamento	4	15%	4	15%	6	23%	9	35%	3	12%	26
Ustioni	27	12%	0	0%	5	2%	174	79%	14	6%	220
Traumi nervi e midollo	21	29%	10	14%	9	13%	19	26%	13	18%	72
Totale	2103	24%	834	9%	1719	19%	2733	31%	1456	16%	8845

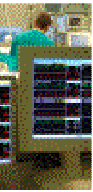
Fonte Banca Dati SDO - RER

Per quanto riguarda la fibrosi cistica, la Regione stabilisce quale Centro hub (delibera 395/2006) per la rete dell'area emiliana la struttura di Fibrosi Cistica della Clinica Pediatrica della nostra Azienda, con copertura dei bacini territoriali di Reggio, Piacenza e Bologna. Presso questi ultimi centri si collocano le funzioni Spoke, in stretto collegamento con l'Hub. Nella tabella seguente viene descritta l'attività erogata nell'ultimo triennio dal Centro hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dalle quale si evince l'importante ruolo di riferimento svolto dai professionisti pediatri per i pazienti affetti da fibrosi cistica. I ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sono rimasti stazionari nel 2011 rispetto all'anno precedente anche in considerazione del fatto che l'attività effettuata per i pazienti affetti da fibrosi cistica trova collocazione anche all'interno dell'area ambulatoriale.

Tabella 28 Ricoveri per fibrosi cistica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Residenza	2009		2010		2011	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	7	12%	7	9%	5	6%
Parma	14	23%	24	30%	28	33%
Reggio Emilia	14	23%	21	26%	16	19%
Modena	1	2%	2	2%	1	1%
Bologna	3	5%	5	6%	13	15%
Rimini	-	0%	1	1%	-	0%
Imola	1	2%	1	1%	1	1%
Fuori Regione	20	33%	19	23%	20	24%
Totale	60	100%	81	100%	84	100%

Fonte Banca Dati SDO - RER



Attività ospedaliera

Il tasso di ospedalizzazione è il rapporto tra il numero di pazienti dimessi residenti nella provincia di Parma e la popolazione residente per 1.000 abitanti. Al fine di eliminare l'effetto che la diversa distribuzione dell'età nella popolazione può avere sul tasso di ospedalizzazione, significativamente associato all'età, viene utilizzato il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, che consente di effettuare confronti fra aree geografiche diverse.

Nella provincia di Parma il tasso di ospedalizzazione standardizzato ha avuto una consistente flessione negli ultimi anni, raggiungendo nel 2011, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 126 per 1.000 abitanti, al di sotto della media regionale che ha un valore pari a 128 per 1000 abitanti.

Anche per i ricoveri in regime di day hospital, il tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo della provincia subisce una lieve flessione nel 2011 rispetto all'anno precedente, passando dal 49,1 per 1000 abitanti del 2010 al 47,48 attuale. Tale decremento è probabilmente riconducibile allo sforzo comune delle due Aziende sanitarie della provincia di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL, di veicolare alcune attività sanitarie, prima effettuate in regime di degenza ordinaria o in regime di DH, verso forme assistenziali più appropriate.

Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 57,2% nel 2011, per il regime ordinario. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (40,9%), a conferma di come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisca l'ospedale di riferimento dell'intera provincia, accogliendo il maggior numero di casi, con la più elevata complessità.

Tabella 29 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle AOSP, anno 2011

Azienda di residenza	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	126	57,2	22,52	58,2	24,95	38
Reggio Emilia	122,4	46,5	22,45	65,6	25,37	43,2
Modena	124,2	29,2	17,94	37,6	21,68	26,5
Bologna	133,5	36,7	17,51	45,7	20,06	29,9
Ferrara	130,8	46,8	18,71	66,4	26,88	48,1
Totale E R	128	40,9	20,1	52,6	21,95	35,5

Fonte: Area riservata BdM

Tabella 30 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2009	131,15	58	24,9	61	24,48	36,4
2010	130,88	57,7	23,55	58,6	25,57	36,9
2011	126	57,2	22,52	58,2	24,95	38

Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2010 in contestazione. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2011.

La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2011. Fonte: Area riservata BdM

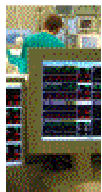
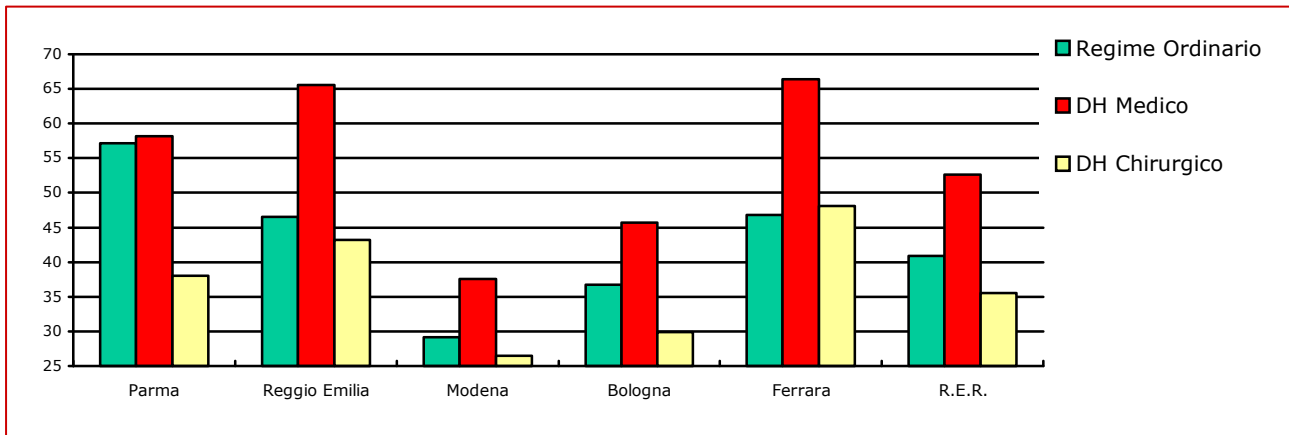


Grafico 7 Contributi % delle Aziende Ospedaliere ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per età: confronto tra le Aziende Ospedaliere della Regione Emilia Romagna, anno 2011. Ricoveri in regime ordinario e in day hospital



Il ricovero ospedaliero si può realizzare in regime ordinario, modalità attraverso la quale il paziente permane alcuni giorni in ospedale, e in regime diurno o di day hospital, medico e chirurgico (day surgery), che rappresenta un modello assistenziale e organizzativo caratterizzato da un numero di accessi ospedalieri programmati, limitati alle sole ore diurne.

Nel 2011 nell'AOU di Parma sono stati effettuati più di 51.000 ricoveri, di cui il 22,32% in regime di DH. Una parte dei ricoveri è stata erogata in regime di libera professione ma, come è evidente nelle tabelle che seguono, si tratta di una quota esigua (complessivamente 204 nel 2011). Tale quota rappresenta lo 0,4% della casistica complessiva. Nell'ultimo triennio i valori percentuali di ricoveri in libera professione si sono mantenuti stabili attestandosi al di sotto della media regionale (1,07%) e sono da attribuire quasi interamente (94,6% dei casi) a ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 31 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale, anni 2009-2011

Azienda di ricovero	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale ricoveri	% casi chirurgici sul totale ricoveri in libera professione	
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione			
2009	AOU Parma	53.638	269	22.737	246	42,4%	91,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	278.638	3.066	117.401	2.698	42,1%	88,0%
2010	AOU Parma	52.803	223	22.508	210	42,6%	94,2%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	277.543	3.008	117.142	2.664	42,2%	88,6%
2011	AOU Parma	51.343	204	22.190	193	43,2%	94,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	272.512	2.915	115.633	2.613	42,4%	89,6%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio dei dati

Tabella 32 Riepilogo Azienda Ospedaliera di Parma, anni 2009-2011

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2009	41.891	245	11.747	24	53.638	269	78,10	21,90	0,50
2010	41.451	202	11.352	21	52.803	223	78,50	21,50	0,42
2011	39.881	190	11.462	14	51.343	204	77,68	22,32	0,40

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Nota: l'estrazione dei dati è stata effettuata dopo il 13° invio dei dati

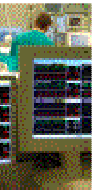


Tabella 33 Riepilogo Regione Emilia-Romagna, anni 2009-2011

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2009	208.609	2.811	70.029	255	278.638	3.066	74,87	25,13	1,10
2010	207.187	2.771	70.356	237	277.543	3.008	74,65	25,35	1,08
2011	202.843	2.628	69.669	287	272.512	2.915	74,43	25,57	1,07

Fonte : Banca dati SDO

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

Complessità della casistica espressa in peso medio DRG

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

Il peso medio, che viene calcolato per disciplina di dimissione, è il rapporto tra i punti DRG prodotti nella specifica disciplina della struttura ospedaliera considerata e i dimessi dalla stessa. Dall'analisi dei pesi medi di ricovero delle diverse discipline dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, si evidenzia una sostanziale stabilità del punto DRG medio nella maggior parte delle discipline di dimissione.

L'indice di case-mix (ICM) rappresenta invece il rapporto tra il peso medio per disciplina, calcolato in una struttura, e un valore di riferimento, che è il peso medio per disciplina calcolato sull'intera regione. Presso l'AOU di Parma la maggioranza delle discipline (67%) presenta un indice di case-mix superiore all'unità, (cfr. tabella 34).

Tabella 34 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2009-2011

Vedi appendice capitolo 2

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

Tabella 35 Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5 sul totale dei casi ordinari

Aziende di ricovero		Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2009	AOU Parma	41.891	3.142	7,5%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	208.609	14.048	6,7%
2010	AOU Parma	41.451	3.154	7,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	207.187	13.722	6,6%
2011	AOU Parma	39.881	3.198	8,0%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	202.843	13.915	6,9%

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

Ricoveri potenzialmente inappropriati

Possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o di day hospital che le strutture sanitarie avrebbero potuto trattare in un regime diverso (rispettivamente in day hospital o in regime ambulatoriale) con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse.

L'elenco dei DRG ad elevato rischio di inappropriata organizzativa a cui viene fatto riferimento è definito dalla Delibera della Giunta regionale n. 1890 del 2010 che ha aggiornato la precedente delibera in vigore sino al 2009. L'incremento dei ricoveri potenzialmente inappropriati, sia in AOU di Parma che nel contesto regionale, rispetto al 2009 risente di questa diversa modalità di valutazione dell'inappropriata.

Nel 2011 la percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati si presenta in lieve calo rispetto all'anno precedente ed è allineata a quella regionale.

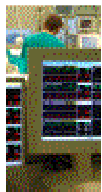


Tabella 36 Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da D.G.R. 1890/2010 su totale dimessi (valori assoluti e percentuali)

Aziende di ricovero		Ricove potenzialmente inappropriati	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri potenzialmente inappropriati sul totale ricoveri
2009 (*)	AOU Parma	1.406	50.886	2,8%
	Aziende Ospedaliere RER	7.479	266.689	2,8%
2010	AOU Parma	2.228	51.712	4,3%
	Aziende Ospedaliere RER	11.034	267.651	4,1%
2011	AOU Parma	2.030	50.362	4,0%
	Aziende Ospedaliere RER	10.634	263.105	4,0%

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

Ricoveri per acuti in regime ordinario, di durata >1 giorno ed età compresa tra 18 e 74 anni, con DRG individuato dalla lista contenuta nella DGR 1890/2010

Tempi di attesa

L'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, poi ripresa dalla Delibera regionale numero 925 del 26.06.2011 - Piano regionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012, contenente accordi sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, ha aggiornato il monitoraggio dei tempi di attesa per il ricovero nel caso di determinate patologie/prestazioni, fissando gli obiettivi da rispettare. È stata stabilita la percentuale di casi da effettuare entro un predefinito periodo di attesa (periodo che intercorre tra il momento della prenotazione della prestazione e il momento del ricovero, espresso in giorni).

In modo particolare vengono individuate alcune aree prioritarie, di cui sono stati fissati gli obiettivi da raggiungere.

1. Area oncologica

in ricovero ordinario

- interventi chirurgici per tumore della mammella:100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento
- interventi chirurgici per tumori colon-retto:100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento,
- interventi chirurgici per tumore della prostata:100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento,
- interventi ginecologici per tumori dell'utero:100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento,
- Interventi chirurgici tumore polmone: 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento;

in day hospital/day surgery

- chemioterapia: entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista (Conferenza Stato-Regioni seduta 11 luglio 2002).

2. Area cardiovascolare

in ricovero ordinario

- by pass aorto-coronarico: 90% dei pazienti entro 60 giorni,
- angioplastica coronarica (PTCA): 90% dei pazienti entro 60 giorni,
- endoarteriectomia carotidea: 90% dei pazienti entro 90 giorni,

in day hospital/day surgery

- coronarografia: 50% dei pazienti entro 60 giorni, 100% dei pazienti entro 180 giorni

3. Area non oncologica

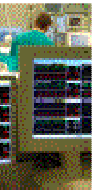
in ricovero ordinario

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

in day hospital/day surgery

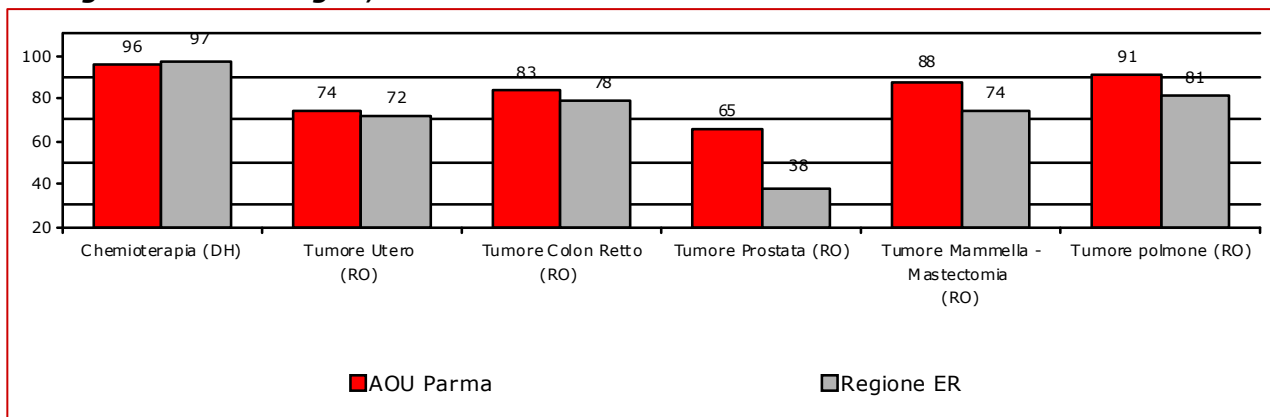
- riparazione ernia inguinale: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 gg,
- emorroidectomia: 90% dei pazienti entro 60 giorni,
- biopsia percutanea del fegato: 90% dei pazienti entro 30 giorni;

Per gli interventi oggetto di monitoraggio regionale dell'**area oncologica** (grafico 8) nonostante nel 2011 non siano stati raggiunti gli obiettivi regionali di esecuzione delle prestazioni entro i 30 giorni nel 100%



dei pazienti, si sono comunque avuti risultati positivi rispetto agli anni precedenti, con un miglioramento dei tempi di attesa per alcune prestazioni. Per quanto riguarda, ad esempio, gli interventi sul tumore della prostata si è passati dall'51% dei pazienti trattati a 30 giorni nel 2010, al 65% del 2011, a fronte di una media regionale con valori inferiori al 50% dei casi. È opportuno sottolineare, che i dati dell'azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono sempre superiori ai valori medi regionali. Per il tumore del colon-retto, l'83% dei casi sono stati trattati entro i 30 giorni, al di sopra della media regionale (78%). Per quanto riguarda gli interventi di mastectomia, nel 2011 l'88% delle pazienti in lista di attesa è stato trattato entro i 30 giorni, a fronte di una media regionale pari al 74% circa. Occorre inoltre considerare che l'80% degli interventi vengono effettuati in regime di day surgery o one-day surgery i cui tempi di attesa sono inferiori. Per il tumore dell'utero viene rispettato lo standard di riferimento regionale nel 74 % dei casi trattati in linea con la media regionale (72%). Infine, la patologia tumorale maligna del polmone viene trattata nel rispetto dei tempi d'attesa nel 90% della casistica, valore decisamente superiore a quello della media regionale (81%).

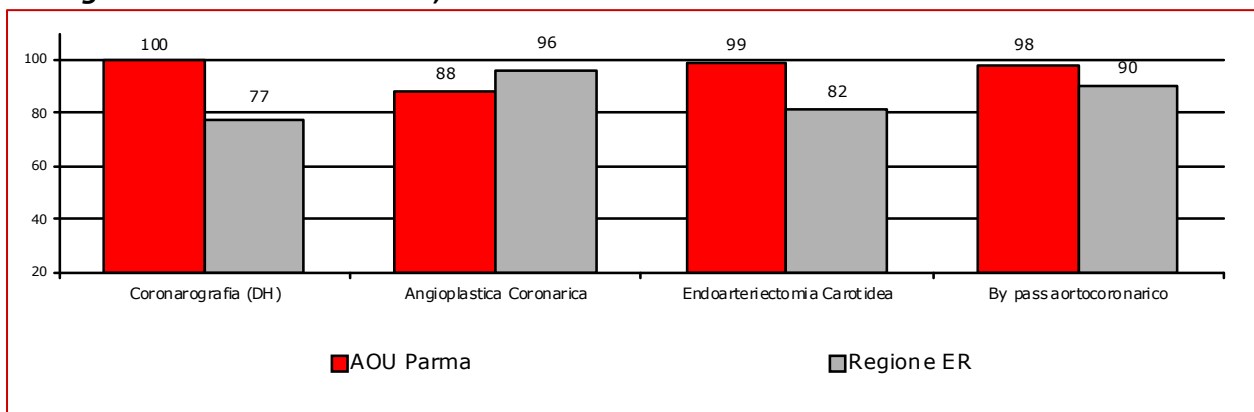
Grafico 8 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Oncologica, anno 2011



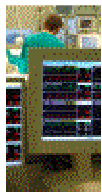
Fonte banca Dati SDO - RER

Rispetto all'area **cardiovascolare**, ottimi sono i risultati per le procedure di by-pass aortocoronarico e endoarteriectomia carotidea (98% vs il 90% fissato dall'obiettivo regionale). Per ciò che riguarda l'intervento di angioplastica (PTCA), la percentuale di interventi effettuati nel rispetto dello standard regionale è stata nel 2011, entro 60 giorni, dell' 88% rispetto al 90% dell'obiettivo regionale. Dal monitoraggio delle coronarografia in DH, risulta che le prestazioni vengono effettuate nel rispetto dei tempi nel 100% dei casi.

Grafico 9 Rispetto dei tempi d'attesa- valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Cardiovascolare, anno 2011



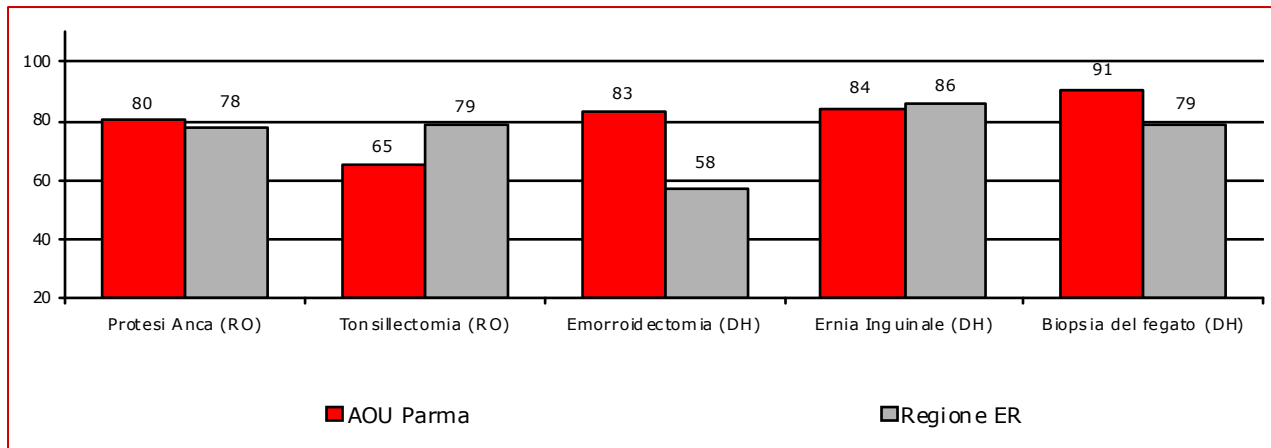
Fonte banca Dati SDO - RER



Per l'area non oncologica la Regione pone come obiettivo il raggiungimento del 50% degli interventi entro 90 giorni e il 90% entro 180 giorni, solo per gli interventi di protesi d'anca che nel 2011, presso la nostra Azienda, vengono effettuati entro 180 giorni nell'80% dei casi presentando valori sovrapponibili a quelli della media regionale.

Il riferimento dello standard per le altre tipologie di intervento relative a quest'area è ricavato in base allo storico regionale (DGR 1532/2006) rispetto al quale, fatto salvo per le tonsillectomie, l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si pone costantemente al di sopra della media regionale. La variabilità dei tempi di realizzazione di tale casistica è anche determinata dalla mancanza di uno specifico standard da parte della regione.

Grafico 10 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Non Oncologica, anno 2011



Fonte banca Dati SDO - RER

Nella tabelle 37 e 38 vengono riportati in dettaglio i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2011.

Tabella 37 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2011

[Vedi appendice capitolo 2](#)

Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2011

[Vedi appendice capitolo 2](#)

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

Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma continua a registrare un trend un incremento del numero di accessi che nel 2011, rispetto all'anno precedente, è pari al 2,29%.

Il numero di ricoveri da PS si è, invece, ridotto facendo registrare un indice di filtro del 16,5% (18% nel 2009). E' importante sottolineare che dagli accessi al Pronto Soccorso qui riportati sono esclusi i casi pediatrici e ostetrico-ginecologici, che per la maggior parte accedono direttamente al reparto.

Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assorbe più del 68 % di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota che si mantenuta stabile negli ultimi tre anni.

Tabella 39 Accessi in PS, anni 2009-2011

Disciplina	2009			2010			2011		
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	82.088	14.812	18,0	82.535	14.616	17,7	84.425	13.936	16,5
AUSL Parma	38.606	5.459	14,1	39.325	5.441	13,8	38.886	5.546	14,3
Totale	120.694	20.271	16,8	121.860	20.057	16,5	123.311	19.482	15,8
Regione ER	1.823.753	252.267	13,8	1.826.192	255.021	14,0	1.864.847	259.499	13,9
% accessi AOU Parma	68,01			67,73			68,47		

Fonte: Area riservata BdM

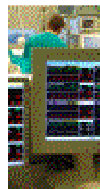
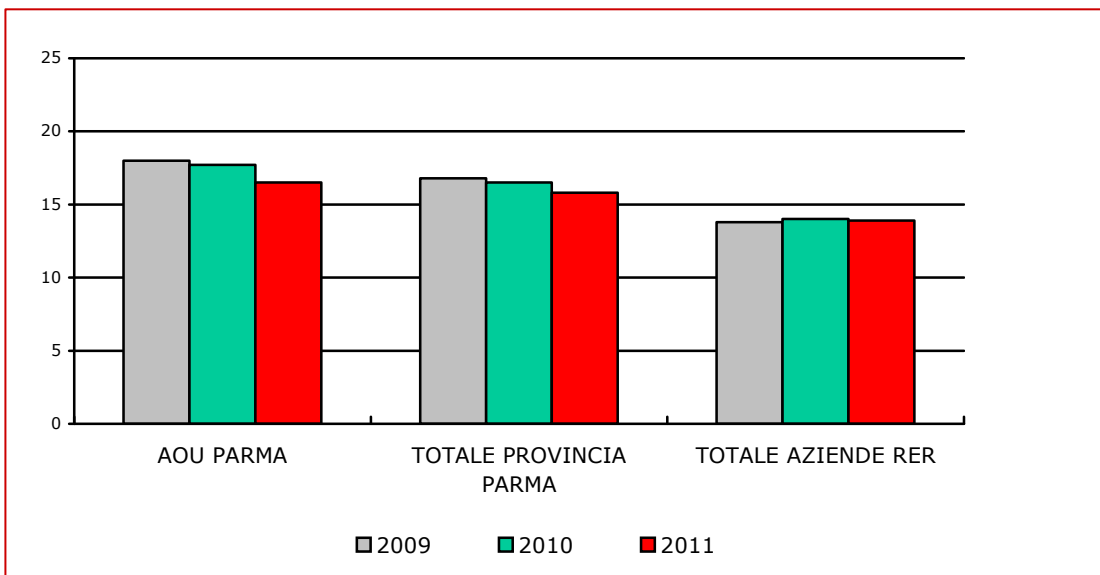


Grafico 11 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto AOU di Parma, provincia di Parma e regione, anni 2009-2011

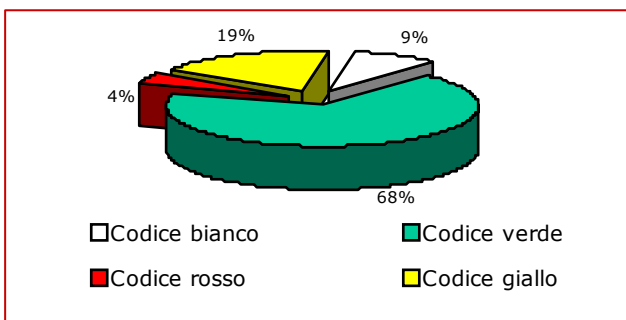


Fonte: Area riservata BdM

Dall'analisi dei dati del 2011, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso grafico 12), si evince come il 68% della casistica sia rappresentato dai codici verdi, seguito dai codici gialli (19%), dai codici bianchi (8%) e infine dai codici rossi (4%), dato sovrapponibile a quello del 2010, con la persistente prevalenza dei codici verdi rispetto agli altri codici, in linea con i dati regionali e nazionali. Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2011 il 16,1% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (13.784) in incremento rispetto allo scorso anno (15,8%).

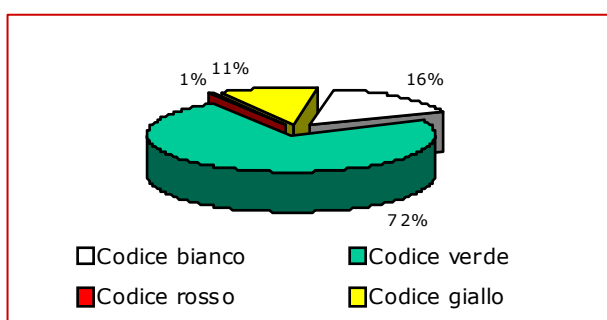
La suddivisione della casistica per codice colore vede una diversa distribuzione percentuale dei codici colore rispetto a tutti gli accessi in PS, con una quota maggiore per i codici a più bassa complessità (bianchi e verdi), mentre con una percentuale minore per i codici gialli e rossi, a più elevata gravità.

Grafico 12 Accessi in PS, codice colore, anno 2011



Fonte: Applicativo di PS aziendale

Grafico 13 Accessi in PS, stranieri, anno 2011



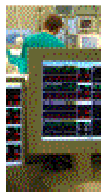
Fonte: Applicativo di PS aziendale

Per quanto concerne l'ospedalizzazione, il 7% degli accessi in PS da parte di popolazione migrante è stato ricoverato in un reparto di degenza (18% la percentuale di ricovero su tutti gli accessi), di questi il 26% è stato ricoverato in un reparto medico internistico, il 21% in Medicina d'Urgenza, il 9% nelle Ortopedie, il 10% in Chirurgia d'Urgenza, il 6% alle Malattie Infettive e il 3% nelle terapie intensive.

Osservazione Breve Intensiva (OBI)

L'Osservazione Breve Intensiva è un'attività assistenziale svolta in aree funzionali annesse al Pronto Soccorso e/o alla Medicina d'Urgenza con finalità di rapido inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente, di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore, per identificare l'appropriatezza del ricovero e della sua sede o della dimissione.

Le funzioni dell'OBI consistono, per quanto riguarda le patologie urgenti, nella valutazione diagnostica, nell'osservazione longitudinale e terapia a breve termine; di conseguenza la permanenza in OBI migliora l'appropriatezza dei ricoveri.



Tutti gli indicatori dell'attività in OBI rispettano gli standard regionali; infatti il numero di pazienti che sono stati inseriti nell'OBI nel 2010 rappresenta il 7% di tutti gli accessi in PS (la Regione dà come indicazione un valore che deve essere compreso tra 3 e 8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 73%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%). Anche i tempi di osservazione (che devono essere compresi tra le 6 e le 24 ore) sono ampiamente rispettati, con una media che risulta essere di 15 ore.

Tabella 40 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2011

	2011	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	5.707	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	7%	3 - 8%
Tempi medi di osservazione	15 h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	73%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	68,47%	

Fonte: Banca Dati PS - RER

Piano sangue

Il "Piano Sangue Plasma Regionale per il triennio 2008-2010" viene confermato, rispetto agli specifici obiettivi, anche per l'anno 2011, ed è articolato nei seguenti punti:

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

Resta il principale obiettivo del piano. A livello regionale si è registrato complessivamente un incremento delle donazioni nel 2011 del 1.0 % rispetto al 2010 con un numero costante di Donatori (oltre 146000) (fonte SISTRA 2012).

A livello provinciale è restato costante sia il numero delle donazioni (33300) che il numero dei Donatori (19000). Si è modificata, anche in base alla richiesta/utilizzo, la tipologia di donazioni (sangue intero = - 1.35%; plasmaferesi = +21.00% (raccolta plasma totale = +2.00%); piastrinoaferesi -12.50%). L'utilizzo clinico è diminuito del 5.36% per i globuli rossi, dell'11.36% per il plasma, anche grazie ad un aumento della appropriatezza.

Plasma: in ambito locale è stato raggiunto l'obiettivo di piano per il quantitativo di plasma inviato all'industria (convenzione regionale) per la produzione e recupero economico di plasmaderivati (albumina, fattori della coagulazione, immunoglobuline).

Strategie alternative all'utilizzo di sangue omologo

Mantenimento del livello ottimale del rapporto unità di sangue autologo predepositate per interventi chirurgici vs unità effettivamente utilizzate (1.184 di cui utilizzate 871, cioè il 74 %). Su questo punto è significativo rilevare che la Medicina Basata sull'Evidenza conduce ad una revisione critica e diminuisce le indicazioni in cui risulta appropriato l'utilizzo di sangue autologo; ciò ha condotto ad una diminuzione complessiva delle unità autologhe predepositate.

Attività di medicina trasfusionale

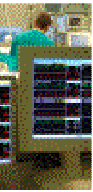
L'attività di medicina trasfusionale indica un continuo inarrestabile aumento. Oltre 5% in più nelle pratiche aferetiche considerando la complessità delle stesse e l'introduzione di nuove procedure ad elevata complessità. Costanti le prestazioni di salassi e trasfusioni in ambito ambulatoriale.

Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali

Convocazione periodica del Comitato Interaziendale per il Buon Uso del Sangue ed incontri con i dipartimenti utilizzatori per una razionalizzazione dell'uso clinico del sangue.

Area Vasta

Valutato piano di fattibilità per l'estensione dell'attività di Area Vasta alla produzione di emocomponenti. Individuati i locali per tale attività.



Sicurezza trasfusionale

Obiettivo sicurezza Riceventi: partecipazione alla progettazione della sperimentazione per "l'Identificazione del ricevente", in collaborazione con la Struttura Aziendale di Gestione del Rischio tramite utilizzo di braccialetto identificativo del Paziente.

Valorizzazione delle Associazioni Donatori

Convocazione periodica del PSSPP (Programma Speciale Sangue Plasma Provinciale) per la condivisione dei percorsi di sistema sangue provinciale e la programmazione della raccolta.

Sistema di informatizzazione

Continua il percorso di informatizzazione complessiva: con la sede di raccolta AVIS di San Pancrazio per gli aspetti amministrativi; con il Centro Regionale Sangue ed in rete con tutti i Servizi Trasfusionali regionali per gestione eccedenze/carenze, dati di attività, attività amministrativa di compensazione. E' in corso l'implementazione del collegamento con l'anagrafe Pazienti Aziendale per il completamento della richiesta trasfusionale informatizzata (order entry).

Attività di terzo livello

- Incremento dell'utilizzo e gestione degli emocomponenti per uso topico (Gel Piastrinico) sia in AOU che nella AUSL
- Raccolta di Cellule Staminali finalizzate al Trapianto di Midollo Osseo: consolidamento dei risultati ottenuti nel 2010

Tabella 41 Confronto attività di raccolta sangue, anni 2010-2011

Programma speciale sangue	Raccolta 2010	Raccolta 2011	Differenze % 2011-2010
Parma	30.199	29.792	-1,3%
Totale RER	253.500	254.000	0,2%

Fonte:Centro Regionale Sangue

Tabella 42 Confronto consumi di Unità "rosse", anni 2010-2011

Programma speciale sangue	Consumi 2010	Consumi 2011	Differenze % 2011-2010
Parma	27.455	27.168	-1,0%
Totale RER	247.084	244.637	-1,0%

Fonte:Centro Regionale Sangue

Attività trapiantologica

La rete per le donazioni e i trapianti di organi e tessuti del Servizio Sanitario Regionale è organizzata secondo un modello che prevede il collegamento tra centri di alta specializzazione e ospedali del territorio (hub and spoke). Secondo questo modello, i centri trapianto, le rianimazioni, le sedi delle banche di tessuti e cellule sono collegati tra loro e con il Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT-ER), il quale coordina tutte le attività di donazione e trapianto, le attività di raccolta dati e il coordinamento delle liste di attesa.

L'anno 2011, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ha prodotto risultati di sostanziale equilibrio per quanto riguarda la donazione e il prelievo di tessuti ed organi. In realtà si è registrato una lieve riduzione rispetto all'anno precedente nelle donazioni di organi, ma se si legge il dato in un contesto regionale e pluriennale si conferma la sostanziale stabilità.

La tabella 43, che riporta i dati dell'attività di procurement dell'Azienda dal 2008 al 2011 mostra come nel 2011, a fronte di 31 segnalazioni di morte encefalica, i donatori effettivi sono stati 14 (45%). Questo dato è imputabile sia ad una riduzione del pool dei potenziali donatori deceduti in T.I., che alle opposizioni (9 casi) e alla presenza di potenziali donatori non idonei a priori e quindi non valutabili per la donazione (2 casi).

Negli ultimi anni è stata attivata una funzione di psicologia che accompagna le famiglie nella scelta e che sostiene gli operatori sanitari con corsi e supporti personali.

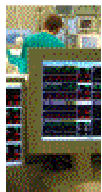


Tabella 43 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2008-2011

Tipologie	2008	2009	2010	2011
Segnalati	35	30	37	31
Opposizioni	9	9	7	9
Opposizioni procura	-	1	-	2
Non idoneo	1	2	8	2
Effettivi	25	18	21	14
Utilizzati	25	17	18	14

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

La tabella 44 riporta i dati inerenti gli organi procurati dalla Rianimazione dell'AOU di Parma dal 2008 al 2011 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali), da cui si evidenzia un decremento nel 2011 degli organi prelevati rispetto agli anni precedenti.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma conferma comunque l'efficiente attività di procurement, rappresentando uno dei centri che fornisce il maggiore contributo in Emilia-Romagna, nel 2011 gli organi procurati dalla nostra Rianimazione rappresentano il 12% del totale regionale (35 su 292).

Tabella 44 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2008- 2011

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
2008	8	8	24	23	44	43	2	2	0	0	78	76
2009	3	3	17	16	30	24	-	-	2	2	52	45
2010	7	7	17	17	31	27	1	0	3	3	60	54
2011	4	4	13	13	16	15	-	-	2	2	35	34
Totale RER	30	29	92	85	147	124	8	8	14	13	292	260

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

La tabella 45 riporta i dati inerenti le attività di prelievo di tessuti presso l'AOU Parma dal 2008 al 2011 con il dettaglio relativo a cornee, cute, osso e cartilagini, vasi e valvole prelevate, da cui si evidenzia un incremento dell'attività nel 2010 soprattutto relativamente al prelievo di cornee.

Tabella 45 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Attività di prelievo di tessuti da donatori cadavere (a cuore fermo e a cuore battente)

Anno	Cornee		Cute		Osseo + cartilagini		Vasi		Valvole	
	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	Tessuti (cm2)	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	N. tessuti	N. donatori	N. tessuti
2008	94	187	12	12.267	12	143	5	22	5	10
2009	82	163	9	10.558	7	87	2	7	-	-
2010	120	232	8	5.037	7	134	5	20	1	2
2011	105	208	6	7.280	4	59	2	5	1	2

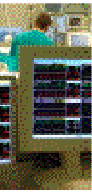
Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

L'anno 2011 si caratterizza per una sostanziale stabilità dell'attività trapiantologica fatta eccezione per il calo dei trapianti di midollo (-3 rispetto al 2010).

In particolare nel 2011 sono stati effettuati 42 trapianti di rene comprensivi dei trapianti rene-pancreas, questi ultimi in ripresa rispetto al 2010. Si è avuta invece una lieve diminuzione dei trapianti da vivente, in particolare sono stati eseguiti 34 trapianti di rene da donatore cadavere (31 trapianti singoli, 3 doppi trapianti), 5 trapianti da vivente con prelievo dell'organo portato a termine in tutti i donatori con tecnica laparoscopica, 3 trapianti di rene-pancreas.

Nell'anno 2011 i risultati dell'attività di trapianto renale sono stati sovrapponibili a quelli dei migliori centri nazionali ed internazionali nonostante l'elevata complessità clinica della casistica trattata.

Per quanto concerne l'attività di trapianto da vivente ABO incompatibile è stato effettuato con successo il quarto trapianto ABO-incompatibile utilizzando l'immunoassorbimento selettivo per la rimozione degli



anticorpi nel ricevente. Attualmente sono in studio altri 4 donatori ABO incompatibili per valutarne l'idoneità dal punto di vista clinico ed immunologico.

Nel Novembre 2011 il Centro Trapianti di Parma è stato sottoposto ad AUDIT da parte della commissione regionale e nazionale con esito soddisfacente, confermando l'eccellenza regionale per quanto riguarda i trapianti di rene-pancreas, il trapianto da vivente ABO incompatibile ed il trapianto di rene nei pazienti con gravi anomalie urologiche.

In osservanza con quanto stabilito a livello regionale, si è provveduto anche nell'anno 2011 alla riduzione dei pazienti in lista d'attesa per trapianto renale, raggiungendo l'obiettivo concordato. Infatti al 31/12/2011 il numero totale dei pazienti in lista d'attesa presso il nostro Centro era di 401, rispetto ai 434 del 2010, la maggior parte dei quali residenti in altre regioni italiane (65%).

Per quanto concerne l'attività di follow-up, circa 700 pazienti trapiantati vengono seguiti direttamente dal Centro Trapianti secondo protocolli clinici definiti ed informatizzati. Per quanto attiene all'attività di trapianto di cornea si è avuto un incremento rispetto al 2010.

Tabella 46 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2009	2010	2011
Cornea (*)	56	56	59
Midollo	16 autologhi	30 autologhi	26 autologhi
	0 allogenici	0 allogenici	1 allogenici
Rene	35 di cui	42 di cui	39 di cui
	5 da vivente	8 da vivente	5 da vivente
Rene-pancreas	-	1	3
Pancreas isolato	1	-	-

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

Monitoraggio dell'Accordo di fornitura

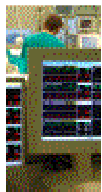
(per i contenuti dell'Accordo di fornitura si veda il paragrafo "Accordo di Fornitura" del capitolo 1 del presente volume)

a) Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa

Tabella 47 Ricoveri relativi ai DRG oggetto di monitoraggio, anni 2010 e 2011

DRG	2011	2010	DIFF. 2011/2010
042 C-INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	95	125	-30
294 M-DIABETE, ETA' > 35 ANNI	53	79	-26
065 M-ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	29	53	-24
134 M-IPERTENSIONE	37	61	-24
503 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	77	101	-24
073 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17 ANNI	13	29	-16
490 M-H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	18	34	-16
182 M-ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 ANNI CON CC	51	65	-14
013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	9	22	-13
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC	120	132	-12
324 M-CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	52	64	-12
018 M-MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI CON CC	8	17	-9
088 M-MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	83	92	-9
254 M-FRATTURE, DISTORSIONI, STIRAMENTI E LUSSAZIONI DI BRACCIO, GAMBA, ECCETTO PIEDE, ETA' > 17 ANNI NO CC	21	30	-9
269 C-ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC	1	10	-9
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	40	49	-9
039 C-INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14	22	-8
326 M-SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC	8	16	-8
241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	23	30	-7
564 M-CEFALEA, ETA' > 17 ANNI	24	31	-7
Totale parziale			-286
Totale complessivo			-409

Fonte: Banca dati SDO - RER



b) Recupero ricoveri in mobilità passiva

Tabella 48 Ricoveri ordinari e in day hospital relativi al set di DRG indicati dall'AUSL, anni 2010 e 2011

DRG	2010	2011	Incremento annuo atteso	Var (+/-)	Var %
001 Craniotomia età >17 anni eccetto per traumatismo	56	57	20	44	14%
002 Craniotomia , eta' > 17 anni senza cc	198	207			
528 Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	21	37			
529 Interventi di anastomosi ventricolare con cc	8	13			
530 Interventi di anastomosi ventricolare senza cc	20	31			
543 Craniotomia, impianto di dispositivo maggiore o D.P. comp. SNC	18	20			
TOTALE	321	365			
008 Interventi sui nervi cranici e periferici	176	165	30	-11	-6%
556 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare magg.	72	53	30	128	27%
557 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	213	330			
558 Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	197	228			
577 Inserzione di stent carotideo	1	0			
TOTALE	483	611			
518 Interventi sul sistema cardio-vascolarer via per cutanea no IMA	209	205	20	-4	-2%
Protesi d'anca (Cod. ICD9-CM: 8151-8152-8153, ricoveri programmati)	201	202	40	1	0%
225 Interventi sul piede	191	191	50	0	0%

Fonte: Banca dati SDO - RER

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

Tabella 49 Ricoveri ordinari disposti dal PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presso le CdC: numero dimessi, anni 2010 e 2011

Casa di Cura	2011	2010	Atteso 2011	Atteso 2010	Variatione rispetto all'atteso 2011	Variatione rispetto all'atteso 2010
CITTA' DI PARMA	630	642	630	645	0	-3
PICCOLE FIGLIE	227	230	228	239	-1	-9
VAL PARMA	144	134	161	180	-17	-46
Totale	1001	1006	1019	1064	-18	-58

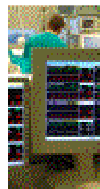
Fonte: Banca Dati aziendale

d) Rispetto dei tempi di attesa secondo gli standard regionali

Tabella 50 Tempi di attesa, rispetto dello standard regionale

Intervento	Standard	2011	2010	Obiettivo 2010
Chemioterapia	100% entro 30 gg	96%	100%	100% entro 30 gg
Interventi per tumore utero		74%	82%	
Interventi per tumore colon-retto		83%	83%	
Interventi per tumore mammella		71%	94%	
Interventi per tumore polmone		91%	94%	
Endoarteriectomia	90% entro 90 gg	98%	80%	90% entro 90 gg
Angioplastica	90% entro 60 gg	94%	93%	90% entro 60 gg
By-pass aorto-coronarico		99%	100%	mantenimento
Protesi anca	50% entro 90gg	22%	33%	50% entro 90gg
	90% entro 180 gg	81%	64%	90% entro 180 gg

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



e) Riduzione parti cesarei

Tabella 51 Trend parti cesarei sul totale parti, anni 2008-2011

	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
Parti cesari	867	37%	906	37%	898	35%	803	35%
Parti Totali	2358	100%	2.426	100%	2.555	100%	2316	100%

Fonte: Banca dati SDO - RER

f) Assistenza specialistica ambulatoriale

Tabella 52 Prestazioni erogate ai residenti di Parma, anni 2010 e 2011

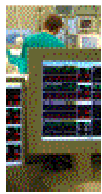
Prestazioni	2010	2011	Var	Var %
D1-D.Strument.con radiaz.	106.446	109.604	3.158	3%
D2-D.Strument. no radiaz.	147.963	156.308	8.345	6%
D3-Biopsia	4.747	4.895	148	3%
D9-Altra diagnostica	13.061	14.364	1.303	10%
Diagnostica	272.217	285.171	12.954	5%
L1-Prelievi	181.174	153.916	-27.258	-15%
L2-Chimica clinica	1.008.712	982.900	-25.812	-3%
L3-Ematologia/coagulaz.	240.399	217.871	-22.528	-9%
L4-Immunoemat.e trasfusion.	6.390	5.645	-745	-12%
L5-Microbiologia/virologia	76.743	72.046	-4.697	-6%
L6-Anatomia ed ist.patol.	13.810	16.580	2.770	20%
L7-Genetica/citogen.	7.349	6.451	-898	-12%
Laboratorio	1.534.577	1.455.409	-79.168	-5%
R1-Riab.diagnostica	1.964	1.921	-43	-2%
R2-RRF	11.645	11.558	-87	-1%
R3-Terapia Fisica	1.181	1.461	280	24%
R9-Altra riabilitazione	627	565	-62	-10%
Riabilitazione	15.417	15.505	88	1%
T1-Radioterapia	21.871	23.219	1.348	6%
T2-Dialisi	8.842	8.719	-123	-1%
T3-Odontoiatria	5.221	5.391	170	3%
T4-Trasfusioni	1.717	1.666	-51	-3%
T5-Chirurgia ambulatoriale	14.430	16.955	2.525	17%
T9-Altre prestaz. terapeutiche	39.606	41.867	2.261	6%
Prestazioni Terapeutiche	91.687	97.817	6.130	7%
V1-Prima visita	207.985	229.412	21.427	10%
V2-Visita di controllo	176.387	151.641	-24.746	-14%
V3-Osservaz.breve intensiva	3.731	3.916	185	5%
Visite	388.103	384.969	-3.134	-1%
Totale	2.302.001	2.238.871	-63.130	-3%

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Nota: dalle prestazioni di laboratorio è esclusa l'attività relativa al riassorbimento punti prelievo cittadini

Tabella 53 Monitoraggio delle prestazioni critiche residenti di Parma, anni 2010 e 2011

Prestazioni	2010	2011	Var	Var %
V1-Prima visita	7.924	9.628	1.704	22%
V2-Visita di controllo	2.254	2.528	274	12%
Cardiologia	10.178	12.156	1.978	19%
V1-Prima visita	2.568	3.307	739	29%
V2-Visita di controllo	2.877	3.241	364	13%



Reumatologia	5.445	6.548	1.103	20%
V1-Prima visita	5.307	6.948	1.641	31%
V2-Visita di controllo	2.725	2.875	150	6%
Neurologia	8.032	9.823	1.791	22%
V1-Prima visita	18.231	19.777	1.546	8%
V2-Visita di controllo	18.823	17.470	-1.353	-7%
Ortopedia	37.054	37.247	193	1%
V1-Prima visita	8.509	9.732	1.223	14%
V2-Visita di controllo	1.594	1.673	79	5%
Otorinolaringoiatria	10.103	11.405	1.302	13%
V1-Prima visita	9.840	10.279	439	4%
V2-Visita di controllo	3.540	3.588	48	1%
Dermatologia	13.380	13.867	487	4%
Totale	84.192	91.046	6.854	8%

Fonte Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

g) Somministrazione farmaci

Tabella 54 Erogazione diretta farmaci

	2011
Numero dei pazienti dimessi con farmaci	18.661
Numero pezzi erogati (unità posologiche: fiale, compresse, cerotti...)	1.683.590
Spesa ospedaliera sostenuta (in euro al netto dell'IVA)	311.770

Qualità dell'assistenza

Durante gli anni 2010-2011 un gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale, e composto dai referenti aziendali del Bilancio di Missione e da alcuni esperti di diverse Aziende sanitarie, tra cui la nostra, ha revisionato e integrato gli indicatori di qualità dell'assistenza. Le dimensioni della qualità dell'assistenza prese in considerazione dagli indicatori, che verranno proposti di seguito, riguardano principalmente l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia. Si tratta complessivamente di 14 indicatori di cui si è provveduto a fare una selezione finalizzata a dare evidenza solo a quelli che misurano in modo più specifico la performance delle aziende ospedaliere nel confronto con la regione o che misurano azioni congiunte e condivise con l'azienda USL di riferimento all'interno di specifiche reti territoriali. Per questa ragione troveranno ospitalità in questa sezione solo 6 dei 14 indicatori individuati.

Le principali fonti adottate nella selezione degli indicatori sono state l'Agency for Healthcare Reserch and Quality (AHRQ) e il programma "Mattoni - Misura dell'Outcome".

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana, che prevedono un trattamento di tipo chirurgico la cui strategia dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente. Diversi studi internazionali hanno dimostrato che attese brevi per l'intervento concorrono a una diminuzione delle complicanze post-operatorie e a una maggiore efficacia della fase riabilitativa

Per questo molte delle linee-guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore dall'ingresso in ospedale. Il tempo d'attesa per l'intervento di frattura del femore è un indicatore proxy della gestione clinica e della presa in carico del paziente.

A livello europeo vi sono paesi in cui il valore dell'indicatore è prossimo al 90%, mentre paesi come la l'Italia e la Spagna con valori inferiori al 40%. La nostra Azienda nel corso degli ultimi 5 anni (vedi tabella 55) presenta valori medi dell'indicatore al di sopra del 53%, dato positivo considerato che è sempre superiore alla media regionale nella sua complessità (6% in più nel 2011), ma anche alla media delle sole aziende ospedaliere della RER.

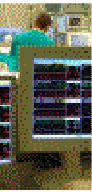


Tabella 55 Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2007-2011.

Azienda di ricovero	2007		2008		2009		2010		2011	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	213	51,3	257	53,9	261	59,5	208	49,3	215	55,8
Totale Aziende Osp. RER	745	39,4	816	41,2	890	45,5	845	43,1	971	51,5
Totale RER	2.353	38,1	2.493	39,4	2.639	41,9	2.581	42,3	2.879	49,0

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 viene citato l'obiettivo della diminuzione della frequenza dei parti con taglio cesareo laddove non sussistano indicazioni cliniche alla sua realizzazione. Fra le indicazioni mediche all'effettuazione del taglio cesareo viene annoverata anche la condizione di parto cesareo in precedenti gravidanze che molti sistemi di indicatori internazionali escludono dal calcolo. La tabella che segue mostra infatti l'indicatore relativo alla percentuale di parti cesarei presso la nostra Azienda nel confronto con le altre realtà sanitarie della regione, considerando solo la casistica relativa ai parti con taglio cesareo primario (partorienti che non avuto un parto cesareo precedente). Rispetto alla media regionale, che si mantiene nel corso dei cinque anni entro il 20%, la nostra azienda vede un trend stabile (anche se al di sopra del valore medio delle aziende ospedaliere della regione che si attestano, nel quinquennio, intorno al 24%) con un valore dell'indicatore nel 2011 del 27%.

Tabella 56 Parti con taglio cesareo primario per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2007-2011

Azienda di ricovero	2007		2008		2009		2010		2011	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	612	30,2	600	28,6	627	28,8	628	27,3	574	27,3
Totale Aziende Osp. RER	2.756	25,6	2.758	24,9	2.732	24,1	2.624	23,4	2.595	23,8
Totale RER	6.890	22,1	7.222	21,8	7.224	21,6	6.918	20,9	6.652	20,0

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati, in quanto è associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza inferiori rispetto al classico intervento a cielo aperto. Per questo alte percentuali di questa tipologia di approccio terapeutico rappresentano una migliore qualità delle cure.

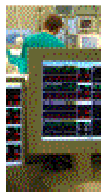
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tratta attraverso questa modalità il 92% della casistica con un valore superiore alla media regionale come risulta dalla tabella 57

Tabella 57 Interventi di colecistectomia laparoscopica per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2007-2011

Azienda di ricovero	2007		2008		2009		2010		2011	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	427	93,2	399	91,5	423	95,1	435	93,5	365	92,9
Totale Aziende Osp. RER	1.106	87,5	1.069	89,7	1.201	91,1	1.283	91,3	1.132	91,6
Totale RER	4.704	87,0	4.534	89,0	4.841	88,9	5.013	89,2	4.710	90,8

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

L'ictus ("stroke"), insieme ad altre condizioni cerebrovascolari, è fra le prime cause di morte in molti paesi. Il tasso di mortalità per stroke, rispecchia sia la gravità clinica dei pazienti sia la qualità e l'efficacia del trattamento e dell'assistenza erogati. Quest'ultimo aspetto riguarda non solo la fase acuta della malattia, ma anche quella riabilitativa considerato che una parte non trascurabile dei decessi per Ictus avviene a distanza di tempo dal ricovero ospedaliero. Da qui la necessità di valutare la mortalità a 30 giorni dal ricovero in urgenza per Ictus. L'indicatore rappresentato nella tabella 58 mostra come il tasso di mortalità calcolato su pazienti il cui ricovero è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di



Parma si pone al di sotto della media regionale, così come si pone al di sotto della media regionale la mortalità a 30 giorni dei residenti della provincia di Parma (grafico 14).

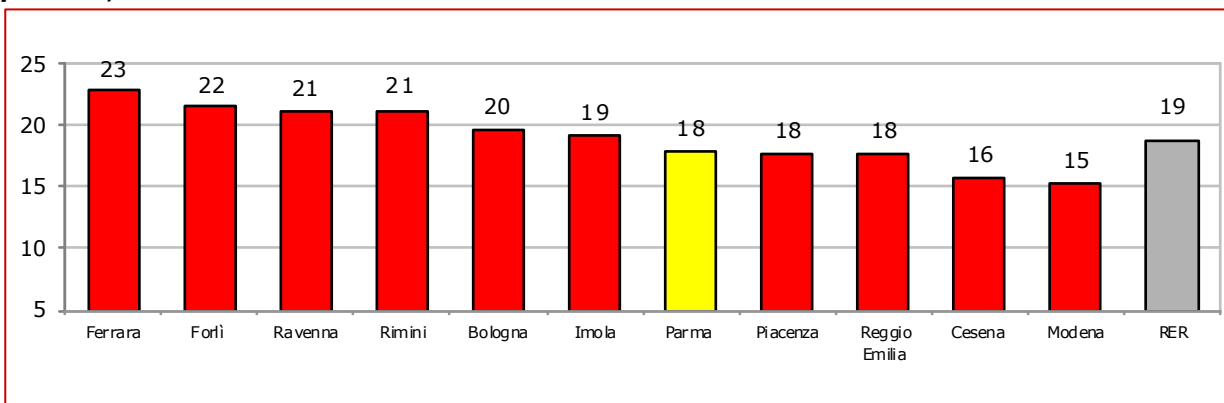
Occorre specificare che alla fine del 2010 sono state realizzate due aree dedicate allo Stroke presso la nostra Azienda i cui effetti sulla qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da tale patologia saranno evidenti il prossimo anno essendo impossibilitati a verificare i dati di mortalità del 2011 per indisponibilità della Banca Dati REM.

Tabella 58 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2008-2010*

Azienda di ricovero	2008		2009		2010	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	121	16,5	119	16,3	137	17,3
Totale Aziende Osp. RER	504	18,7	481	18,2	524	18,5
Totale RER	1.723	18,6	1.777	19,1	1.832	18,7

*L'indicatore non è aggiornato al 2011 in quanto non sono completi i dati del flusso REM

Grafico 14 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per residenza dei pazienti, anno 2010



Fonte: Elaborazione Banca dati SDO e REM, dall'area riservata del Bdm

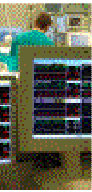
L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto, che quanto più è rapido tanto più è efficace. Un indicatore indiretto della qualità dell'assistenza erogata per questa tipologia di pazienti è rappresentato dalla numerosità delle procedure effettuate in quanto importanti volumi di attività garantiscono una migliore qualità e tempestività di esecuzione grazie proprio all'esperienza acquisita dai singoli centri. Le linee guida di importanti società di cardiologia a livello mondiale stabiliscono che una struttura sanitaria dovrebbe eseguire almeno 36 procedure di PTCA in urgenza all'anno; l'AOU di Parma nel corso dei 4 anni rappresentati nella tabella 59 si pone ben al di sopra di questo standard di riferimento con una casistica media in urgenza superiore ai 200 casi. Il valore percentuale di tale casistica è decisamente superiore anche alla media di riferimento regionale, sia nel confronto con la regione nella sua complessità (nel 2011 la differenza è di 8 punti percentuali), ma anche nel confronto con le sole aziende ospedaliere (68,5% vs 67,1%)

Tabella 59 PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2008-2011

Azienda di ricovero	2008		2009		2010		2011	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	187	51,7	209	56,0	212	59,7	228	68,5
Totale Aziende Osp. RER	951	57,7	1.045	62,8	958	64,0	1.040	67,1
Totale RER	2.296	53,1	2.291	55,5	2.224	58,9	2.379	60,4

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

La mortalità per Infarto Miocardico Acuto rappresenta un elemento importante di valutazione della tempestività delle cure prestate e della loro appropriatezza. Come si evince dalla tabella sottostante,



negli ultimi 3 anni, dopo un incremento dell'indicatore tra il 2008 e il 2009, si apprezza una riduzione del tasso di mortalità per IMA, relativamente agli episodi con sopralivellamento del tratto ST, che dal 17,1% del 2009, è passato al 14,2% del 2010, in linea con la media regionale come risulta evidente anche dal grafico 15; questa tendenza alla flessione è da far risalire alla diminuzione dei tempi di intervento intra ed extra-ospedaliero a seguito dell'attuazione della rete cardiologica, messa in atto negli ultimi anni in collaborazione con la AUSL, per la risposta all'infarto miocardico acuto e alla elaborazione e monitoraggio del PDT del dolore toracico.

Lieve trend in incremento invece rispetto alla casistica NSTEMI (quella senza sopralivellamento del tratto ST) che ha raggiunto nel 2010 il 7,6% valore comunque inferiore alla media regionale.

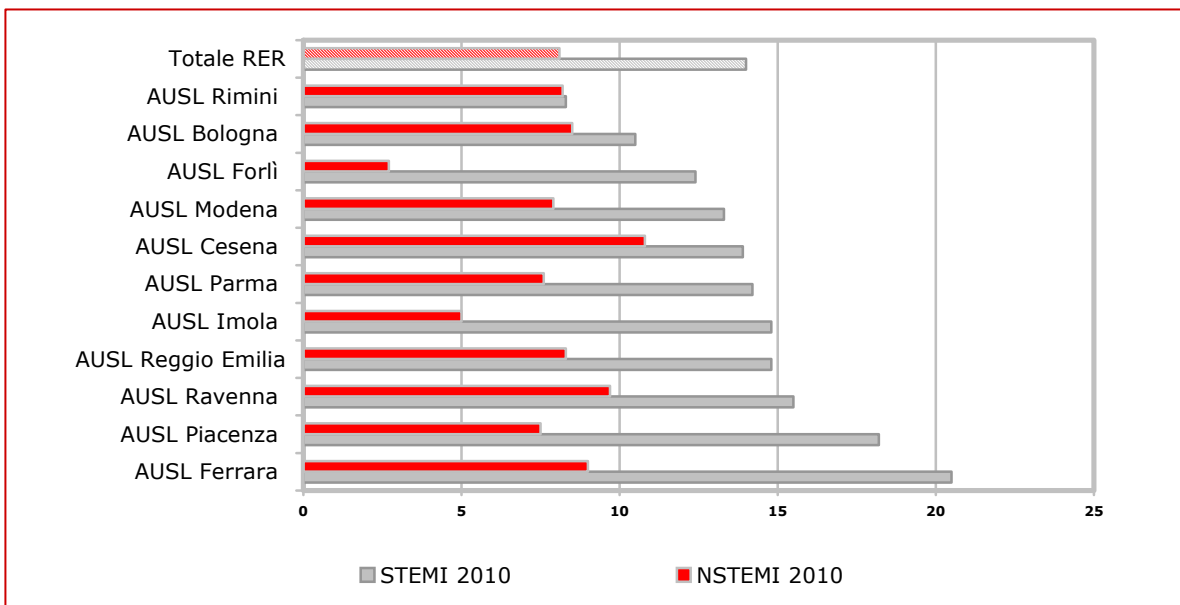
Tabella 60 Mortalità a 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI e NSTEMI (con o senza sopralivellamento del tratto ST), per residenza dei pazienti, anni 2008-2010*

Azienda di residenza	2008	2009	2010	2008	2009	2010
	STEMI			NSTEMI		
AUSL Piacenza	14,5	15,7	18,2	6,4	6,0	7,5
AUSL Parma	13,8	17,1	14,2	6,3	5,9	7,6
AUSL Reggio Emilia	17,0	18,5	14,8	7,4	7,3	8,3
AUSL Modena	15,4	14,0	13,3	6,3	5,8	7,9
AUSL Bologna	17,5	14,1	10,5	8,8	9,1	8,5
AUSL Imola	18,8	24,0	14,8	4,1	6,8	5,0
AUSL Ferrara	21,8	18,2	20,5	9,1	8,0	9,0
AUSL Ravenna	16,4	18,8	15,5	8,8	7,8	9,7
AUSL Forlì	15,0	16,2	12,4	6,2	1,4	2,7
AUSL Cesena	13,5	6,8	13,9	9,4	6,7	10,8
AUSL Rimini	16,9	15,9	8,3	8,0	11,3	8,2
Totale RER	16,5	16,0	14,0	7,6	7,5	8,1

Fonte: Area riservata Bilancio di missione.

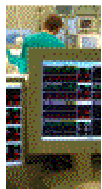
*L'indicatore non è aggiornato al 2011 in quanto non sono completi i dati del flusso REM

Grafico 15 Mortalità a 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI e NSTEMI (con o senza sopralivellamento del tratto ST), per azienda di residenza dei pazienti, anno 2010



2.4 Ricerca e didattica

La Legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 ha identificato la ricerca come funzione istituzionale fondamentale, al pari di quell'assistenziale e di formazione continua, con le quali deve integrarsi. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie costituiscono luogo privilegiato di questa integrazione, in quanto sede di Università, dotate della quasi totalità di discipline specialistiche, di strutture e tecnologie di



avanguardia e dove operano professionisti molto competenti in ambito scientifico ed alcune eccellenze note a livello internazionale.

In particolare, secondo quanto riportato in letteratura, la distinzione tra ricerca e didattica è piuttosto artificiale: i docenti trasmettono agli studenti conoscenze già acquisite, ma insegnano loro anche come verificare nuove ipotesi di ricerca e come trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica. Se gestite in sinergia, le due attività possono in realtà favorirsi reciprocamente e apportare numerosi vantaggi: oltre ovviamente a fornire ai discenti competenze e conoscenze, validi programmi di formazione permettono agli studenti di sviluppare la capacità di analisi, comprendere i processi della ricerca scientifica, ispirano curiosità ed entusiasmo per le materie scientifiche e favoriscono la nascita di collaborazioni [Anderson et al. Science 2011; Gregg-Jolly et al. Science 2011].

Purtroppo, mentre le attività di ricerca di un professionista possono essere valutate mediante misure oggettive (pubblicazioni, brevetti, citazioni, eccetera) e per lo più sono riconosciute, l'impegno nella docenza non viene sempre valorizzato, finendo con l'essere trascurato o ritenuto di rilevanza secondaria.

L'AOU di Parma intende gratificare il contributo dei professionisti in tale ambito, e dal 2010 ha avviato un processo volto a rafforzare la sinergia tra ricerca e didattica. A tal fine, la letteratura raccomanda l'attuazione di programmi formativi volti a far comprendere il rapporto esistente tra le conoscenze e i metodi e i ragionamenti che hanno permesso di ottenerle, dedicati alla metodologia della ricerca e all'esperienza dei ricercatori sul campo [Anderson et al. Science 2011]. In quest'ottica, la Unità Operativa Ricerca e Innovazione, creata in accordo con le indicazioni regionali, ha tra i suoi obiettivi fondamentali quello di offrire opportunità di formazione, su vari livelli e indirizzata ai diversi professionisti operanti in Azienda, al fine di migliorare le competenze metodologiche, creando così un ambiente culturale favorevole alla ricerca e favorendo l'introduzione dei risultati delle sperimentazioni nella pratica (cfr. capitolo 6.2 "Attività di formazione del personale"). A tale proposito, negli ultimi 5 anni sono stati svolti 9 eventi formativi (con durata da un minimo di 4 a un massimo di 40 giornate), 2 convegni, 12 workshop dedicati ad aspetti di forte innovatività nel campo delle scienze biomediche e varie iniziative orientate principalmente ad aspetti pratici della ricerca, con visite presso centri di eccellenza e incontri con team di ricercatori già attivi. Di fatti, la partecipazione a specifici momenti dei processi di ricerca rappresenta una modalità di apprendimento attivo sul campo riconosciuta in medicina tra le più efficaci. In questo senso, il Dipartimento ad Attività Integrata, struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, offre agli studenti un'opportunità unica di operare fin da subito nella realtà della pratica assistenziale e nella ricerca sul campo. Questo è anche riportato nell'Atto Aziendale, nel quale si legge che il Dipartimento ad Attività Integrata "assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e con quelle della ricerca propria dei Dipartimenti Universitari".

La didattica è strettamente connessa, oltre che alla ricerca, anche all'assistenza: la proficua collaborazione tra il settore accademico e l'area assistenziale, infatti, ha come principale effetto il favorire il trasferimento delle conoscenze derivanti dalla ricerca biomedica all'ambito clinico [Wolf et al. JAMA 2008], garanzia di qualità delle cure erogate. Tali aspetti vengono approfonditi nel Capitolo 6, dove sono anche riportati alcuni risultati di questa sinergia.

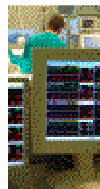
Nella parte seguente sono illustrati gli esiti più rilevanti della coesione tra attività di ricerca e di didattica, frutto della capacità e dell'impegno dei professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Attività di ricerca

L'attività di ricerca rappresenta una priorità per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in quanto gran parte dei progetti realizzati sono parte integrante del processo di cura e costituiscono anche strumento di formazione continua.

I progetti

Come per il 2010, anche nel 2011 è stata effettuata la rilevazione prospettica dei progetti avviati in Azienda nell'arco dell'anno. Tuttavia, quest'anno non è stato possibile utilizzare il database dell'Anagrafe Regionale della Ricerca in quanto revisionato e migliorato alla luce dei dati raccolti relativi al 2009. La ricognizione dei progetti di ricerca avviati nel 2011 è stata comunque effettuata grazie al contributo dei Referenti Dipartimentali della Ricerca [vedi BdM 2010], che hanno fornito le informazioni richieste attraverso la compilazione di un'apposita scheda. Di seguito vengono brevemente presentati i risultati di



tale rilevazione, rimandando per un maggior dettaglio al capitolo 6 "Governare della ricerca e innovazione" del presente volume.

Nel 2011 sono stati avviati 121 progetti di ricerca, nel 36% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un'ulteriore flessione, sia nel numero di progetti attivati (-20, pari a -14%) sia nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore (-25, pari a -36%).

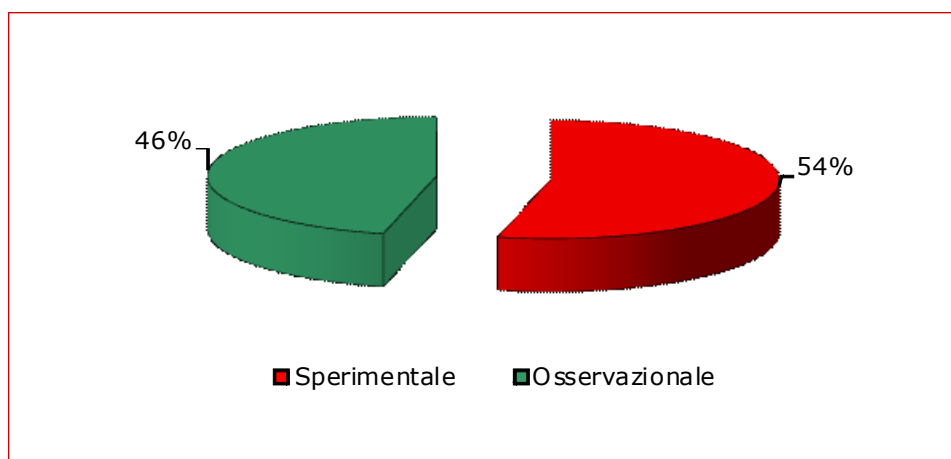
Tabella 1 Numero progetti attivati

	2011	2010	2009
Numero totale progetti	121	141	196
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	44	69	116
di cui progetti privi di finanziamento	51	77	89

Dall'analisi dei dati disponibili si desume che la riduzione è relativa ai progetti privi di sponsor e quindi di finanziamento. Difatti, nel 2011 si registra una riduzione di tali progetti dovuta probabilmente sia ad una maggiore attenzione nell'autorizzare il loro avvio, consentito solo se privi di costi aggiuntivi per il SSN (come indicato nella normativa vigente), sia alla difficoltà a reperire i fondi per la copertura economica della polizza assicurativa ad hoc, richiesta dalla normativa per gli studi sperimentali con farmaco.

Nei grafici che seguono, i progetti rilevati sono stati classificati secondo il disegno di studio e l'area tematica. Si registra una ripartizione pressoché equa, tra studi sperimentali (studio in cui il ricercatore attua una modificazione controllata e programmata di alcuni fattori, ad esempio terapie, test, eccetera, raccogliendo informazioni in merito alle conseguenze di tali modificazioni) e osservazionali (studio in cui il ricercatore non interviene modificando l'esposizione, il trattamento o altri fattori, ma si limita a raccogliere dati e informazioni su fenomeni che esistono e si svolgono indipendentemente dallo studio). A differenza dell'anno 2010 (dove si attestavano sul 44%) si nota una lieve prevalenza degli studi sperimentali (54% nel 2011) sugli osservazionali. Questa ricomposizione è in larga parte dovuta ad un decremento degli studi osservazionali (-23 rispetto al 2010, pari a -29%), accompagnato da una sostanziale stabilità degli studi sperimentali (+3, pari al +5%).

Grafico 1 Percentuale di progetti suddivisi per disegno dello studio



Nel grafico 2 è descritta la suddivisione per tipologia di studio: si evidenzia che il 32% dei progetti avviati nel 2011 è una sperimentazione clinica controllata e/o randomizzata, la quota più frequente, seguita dagli studi sperimentali preclinici e dagli osservazionali di coorte (entrambi al 13%).

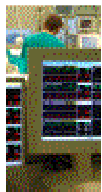
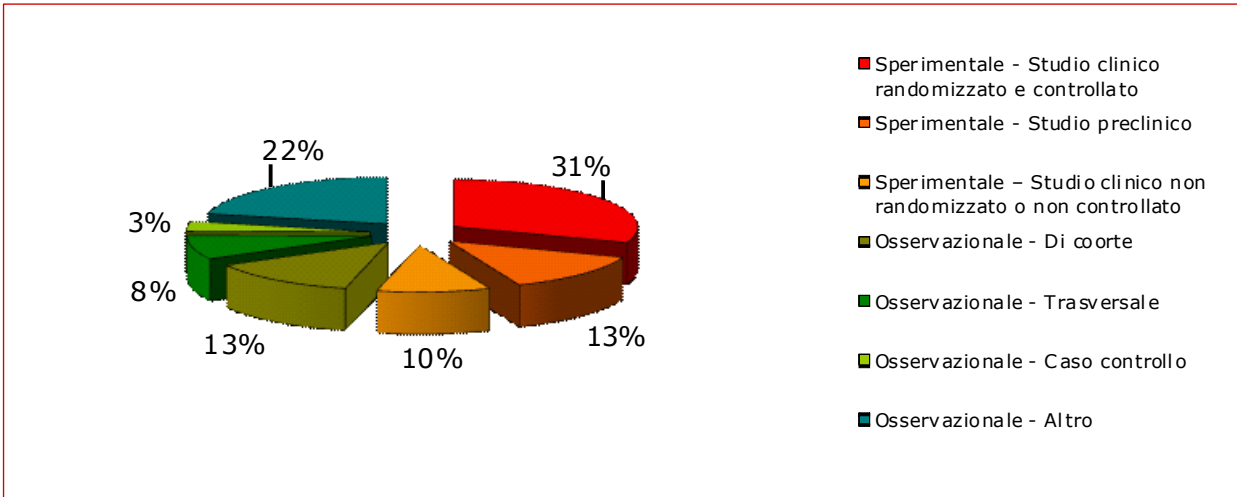
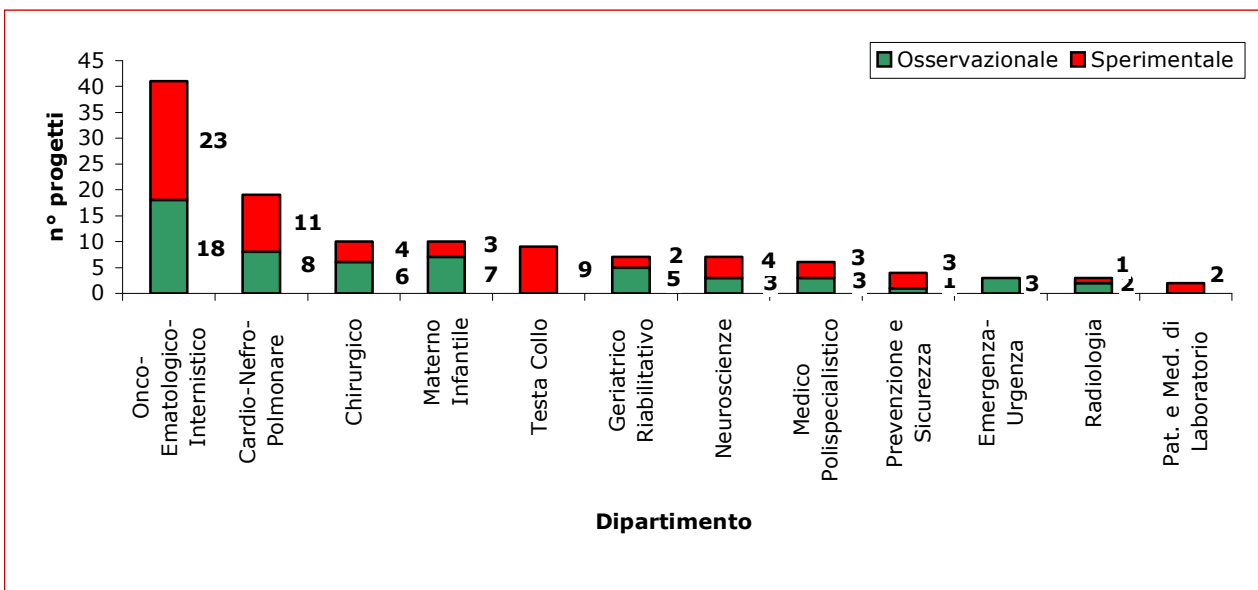


Grafico 2 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno



E' interessante anche analizzare la distribuzione dei progetti per Dipartimento. Come si evince dal Grafico 3, il Dipartimento Onco-Ematologico Internistico ha avviato nel 2011 il maggior numero di progetti di ricerca (34% sul totale); è inoltre interessante notare che alcuni Dipartimenti manifestano maggiore interesse verso la realizzazione di studi di tipo osservazionale (Emergenza ed Urgenza, Materno-Infantile, Geriatrico e Riabilitativo, Chirurgico) e altri prevalentemente sperimentale (Testa Collo, Onco-Ematologico-Internistico, Cardio-Nefro-Polmonare, Patologia e Medicina di Laboratorio).

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



Un altro aspetto che descrive le caratteristiche più salienti dell'attività di ricerca svolta nell'AOU di Parma, è l'area tematica di studio: ancora una volta, come evidente nel grafico 4, l'area oncoematologica è quella prevalente (27 studi), seguita quest'anno dalla ricerca sull'apparato respiratorio (12 progetti)

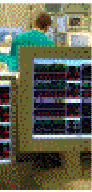
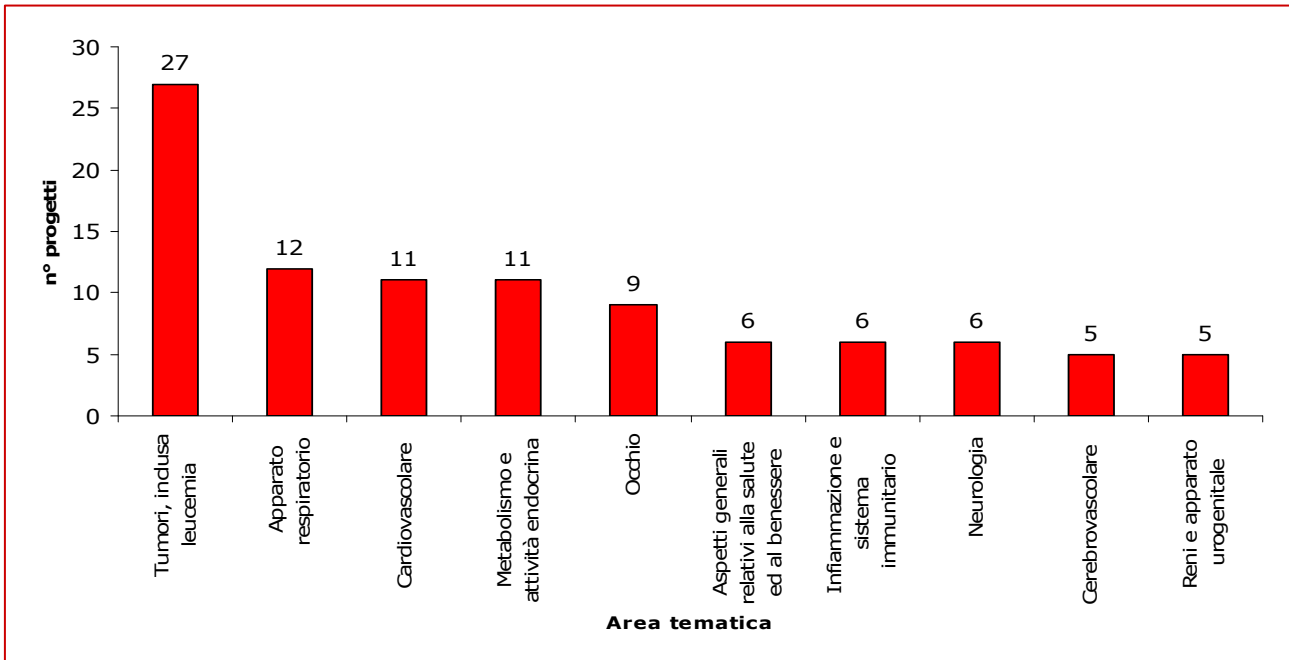


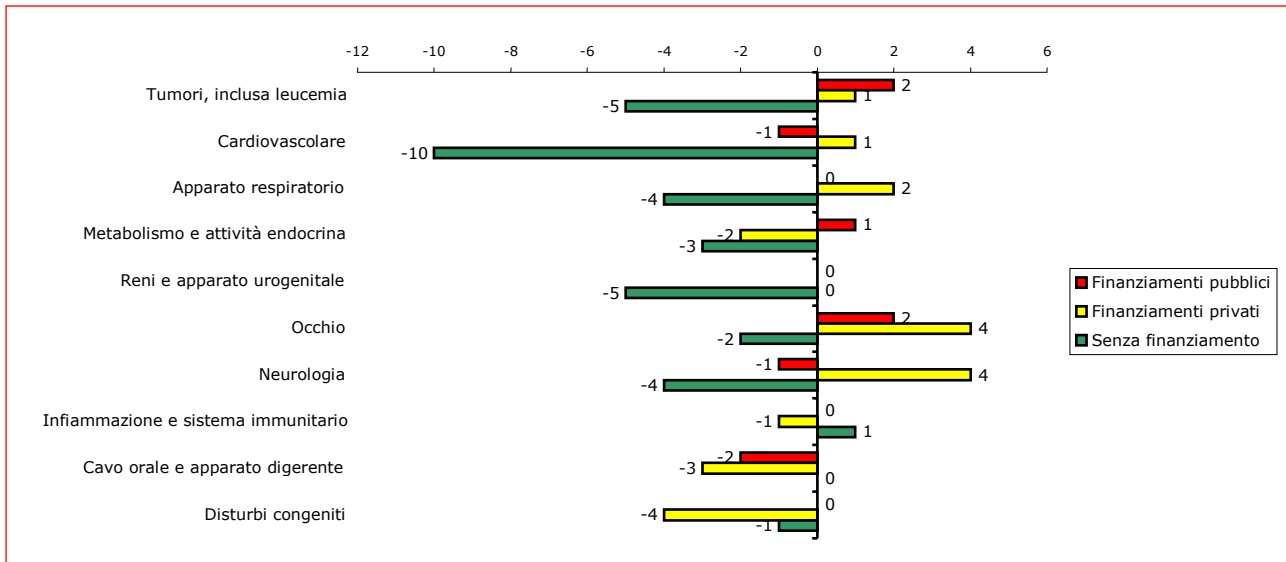
Grafico 4 Numero progetti suddivisi per Area tematica



Nota: sono riportate le 10 aree tematiche che hanno registrato il maggior numero di progetti nel 2011

Nel grafico 5 sono riportate le variazioni nel numero di progetti avviati nel 2011 rispetto al 2010, disaggregate per area tematica e fonte di finanziamento; emerge nettamente come la diminuzione dei progetti privi di finanziamento, abbia riguardato pressoché tutte le aree di ricerca, confermando quanto summenzionato in merito ai determinanti del decremento di attività di ricerca.

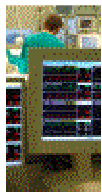
Grafico 5 Variazioni del numero di progetti rispetto al 2010, in valore assoluto, per fonte di finanziamento e area tematica



Nota: sono riportate le 10 aree tematiche che hanno registrato il maggior numero di progetti nel 2010 e 2011

Le Pubblicazioni

E' ormai ampiamente dimostrato che le raccomandazioni scientifiche spesso non vengono introdotte tempestivamente nella pratica e che sono necessarie strategie per favorirne l'implementazione. La pubblicazione dei risultati di uno studio è il primo intervento fondamentale di tale processo di trasferimento, in quanto permette di diffondere le conoscenze acquisite (indipendentemente se i risultati sono positivi o negativi) alla comunità scientifica [Graham et al. J Contin Educ Health Prof 2006]. Eppure, solo una ridotta quota di studi realizzati viene in effetti pubblicata. L'analisi di 100 protocolli presentati



consecutivamente al Comitato Etico del Royal College of General Practitioners inglese [Wise & Drury BMJ 1996] ha rivelato che solo il 27% degli 82 studi approvati dal CE era stato diffuso formalmente tramite pubblicazione scientifica. Particolarmente rilevante è la nota tendenza a non pubblicare studi con risultati negativi (es. che non dimostrano l'efficacia di un farmaco in sperimentazione), il che può avere conseguenze gravi, soprattutto quando non vengono resi noti eventi avversi derivanti dal trattamento in studio [Chalmers & Glasziou. Lancet 2009].

Alla luce di tali considerazioni, la Direzione aziendale ritiene importante promuovere e favorire la disseminazione delle conoscenze, anche attraverso la valorizzazione della produzione scientifica dei professionisti. A tale scopo, già da qualche anno, si sta operando affinché la valutazione dell'attività di ricerca sia ancora di più inserita nei meccanismi istituzionali (budget, comunicazioni via stampa, sito internet e intranet aziendale, ecc) anche attraverso la diffusione a tutti i professionisti di un report contenente, per ogni Struttura Complessa, oltre il numero di pubblicazioni dell'ultimo triennio, anche un set di indicatori basati sulla misurazione dell'impatto dei singoli articoli scientifici. Non esistendo un'unica modalità standard, ma oltre 70 indicatori censiti in letteratura [Canadian Academy of Health Sciences. Making an impact. A Preferred Framework and Indicators to Measure Returns on Investment in Health Research. 2009; Banzi 2011, Health Research Policy and Systems], la scelta del set minimo è stata fatta privilegiando la reperibilità delle informazioni, la facilità di elaborazione e di interpretazione dei risultati. Le informazioni relative alle pubblicazioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono desunte dalla banca dati Web of Science della Thomson Reuters ISI (Institute for Scientific Information) di Philadelphia e confermate dai professionisti. Di seguito sono riassunti alcuni dati salienti, rimandando al Capitolo 6 per un maggiore dettaglio.

La tabella 2 mostra il numero di pubblicazioni (Articoli, Review, Lettere, Editorial Material eccetera) effettuate nel periodo 2009-2011, mettendo in rilievo la quota di articoli scientifici, in quanto maggiormente rilevanti dal punto di vista della comunicazione scientifica. Per ciascun anno, sono indicati anche i valori totali di Impact Factor (IF) grezzo, di Impact Factor medio e di Impact Factor normalizzato. Si evidenzia un trend in incremento, in particolare nel 2011 sia in termini di pubblicazioni (+73, pari a +23%) sia di Impact Factor, risultato di particolare rilievo se rapportato ai circa 800 professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (145 professori universitari convenzionati, 519 dirigenti medici e sanitari*, 120 tra contrattisti e borsisti)

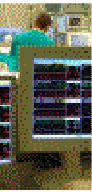
Tabella 2 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2009-2011

Anno	N° pubblicazioni	di cui Articoli	Impact Factor Totale	Impact Factor normalizzato (IFn)
2011	431	304	1223.29	939.9
2010	327	229	898.05	789.6
2009	354	177	754.51	603.4

Nota: L'IF è un indicatore che valuta numericamente, in base alle citazioni che gli articoli di un giornale ricevono e al numero di lavori pubblicati nello stesso periodo, la posizione di una rivista rispetto ad altre della stessa categoria o disciplina: si stabilisce così una graduatoria delle riviste basata su tale punteggio. Tanto maggiore è l'IF assegnato alla rivista, e quindi agli articoli in essa pubblicati, tanto maggiore è il peso della pubblicazione. Dal momento che esistono diversi ambiti disciplinari, alcuni di più ampia portata, diventa problematica la valutazione di singoli lavori e la loro confrontabilità. Questo problema è emerso in maniera netta quando si è trattato di valutare, da parte del Ministero della Salute, la produttività scientifica degli IRCCS (a partire dal 1997), su cui basare la ripartizione del finanziamento della ricerca corrente. Per ridurre, almeno in parte, la disparità di valutazione tra diversi settori di ricerca, si effettua una "normalizzazione" dell'Impact Factor (Impact Factor normalizzato - IFn). Per ogni disciplina o categoria si identificano le riviste ad essa riferibili e si calcola l'intervallo dei valori che l'IF assume, isolandovi dei centili, a cui sono stati fatti corrispondere altrettanti punteggi. Questo processo ha consentito di superare l'ostacolo dell'eterogeneità disciplinare e rendere così più omogeneo il confronto della produzione scientifica.

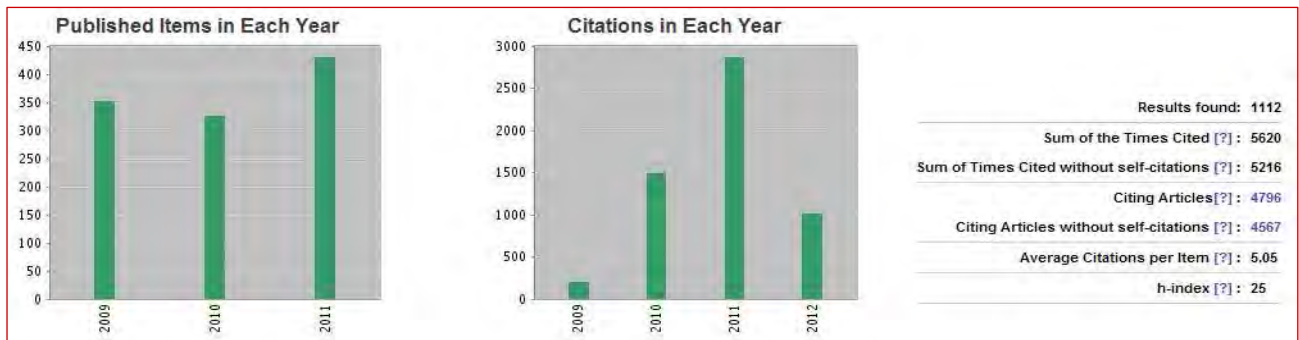
Le quattro rappresentazioni grafiche che seguono sono costruite direttamente dalla Banca dati ISI, una volta selezionati gli articoli pubblicati dai professionisti dell'UO nel periodo 2009-2011.

Nel grafico 6 sono rappresentate per anno il numero di pubblicazioni e il relativo numero di citazioni ricevute. Quest'ultimo dato è di notevole interesse e significato, in quanto il presupposto è che il numero di volte in cui una pubblicazione è stata citata nella bibliografia di altre pubblicazioni può costituire una misura della "Utilità" di tale pubblicazione per il progredire della ricerca scientifica. Il numero di citazioni è cumulativo e non immediato, cioè nel 2009 le citazioni sono quelle relative alle pubblicazioni dello stesso anno, nel 2010 riguardano sia l'anno precedente sia l'anno corrente, nel 2011 le citazioni dei tre anni considerati; il 2012 risulta inferiore agli anni precedenti in quanto contempla tutte le citazioni delle pubblicazioni dei tre gli anni presi in considerazione, ma si riferisce solo a quelle dei primi tre mesi dell'anno. Accanto ai grafici nella parte destra del grafico vengono riportati alcuni indicatori, di cui il principale è sicuramente l'h-index (pari a 25) poiché riassume con un unico dato sia il numero di citazioni



che di pubblicazioni. Tra gli altri valori vengono presentati il numero totale di pubblicazioni (1112 nei tre anni) e il totale delle citazioni lordo (5620) e depurato dalle auto-citazioni (5216). Il numero medio di citazioni per pubblicazione è pari a 5,05.

Grafico 6 Pubblicazioni censite ISI e citazioni ricevute, anni 2009-2011



Nota: l'h-index, presentato nel 2005 da Jorge E. Hirsch della University of California di San Diego è stato creato per quantificare con un unico valore numerico la produzione scientifica di un ricercatore, basandosi sul numero delle pubblicazioni e sul numero di citazioni ricevute. Lo scopo è rilevare la reale influenza di un ricercatore sulla comunità di riferimento, prescindendo da singoli articoli di grande successo, o anche dai lavori di autori che, pur avendo pubblicato molto, hanno prodotto solo articoli di scarso interesse, come invece avviene usando l'IF. In teoria più alto è l'h-Index più rilevante è l'impatto dell'autore/della struttura in seno alla comunità scientifica di riferimento.

Nei grafici successivi sono elencate le collaborazioni internazionali (grafico 7), cioè la provenienza dei co-autori, tra le quali la più consolidata appare quella con gli USA (nell'11% delle pubblicazioni dell'AOU di PR c'è almeno un autore residente negli USA) e con l'Inghilterra (nel 6% delle pubblicazioni), e le Aree tematiche prevalenti (grafico 8) nelle quali l'AOU di Parma ha pubblicato con maggiore frequenza (la cardiovascolare, l'ematologica e la neurologica, risultano le tre più frequenti).

Grafico 7 Pubblicazioni con autori nazionali ed internazionali

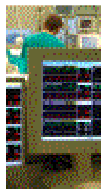
Field: Countries/Territories	Record Count	% of 1112	Bar Chart
ITALY	1099	98.831 %	[Bar]
USA	125	11.241 %	[Bar]
ENGLAND	69	6.205 %	[Bar]
NETHERLANDS	63	5.665 %	[Bar]
AUSTRALIA	62	5.576 %	[Bar]
FRANCE	62	5.576 %	[Bar]
GERMANY	59	5.306 %	[Bar]
SPAIN	36	3.237 %	[Bar]
SWEDEN	33	2.968 %	[Bar]
SWITZERLAND	26	2.338 %	[Bar]

Grafico 8 Aree tematiche prevalenti

Field: Subject Areas	Record Count	% of 1112	Bar Chart
CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY	181	16.277 %	[Bar]
HEMATOLOGY	130	11.691 %	[Bar]
NEUROSCIENCES NEUROLOGY	102	9.173 %	[Bar]
SURGERY	91	8.183 %	[Bar]
ONCOLOGY	80	7.194 %	[Bar]
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	72	6.475 %	[Bar]
ENDOCRINOLOGY METABOLISM	60	5.396 %	[Bar]
GENERAL INTERNAL MEDICINE	56	5.036 %	[Bar]
RADIOLOGY NUCLEAR MEDICINE MEDICAL IMAGING	51	4.586 %	[Bar]
RESPIRATORY SYSTEM	45	4.047 %	[Bar]

Il grafico 9 affronta la produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con altre Istituzioni internazionali (università, ospedali, laboratori, ecc). Per ciascuna Area tematica prevalente, riportata nel grafico sono state individuate le prime quattro Istituzioni che nel periodo 2009-2011 hanno pubblicato maggiormente a livello internazionale. Successivamente, per ogni Istituzione selezionata è stato calcolato il numero medio di citazioni per pubblicazione (numero totale di citazioni ricevute nel periodo in esame diviso il numero di pubblicazioni nello stesso periodo) e creato un istogramma.

Ogni istogramma mostra il valore medio delle citazioni per Istituzione, il cui nome appare in ascissa. Per l'AOU di Parma sono riportati per singola Area tematica una barra rossa, che indica il valore medio di

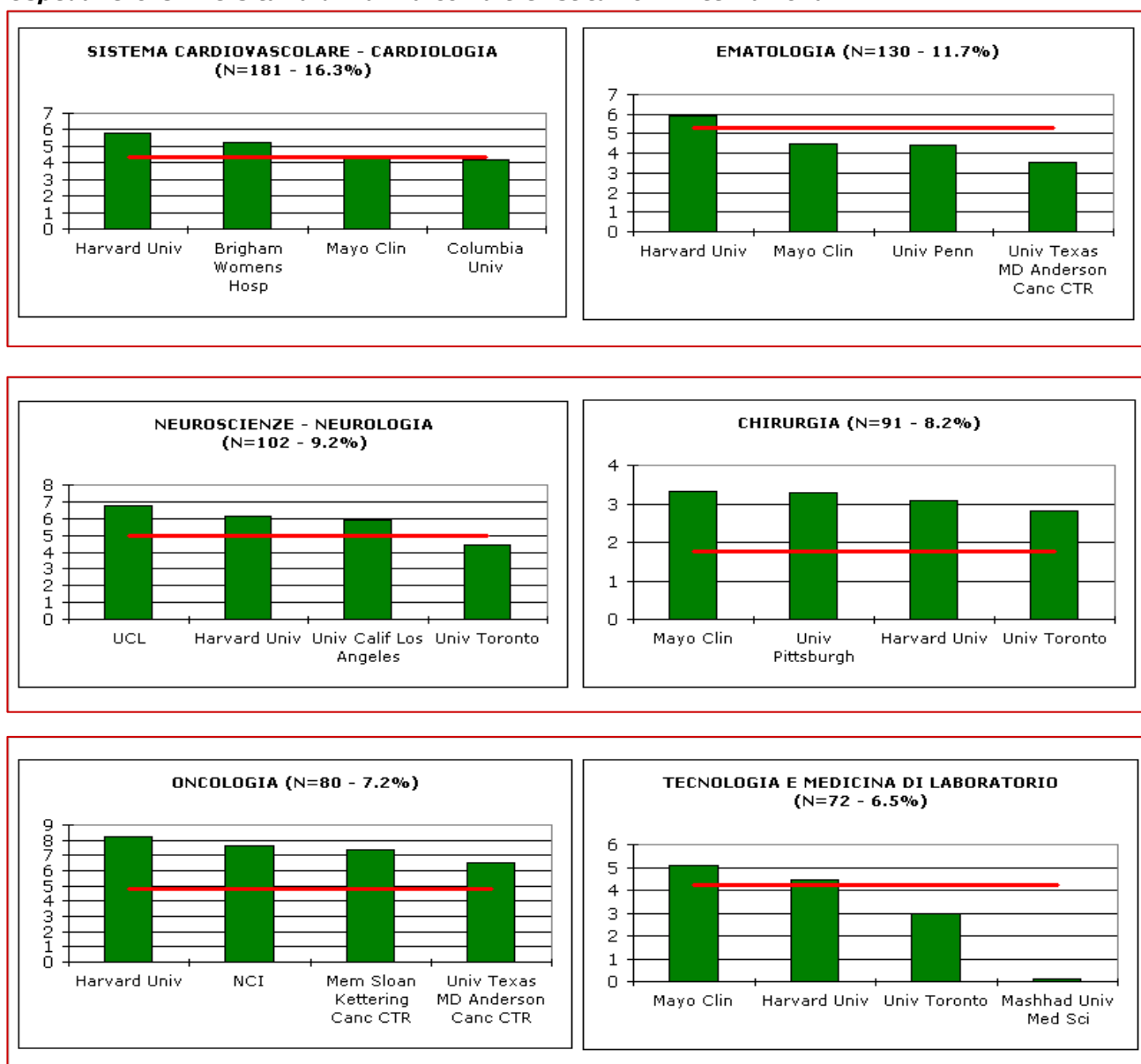


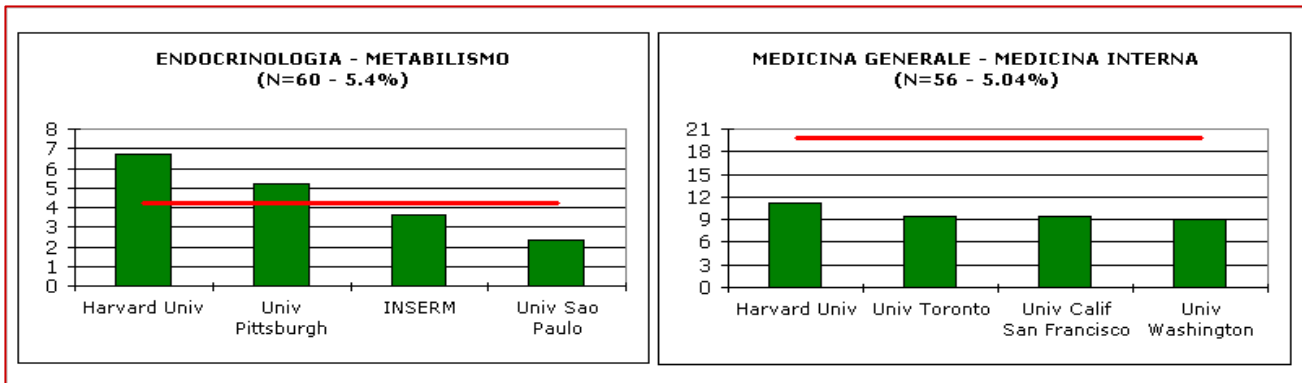
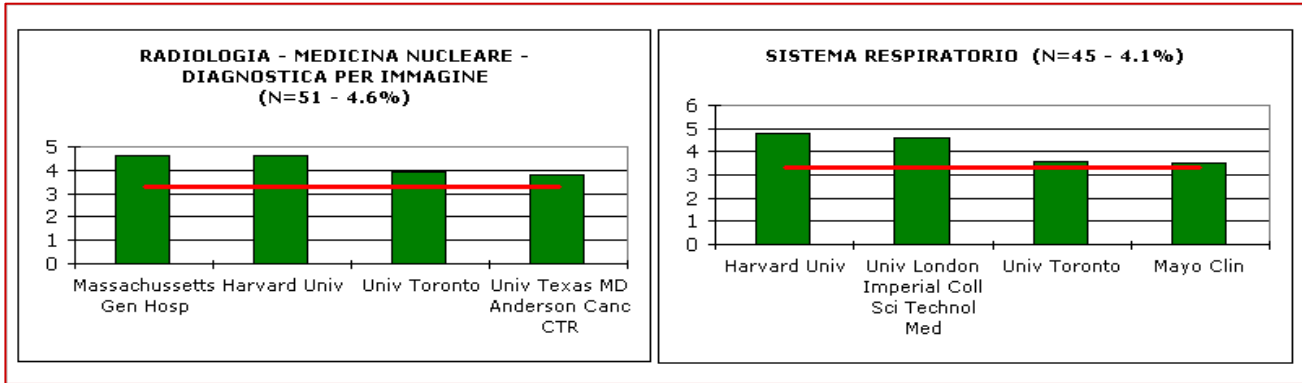
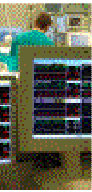
citazioni sul totale della produzione scientifica registrata nel triennio considerato, e tra parentesi il numero e relativa percentuale di pubblicazioni sul totale.

In breve, è possibile affermare che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presenta un numero medio di citazioni per area molto simile alle *top-four* internazionali. In particolare, l'eccellenza è rappresentata nell'area di Medicina Generale – Medicina Interna dove il numero medio di citazioni per pubblicazione dell'Azienda sfiora 20, nettamente superiore alle altre Istituzioni considerate. Un'altra area di eccellenza, è l'Ematologia con un numero medio di citazioni per articolo di 5,3, appena al di sotto del valore di Harvard (5,9), ma oltre quello di importanti istituzioni americane.

Ogni grafico rappresenta una delle 10 aree tematiche prevalenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con tra parentesi il numero e relativa percentuale di pubblicazioni sul totale di pubblicazioni nel triennio considerato.

Grafico 9 Numero medio di citazioni per area tematica prevalente: Confronto Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con altre Istituzioni Internazionali





Oltre ad indicatori bibliometrici, per misurare l'impatto della ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma vengono analizzati i seguenti indicatori, denominati di "Research Capacity":

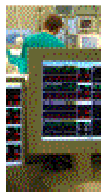
- Grado di proprietà: numero di articoli in cui l'AOU ha dato il maggior contributo al lavoro, indicato dalla presenza dell'autore in 1°, 2° o ultima posizione
- Grado di eccellenza: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste (top journals) convenzionalmente intese come con IF>10
- Grado di qualità: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore convenzionalmente intese come IFN>6
- Grado di partecipazione: quota di professionisti coinvolti in attività di ricerca, che quindi hanno pubblicato almeno un lavoro nel periodo considerato

Tabella 3 Indicatori "Research Capacity" (Proprietà, Eccellenza e Qualità)

Indicatore	Anno 2011		Anno 2010		Anno 2009	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Grado di proprietà: numero di articoli in cui l'AOU ha dato il maggior contributo al lavoro, indicato dalla presenza dell'autore in 1°, 2° o ultima posizione	189	62%	148	65%	111	63%
Grado di eccellenza: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste (top journals) convenzionalmente intese come con IF>10	13	4%	12	5%	18	10%
Grado di qualità: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore convenzionalmente intese come IFN>6	63	21%	65	28%	70	40%

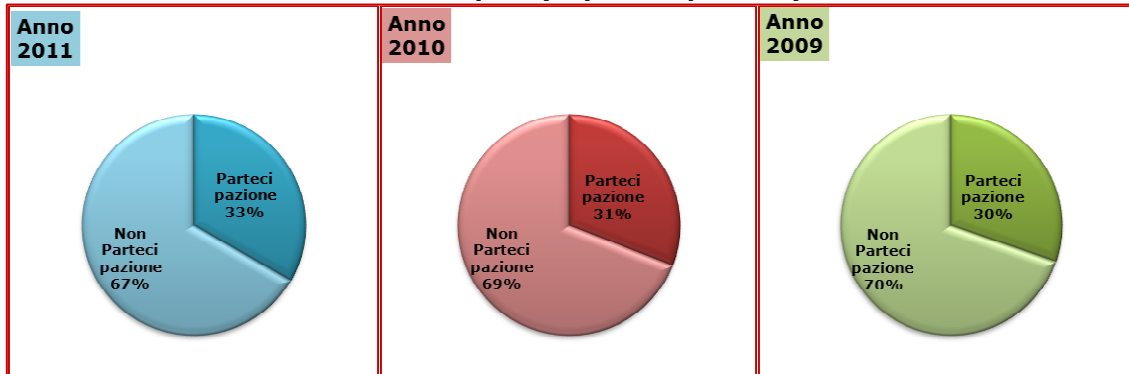
In breve, si evince che nei tre anni considerati i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma hanno esercitato un ruolo di rilievo (come ideatori o principali realizzatori dello studio o estensori dell'articolo) mantenendo un trend costante superiore al 60%, aumentando notevolmente di anno in anno in valore assoluto (circa 40 articoli in più ogni anno). In merito alla quota di articoli denominati di "eccellenza" e di "qualità", si registra nel triennio un trend in decremento, maggiore in termini percentuali meno marcato se si analizzano i numeri assoluti.

Il grafico successivo (grafico 10) mostra un indicatore di notevole significato, in quanto consente di misurare la partecipazione alla ricerca in termini di numero di professionisti con almeno un articolo scientifico pubblicato su riviste censite ISI. Complessivamente nel 2011 un terzo dei professionisti ha



contribuito alla produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con un trend che risulta in aumento.

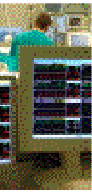
Grafico 10 Indicatori "Research Capacity" (Partecipazione)



Infine per una maggiore conoscenza dei filoni di ricerca nei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha operato negli ultimi anni e i cui risultati sono stati disseminati nel corso del 2011, di seguito si riportano i primi 20¹ articoli scientifici pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2011; la selezione è stata realizzata in base all'IF assegnato alla rivista nella quale l'articolo è stato pubblicato, e nell'elenco sono stati evidenziati in grassetto gli autori afferenti all'AOU di Parma.

1. Kajstura, J; Rota, M; ... ; **Giordano, G**; ; **Quaini, F**; ... ; Anversa, P (2011) *Evidence for Human Lung Stem Cells* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 364(19):1795-1806 **IF=53.484** [Article]
2. Gharavi, AG; Kiryluk, K; ... ; **Allegri, L**; ... ; Lifton, RP (2011) *Genome-wide association study identifies susceptibility loci for IgA nephropathy* NATURE GENETICS 43(4):321-0 **IF=36.377** [Article]
3. Schunkert, H; König, IR;... **Ardissino, D** ; ... ; Samani, NJ (2011) *Large-scale association analysis identifies 13 new susceptibility loci for coronary artery disease* NATURE GENETICS 43(4):333-0 **IF=36.377** [Article]
4. **Vaglio, A**; Palmisano, A; Alberici, F; **Maggiore, U**; **Ferretti, S**; **Cobelli, R**; Ferrozzi, F; **Corradi, D**; Salvarani, C; **Buzio, C** (2011) *Prednisone versus tamoxifen in patients with idiopathic retroperitoneal fibrosis: an open-label randomised controlled trial* LANCET 378(9788):338-346 **IF=33.633** [Article]
5. Eitel, I; von Knobelsdorff-Brenkenhoff, F; ... ; **Aldrovandi, A**; Friedrich, MG (2011) *Clinical Characteristics and Cardiovascular Magnetic Resonance Findings in Stress (Takotsubo)Cardiomyopathy* JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 306(3):277-286 **IF=30.011** [Article]
6. Pareyson, D; Reilly, MM; ... ; **Gemignani, F**; ... ; Solari, A (2011) *Ascorbic acid in Charcot-Marie-Tooth disease type 1A (CMT-TRIAAL and CMT-TRAUK): a double-blind randomised trial* LANCET NEUROLOGY 10(4):320-328 **IF=21.659** [Article]
7. **Ardissino, D**; Berzuini, C; ... ; Marziliano, (2011) *Influence of 9p21.3 Genetic Variants on Clinical and Angiographic Outcomes in Early-Onset Myocardial Infarction* JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 58(4):426-434 **IF=14.292** [Article]
8. **Rossi, S**; Ravetta, V; ... ; **Silini, EM**; ... ; Tinelli, C (2011) *Repeated Radiofrequency Ablation for Management of Patients with Cirrhosis with Small Hepatocellular Carcinomas: A Long-Term Cohort Study* HEPATOLOGY 53(1):136-147 **IF=10.885** [Article]
9. Montillo, M; Tedeschi, A; ... ; **Crugnola, M**; ... ; Morra, E (2011) *An open-label, pilot study of fludarabine, cyclophosphamide, and alemtuzumab in relapsed/refractory patients with B-cell chronic lymphocytic leukemia* BLOOD 118(15):4079-4085 **IF=10.558** [Article]
10. Ohlsson, C; Wallaschofski, H; ... ; **Maggio, MG**; ... ; Haring, R (2011) *Genetic determinants of Serum Testosterone Concentrations in Men* PLOS GENETICS 7(10) **IF=9.543** [Article]
16. Zhai, GJ; Teumer, A; ... ; **Maggio, M**; ... ; Wallaschofski, H (2011) *Eight Common Genetic Variants Associated with Serum DHEAS Levels Suggest a Key Role in Ageing Mechanisms* PLOS GENETICS 7(4) **IF=9.543** [Article]
11. Alisi, A; Ghidinelli, M; Zerbini, A; **Missale, G**; Balsano, C (2011) *Hepatitis C virus and alcohol: Same mitotic targets but different signaling pathways* JOURNAL OF HEPATOLOGY 54(5):956-963 **IF=9.334** [Article]
12. Bochud, PY; Bibert, S; ... ; **Ferrari, C**; **Missale, G**; ... ; Lagging, M (2011) *IL28B polymorphisms predict reduction of HCV RNA from the first day of therapy in chronic hepatitis C* JOURNAL OF HEPATOLOGY 55(5):980-988 **IF=9.334** [Article]
13. Suppiah, R; Flossmann, O; ... ; **Vaglio, A**; Westman, K; Luqmani, R (2011) *Measurement of damage in systemic vasculitis: a comparison of the Vasculitis Damage Index with the Combined Damage Assessment Index* ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES 70(1):80-85 **IF=9.082** [Article]

¹ Saranno presentati i primi 21 in quanto gli ultimi due articoli presentano le medesime caratteristiche stesso IF e medesimo IFN assegnato



15. Storti, P; Donofrio, G; ...; **Mancini, C**; Ribatti, D; **Bonomini, S**; ... ; **Pedrazzini, A**; ... **Giuliani, N** (2011) *HOXB7 expression by myeloma cells regulates their proangiogenic properties in multiple myeloma patients* LEUKEMIA 25(3):527-537 **IF=8.296** [Article]
16. **Giuliani, N**; Airoldi, I (2011) Novel Insights into the Role of Interleukin-27 and Interleukin-23 in Human Malignant and Normal Plasma Cells CLINICAL CANCER RESEARCH 17(22):6963-6970 **IF=7.338** [Article]
17. Russo, L; Iafusco, D; ... ; **Vanelli, M**; ... ; Barbetti, F (2011) *Permanent diabetes during the first year of life: multiplegene screening in 54 patients* DIABETOLOGIA 54(7):1693-1701 **IF=6.973** [Article]
18. Castiglioni, P; Parati, G; ... ; **Coruzzi, P** (2011) *Detecting Sodium-Sensitivity in Hypertensive Patients Information From 24-Hour Ambulatory Blood Pressure Monitoring* HYPERTENSION 57(2):180-185 **IF=6.908** [Article]
19. Ortolani, P; **Solinas, E**; ... ; **Vignali, L**; ... ; Marzocchi, A (2011) *Long-term clinical outcomes after drug eluting stent implantation in women with de novo coronary lesions Results from the REAL (REgistro Regionale Angioplastiche Emilia-Romagna) multicenter registry* INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY 149(1):55-62 **IF=6.801** [Article]
20. **Maggio, M**; **Ceda, GP**; **Lauretani, F**; ... ; **Cattabiani, C**; ... ; **Dall'Aglio, E**; **Ceresini, G**; Basaria, S; Ferrucci, L (2011) *SHBG, Sex Hormones, and Inflammatory Markers in Older Women* JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM 96(4):1053-1059 **IF=6.495** [Article]
21. Vottero, A; **Minari, R**; **Viani, I**; ... ; **Neri, TM**; Bertolini, L; **Bernasconi, S**; Ghizzoni, L (2011) *Evidence for Epigenetic Abnormalities of the Androgen Receptor Gene in Foreskin from Children with Hypospadias* JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM 96(12):E1953-E1962 **IF=6.495** [Article]

Inoltre per un approfondimento successivo si riportano i primi 10 "Editorial Material" pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2011; la selezione è stata realizzata in base all'IF assegnato alla rivista nella quale l'articolo è stato pubblicato, e nell'elenco sono stati evidenziati in grassetto gli autori afferenti all'AOU di Parma.

1. **Ampollini, L**; **Carbognani, P** (2011) *Madelung's Disease* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 364(5):465-465 **IF=53.484** [Editorial Material]
2. **Picetti, E**; **Mergoni, M** (2011) *Traumatic Diaphragmatic Hernia* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 365(14):E30-E30 **IF=53.484** [Editorial Material]
3. **Servadei, F** (2011) *Clinical Value of Decompressive Craniectomy* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 364(16):1558-1559 **IF=53.484** [Editorial Material]
4. Conte, G; **Aldrovandi, A**; **Reverberi, C**; **Cademartiri, F**; **Ardissino, D** (2011) *Mediastinal Cystic Lymphangioma* JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY 57(16):1640-1640 **IF=14.292** [Editorial Material]
5. **Gaibazzi, N**; **Reverberi, C** (2011) *'Reverse S' coronary sign* EUROPEAN HEART JOURNAL 32(14):1729-1729 **IF=10.046** [Editorial Material]
6. **Buzio, C**; Oliva, E (2011) *Diagnosis of Churg-Strauss syndrome: eotaxin-3 makes it easier* RHEUMATOLOGY 50(10):1737-1738 **IF=4.171** [Editorial Material]
7. Favaloro, EJ; Franchini, M; **Lippi, G** (2011) *Coagulopathies and Thrombosis: Usual and Unusual Causes and Associations. Part V. PREFACE SEMINARS IN THROMBOSIS AND HEMOSTASIS* 37(8):859-862 **IF=4.169** [Editorial Material]
8. **Franchini, M**; Vescovi, PP; Manzato, F; Favaloro, EJ (2011) *Hormones, Endocrine Disorders, and Hemostasis* PREFACE SEMINARS IN THROMBOSIS AND HEMOSTASIS 37(1):3-5 **IF=4.169** [Editorial Material]
9. **Lippi, G**; Favaloro, EJ; **Franchini, M** (2011) *Coagulopathies and Thrombosis: Usual and Unusual Causes and Associations, Part IV* PREFACE SEMINARS IN THROMBOSIS AND HEMOSTASIS 37(3):175-180 **IF=4.169** [Editorial Material]
10. Bilancia, R; **Ampollini, L**; **Cattelani, L**; **Carbognani, P**; **Rusca, M** (2011) *Schwannoma of the Cervical Vagus Nerve* ANNALS OF THORACIC SURGERY 91(1) **IF=3.558** [Editorial Material]

Attività didattica

In questa sezione viene delineata l'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma nell'ambito del percorso di collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria anche in termini di attività didattiche e formative che integrano la primaria funzione di assistenza.

I dati analitici riprodotti, rilevati dall'Ateneo di Parma, consentono di evidenziare nel dettaglio il quadro delle attività formative pre-laurea e post-laurea, già complessivamente rappresentate in apertura del capitolo 1.2 di questo volume dedicato al *Sistema delle relazioni con l'Università*

La funzione di didattica per quanto concerne le lauree magistrali a ciclo unico per le professioni Mediche è articolata nei due corsi di Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria, della durata, rispettivamente, di sei e cinque anni.

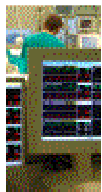


Tabella 4 Iscrizioni a Medicina e Chirurgia (Corso di laurea a ciclo unico), anni 2011-2012

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti 6° anno	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti
Medicina e Chirurgia	253	242	191	148	128	277	173	197	1609

Tabella 5 Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (Corso di laurea a ciclo unico), anni 2011-2012

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti
Odontoiatria e protesi dentaria	19	14	17	20	12	24	0	106

Tabella 6 Provenienza iscritti a Medicina e Chirurgia (Corso di laurea a ciclo unico) e iscritti a Odontoiatria e protesi dentaria (Corso di laurea a ciclo unico), anni 2011-2012

Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale generale
	Residenti a Parma	Residenti in Emilia Romagna esclusa Parma	Residenti extra regione	
Medicina e Chirurgia	523	294	792	1609
Odontoiatria e protesi dentaria	36	20	50	106
Totale	559	314	842	1715

Il dettaglio che segue riporta la fotografia dell'offerta formativa dei corsi di laurea attivati per le professioni sanitarie articolati in dieci corsi di lauree triennali e in un corso di laurea specialistica (tabelle successive).

Tabella 7 Iscrizioni ai corsi di laurea per le Professioni sanitarie (lauree triennali), anni 2011-2012

Corso di studio Laurea triennale	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti FC	Iscritti ripetenti	Totale iscritti
Fisioterapia (abilitante alla professione sanitaria di fisioterapista)	55	44	35	0	5	139
Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di infermiere)	235	219	209	73	0	736
Logopedia (abilitante alla professione sanitaria di logopedista)	12	12	9	0	1	34
Ortottica e ass. Oftal. (abilitante alla professione sanitaria di ortottista e ass. di oftal.)	11	9	7	0	1	28
Ostetricia (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica)	30	29	29	0	0	88
Tecniche di radiologia med. per immagini e radioterapia	25	20	21	3	6	75
Tecniche prev. amb. e luoghi lav. (abil. prof. San. Tecn. prev. amb. e luoghi lav.)	20	24	28	11	6	89
Tecniche audiometriche (abilitante alla professione sanitaria di audiometrista)	0	7	4	0	0	11
Tecniche audioprotesiche (abilitante alla professione sanitaria di audioprotesista)	19	7	10	0	1	37
Tecniche di laboratorio biomedico (abilitante alla professione sanitaria di tecnico di lab. Biomedico)	31	16	7	5	8	67
Totale generale	438	387	359	92	28	1304

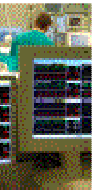


Tabella 8 Iscrizioni ai corsi di laurea per le professioni sanitarie (laurea specialistica), anni 2011-2012

Corsi di studio	1° anno	2° anno	FC	ripetenti	Totale iscritti
Scienze infermieristiche e ostetriche	0	16	2	1	19

Nel contesto della collaborazione tra sistema sanitario e sistema universitario assume un ruolo rilevante il concorso dei rispettivi sistemi allo sviluppo della formazione medico-specialistica post-laurea che si attua prevalentemente nelle strutture di sede dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento della Facoltà di Medicina e Chirurgia

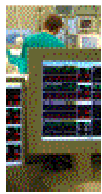
Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche del medico in formazione specialistica, la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia di interventi pratici da eseguire sono quelli determinati dai Consigli delle Scuole in conformità agli ordinamenti didattici ed agli accordi tra l'Università e l'Azienda Sanitaria di riferimento.

Di seguito si riportano le Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma ed il numero dei medici in formazione specialistica iscritti agli anni di corso di ciascuna Scuola nell'anno accademico 2010/2011.

I dati si riferiscono all'anno accademico 2010/2011, tenuto conto delle intervenute disposizioni ministeriali che hanno comportato uno slittamento dell'avvio di ciascun anno di corso in luogo del precedente inizio di tutti gli anni di corso nel mese di Novembre.

Tabella 9 Scuole di specializzazione e iscritti, anni 2010-2011

	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti (Res Emilia Romagna+ Res extra regione)
1	Allergologia ed immunologia clinica	1	2	2	4
2	Anatomia patologica	4	7	1	8
3	Anestesia e rianimazione	23	29	14	43
4	Biochimica clinica	4	8	3	11
5	Cardiochirurgia	0	0	2	2
6	Cardiologia	4	4	2	6
7	Chirurgia generale	16	20	11	31
8	Chirurgia maxillo-facciale	6	10	3	13
9	Chirurgia plastica e ricostruttiva	3	5	3	8
10	Chirurgia toracica	2	2	0	2
11	Chirurgia vascolare	1	2	0	2
12	Dermatologia e venerologia	0	0	1	1
13	Ematologia	1	2	0	2
14	Emergenza-Urgenza	9	12	5	17
15	Endocrinologia e malattie del ricambio	1	2	1	3
16	Gastroenterologia	3	5	2	7
17	Geriatria	6	12	2	14
18	Ginecologia e ostetricia	9	12	6	18
19	Igiene e medicina preventiva	6	8	1	9
20	Malattie dell'apparato cardiovascolare	9	10	7	17
21	Malattie dell'apparato respiratorio	7	12	7	19
22	Malattie infettive	0	1	0	1
23	Medicina del lavoro	10	15	5	20
24	Medicina fisica e riabilitazione	6	10	3	13
25	Medicina interna	10	15	12	27
26	Medicina legale	1	3	0	3
27	Microbiologia e virologia	0	1	1	2



	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti (Res Emilia Romagna+ Res extra regione)
28	Nefrologia	8	10	6	16
29	Neurologia	6	10	4	14
30	Neuropsichiatria infantile	3	11	6	17
31	Oftalmologia	2	3	1	4
32	Oncologia	4	4	4	8
33	Ortopedia e traumatologia	8	14	3	17
34	Otorinolaringoiatria	2	2	2	4
35	Pediatria	25	35	5	40
36	Psichiatria	12	14	6	20
7	Radiodiagnostica	31	43	12	55
38	Radioterapia	4	7	4	11
39	Scienze dell'alimentazione	1	1	3	4
40	Urologia	1	1	0	1
41	Idrologia Medica	0	2	4	6
42	Farmacia Ospedaliera	2	6	3	9
	Totale iscritti	251	372	157	529

Nota: i dati, rilevati dall'Ateneo, comprendono i medici dipendenti del SSN che fruiscono di una riserva pubblica per l'ammissione alle Scuole; i dati comprendono altresì i biologi, non assegnatari di contratti di formazione, iscritti alle Scuole di Microbiologia e Biochimica Clinica. La rilevazione, in relazione al D.M. MIUR del 31.03.2011 si riferisce al numero degli iscritti esclusivamente alle sedi amministrative di Parma e non comprende gli iscritti frequentanti le Scuole aggregate di Parma ma iscritti presso le sedi amministrative delle Scuole Capofila.

**La Scuola di Idrologia Medica on è una scuola attivata ad ordinamento CEE e/o per esigenze del SSN*

L'offerta formativa post-laurea della Facoltà si struttura anche in master universitari, di I e II livello, con un numero complessivo di 116 iscritti.

Tabella 10 Master attivati di I e II livello, anni 2011-2012

Titolo Master	Livello	Iscritti
Fisiopatologia e terapia riabilitativa delle malattie dell'apparato respiratorio.	I	2
Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie	I	32
Competenze avanzate in infermeria pediatrica	I	16
Management in comunicazione in ambiente socio-sanitario	I	28
Management del diabete e delle turbe metaboliche correlate in età evolutiva - master inerateneo	I	1
TOTALE		79
Pneumologia interventistica e immunopatologia polmonare	II	1
La gestione integrata multidisciplinare delle patologie di interesse endocrinologo nel bambino e nell'adolescente - master inerateneo	II	11
Ortodontia intercettava	II	2
Medicina estetica	II	21
Dolore orofacciale, malattie temporomandibolari, malattie del sonno.	II	2
Implantologia	II	2
TOTALE		39

Nota: I dati non comprendono il Master in Elettrofisiologia clinica, perché in corso di istituzione.

Il dottorato di ricerca rappresenta il più alto livello della formazione universitaria ed il relativo titolo accademico si consegue una volta acquisita la laurea specialistica. Di seguito si evidenziano i dottorati di ricerca attivi in area clinica ed il numero dei dottorandi frequentanti i corsi all'1.01.2011

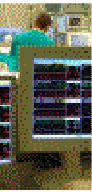


Tabella 11 Dottorati attivi area clinica, anno 2011

Dottorati area medica attivi neell'anno 2010 con numero dottorandi al 1.01.2010	Ciclo				Totale
	XXVI	XXV	XXIV	XXIII	
Biologia e patologia molecolare*	5	3	3	5	16
Chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata e fisiopatologia dell'apparato digerente	0	3	3	0	6
Diagnostica per immagini avanzata toracica (cardiopulmonare)	2	3	3	0	8
Fisiopatologia dell'insufficienza renale	3	2	2	3	10
Fisiopatologia respiratoria sperimentale	0	4	4	0	8
Fisiopatologia sistemica**	4	4	3	4	15
Gastro-endocrinologia pediatrica	0	3	2	0	5
Malattie osteometaboliche e disordini del metabolismo idroelettrolitico e acido-base	0	1	2	0	3
Microbiologia e virologia	3	2	1	2	8
Neuroscienze	4	3	4	4	15
Scienze della prevenzione	0	2	2	0	4
Scienze ostetriche e ginecologiche	3	3	1	3	10
Totale	24	33	30	21	108

2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2011 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale (delibere 221 del 22.11.2006 e 129 del 31.05.2010 con le quali è stato approvato e successivamente modificato l'Atto Aziendale) ed è dettagliato come riportato nelle tabelle delle pagine che seguono.

Inoltre, con atto 222 del 22.11.2006 è stato approvato l'accordo attuativo con l'Università degli Studi di Parma in attuazione del Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena -Reggio Emilia e Parma in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29.

Con l'atto 134 del 08.06.2010, a seguito della riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, sono stati modificati gli allegati 1 e 2 all'Accordo Attuativo Locale, rispettivamente comprendenti le unità operative (strutture complesse), strutture semplici dipartimentali e programmi a direzione universitaria (nello stesso allegato sono riportate anche le strutture complesse temporaneamente a direzione universitaria ai sensi dell'art. 8 del Protocollo d'intesa Regione-Università) e le unità operative (strutture complesse), strutture semplici dipartimentali e programmi a direzione ospedaliera.

Con le suddette deliberazioni si è provveduto a delineare, esplicitandolo nei relativi allegati, il complessivo impianto aziendale individuando sia i Dipartimenti ad Attività Integrata quali strutture organizzative fondamentali, in cui le funzioni assistenziali sono integrate con le funzioni didattiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle della ricerca propria dei Dipartimenti Universitari, sia l'organigramma degli Uffici e i Servizi in line e staff, che non viene qui presentato.

Sono stati, dunque, formalizzati i cambiamenti organizzativi e strutturali resisi necessari nel tempo, tenendo conto delle peculiarità locali e salvaguardando l'espressione dell'autonomia su cui si basa la responsabilità aziendale, assicurando maggiore evidenza alle competenze delle strutture che compongono i Dipartimenti ad Attività Integrata di afferenza.

Si consideri che, ai fini della definizione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2011, come unità in servizio a tale data.

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

Al computo complessivo dei posti letto vanno aggiunti 34 posti letto pensionanti in regime ordinario, che sono assegnati a diverse unità operative.

DIPARTIMENTO
CARDIO-NEFRO-POLMONARE
Direzione Dipartimento
Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Personale													Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari			
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti					Borsisti		
Cardiochirurgia	0701-4902	Unità Operativa	Universitario	10	10	2	2	2	2	2	4	58	4	19	1	2	2	2	29				
Cardiologia	0801-0803-5001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	24	23		0	0			62	5	28	2	2	5	5	55	3				
Clinica e Immunologia Medica	2609-2610	Unità Operativa	Universitario	4	4	2	2	2	1	2	42	5	2	16	1	1	1	21	2	3			
Clinica Pneumologica	6801	Unità Operativa	Universitario	1	1	2	2	2		10								14		1			
Fisiopatologia Respiratoria	4903	Unità Operativa	Universitario	6	6		0			18								9					
Nefrologia	2901-4801	Unità Operativa	Universitario	6	1	3	3	3		34								21	3	1			
Semeiotica Medica	2608	Unità Operativa	Universitario	1	1	6	6	6		13								21	1	1			
Pneumologia ed Endoscopia toracica	6802	Unità Operativa	Dirigente del SSR	6	6	1	1	1		17	1							12					
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1	1		0	0		26								8				2	
Day Hospital Pneumologico	0203	Struttura semplice dipartimentale								5								1					
Funzionalità Polmonare		Struttura semplice dipartimentale	Universitario		0	1	1	1															

CHIRURGICO

Universitario

DIPARTIMENTO

Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Personale												Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato					Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	4904	Unità Operativa	Universitario	35	35	2	2	2	30	3		11			3				
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	1201	Unità Operativa	Dirigente del SSR	6	2	1	1	1	31	2		10			4				
Chirurgia Toracica	1301	Unità Operativa	Universitario	1	1	2	2	2	9	1		1			1				
Chirurgia Vascolare	1401	Unità Operativa	Universitario		0	4	4	4	11	1		1			1				
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	0903	Unità Operativa	Universitario	2	2	6	6	6	12			2							
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	0904	Unità Operativa	Universitario	4	4	6	5	6	6			2			2				
Clinica Ortopedica	3601	Unità Operativa	Universitario	1	1	2	2	2	19	1		8			2				
Ortopedia	3602	Unità Operativa	Universitario	8	7	1	1	1	17	1		6			1				
Urologia	4301	Unità Operativa	Dirigente del SSR	11	11		0	0	38	2		14			1				
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico		Unità Operativa							61			18			2				
Attività Comuni Ortopedie		Unità Operativa							39			16							
Chirurgia della Cute e degli Annessi, Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica	1202	Struttura semplice dipartimentale	Universitario		0	2	2	2											
Dipartimento Chirurgico - Day Surgery	9801	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1	1		0	0	22			10							
Patologia dell'Apparato Locomotore	3604	Struttura semplice dipartimentale		5	3	2	2	2											

DIPARTIMENTO		EMERGENZA-URGENZA															
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR															
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale amministrativo e tecnico SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
1° Anestesia e Rianimazione	4901	Unità Operativa	Dirigente del SSR	33	1	0					18	1				2	1
Centrale Operativa 118		Unità Operativa	Dirigente del SSR	1	7	0					8						
Chirurgia d'Urgenza	0906	Unità Operativa	Dirigente del SSR	7	8	1					8	3				1	
Neurochirurgia-Neurotraumatologia	3002	Unità Operativa	Dirigente del SSR	8		0					4					1	
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	5101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	30	1	0					40	12					
Medicina Interna e Sezione Detenuti	2614 - 9701	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	4		0					7	6					3

DIPARTIMENTO		GERIATRICO-RIABILITATIVO															
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR															
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Attività Comuni Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	0201	Unità Operativa	Dirigente del SSR	10	10	1					15	6					
Clinica Geriatrica	2101	Unità Operativa	Universitario	3	3	3					11	5				1	1
Geriatrica	2101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	9	1	0					8	8				1	
Medicina Internistica	2615	Unità Operativa	Universitario	12	2	8					48	12					
Medicina Riabilitativa e Lungodegenza Riabilitativa	5601-6001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	10	10	1					15	6					
Lungodegenza Critica	6002	Unità Operativa	Universitario	6	1	4					24	6					
Dip Geriatrico-Riabilitativo. Lungodegenza Post-Acuzie	6004	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	4		4					9	1					

DIPARTIMENTO

MATERNO-INFANTILE

Direzione Dipartimento

Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Personale														
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti	
Chirurgia Pediatrica	1101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	7	7	0	0	7	1	7	2	33		5			1	1
Clinica Pediatrica	3902	Unità Operativa	Universitario	5	1	6	7	7	2	3							3	
Gastroenterologia		Unità Operativa	Universitario	6		6	1	1		1		2					1	
Neonatologia	6201	Unità Operativa		5		5	1	1		1		58		2			2	1
Oncoematologia Pediatrica	6501	Unità Operativa	Dirigente del SSR	8		8		0		0		40		5			13	4
Ostetricia e Ginecologia	3701	Unità Operativa		6		5	5	5		5		95		10			32	3
Pediatria Infettivi	3901	Unità Operativa	Dirigente del SSR	8		8		0		0		40		5			13	4
Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile	0204	Unità Operativa										24						2
Dip. Materno-Infantile Astanteria Pediatrica	3903	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	2		2		0		0		21		1			9	
Cardiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	Universitario			0		1		1								

DIPARTIMENTO**MEDICO POLISPECIALISTICO****Direzione Dipartimento**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura														
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	5801	Unità Operativa		7	1	8		1	1		25		13				
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo	2611	Unità Operativa	Dirigente del SSR	11		11	1		0		19	3	9			2	
Dip. Polispecialistico Day Hospital	0205	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1		1			0		8		1				
Malattie del ricambio e diabetologia		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	1		1			1		8		1				
Medicina Interna, Reumatologia	2602	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	4		4			1		11	2	9		2		
Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze	2613	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	4		4			0		5	1	7		1		
Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Vascolari	2601																
Posti Letto Ordinarì				10	21		9										
Posti Letto DH																	
Posti Letto DS																	
Posti Letto LD																	
					3												

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE		Dirigente del SSR																
Direzioe Dipartimento		Dirigente del SSR																
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura								Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari				
Neurochirurgia	3001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	6	6	10	10	0	26	8	3	11	2	1	26	1	2	1
Neurologia	3201	Unità Operativa	Universitario	4	4	10	10	0	24	4	3	3	1	1	1	1	1	1
Neuroradiologia		Unità Operativa	Dirigente del SSR	11	11	0	0	0	25	1		8		1				
Attività Comuni Dip. Neuroscienze-Programma Stroke Care	3201	Unità Operativa		1	1	0	0	0										
Centro Cefalee		Struttura semplice dipartimentale	Universitario	0	0	1	1	1						1				

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO INTERNISTICO		Dirigente del SSR																
Direzioe Dipartimento		Dirigente del SSR																
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura								Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari				
Anatomia e Istologia Patologica		Unità Operativa	Universitario	7	7	1	1	5	4	16	5	13	5	4	1	1	1	1
Clinica e Terapia Medica	2606	Unità Operativa	Universitario	1	1	9	8	3	19	3	2	11	2	4	1	4	1	1
Dermatologia	5201	Unità Operativa	Universitario	2	2	3	2	2	6	6	2	2	1	1	2	1	1	2
Ematologia	1801-1512	Unità Operativa	Universitario	2	2	1	5	5	24	1	1	3	2	2	2	2	2	2
Endocrinologia		Unità Operativa	Universitario	1	1	3	3	3			1							
Genetica Medica		Unità Operativa	Universitario	2	2	2	2	2	6	6		2		2		2		2
Malattie Infettive ed Epatologia	2401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	17	16	2	0	0	36			26		7	1	7	1	1
Oncologia Medica	6401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	13	13	3	0	0	38	3		15	3	3	1	3	1	1
Radioterapia		Unità Operativa	Dirigente del SSR	5	5		0	0	19			3						
Trapianti Midollo Osseo e Cellule Staminali Emopoietiche	1801-1540	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	0	0	1	1	1						1				1

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO
Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Ripartizione del personale																
				5	5	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	1	2	3	6	9	36	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Diagnostica Ematochimica		Unità Operativa	Dirigente del SSR	5	5	0	5	5	0	3	70	3				36			2	1
Immunoelettrolitica e Medicina Trasfusionale		Unità Operativa		7	7	0	4	4	0	33	2				9					
Microbiologia		Unità Operativa	Universitario	2	4	1	6	1	1	18	1	1			6					3
Virologia		Unità Operativa		1	2	2	2	2	0	12	1				6					
Biochimica ad Elevata Automazione		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR																	

Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari

DIPARTIMENTO
PREVENZIONE E SICUREZZA
Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Ripartizione del personale																	
				5	5	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	1	3 <th>3 <th>22 <th>3 </th></th></th>	3 <th>22 <th>3 </th></th>	22 <th>3 </th>	3				
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale		Unità Operativa	Universitario		0	3	3	3	1												
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale		Unità Operativa								1											

Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari

DIPARTIMENTO		RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE																					
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR																					
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Borsisti		Contrattisti		Personale amministrativo e tecnico universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Dirigenti sanitari non medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari
			Dirigente del SSR	Unità Operativa	3	14																	
Medicina Nucleare		Dirigente del SSR	0 <td>14 <td>0 <td>4 <td>0 <td>4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	14 <td>0 <td>4 <td>0 <td>4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>4 <td>0 <td>4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	4 <td>0 <td>4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	4 <td>0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td>	50 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td>	0 <td>21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	21 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				
Radiologia		Unità Operativa	0 <td>50 <td>0 <td>4 <td>0 <td>24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	50 <td>0 <td>4 <td>0 <td>24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>4 <td>0 <td>24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	4 <td>0 <td>24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	24 <td>0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td>	24 <td>0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td>	0 <td>4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	4 <td>24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	24 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				
Scienze Radiologiche		Unità Operativa	0 <td>15 <td>3 <td>1 <td>4 <td>12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	15 <td>3 <td>1 <td>4 <td>12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	3 <td>1 <td>4 <td>12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>4 <td>12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	4 <td>12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	12 <td>3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	3 <td>2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	2 <td>15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td>	15 <td>3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td>	3 <td>3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td>	3 <td>3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td>	3 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td>	4 <td>4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	4 <td>4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	4 <td>4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	4 <td>4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	4 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				
Polo Emergenza ed Urgenza		Struttura semplice dipartimentale	0 <td>30 <td>0 <td>1 <td>1 <td>5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	30 <td>0 <td>1 <td>1 <td>5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>1 <td>1 <td>5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>1 <td>5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	5 <td>0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	1 <td>30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td>	30 <td>0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td>	0 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td>	1 <td>1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	1 <td>1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	1 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				
Radiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	0 <td>5 <td>0 <td>3 <td>3 <td></td> <td>0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	5 <td>0 <td>3 <td>3 <td></td> <td>0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>3 <td>3 <td></td> <td>0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	3 <td>3 <td></td> <td>0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>	3 <td></td> <td>0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td></td>		0 <td></td> <td>5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td></td>		5 <td>0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td></td>	0 <td>0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td></td>	0 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td></td>	3 <td>3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	3 <td>3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	3 <td>3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	3 <td>3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	3 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>				

DIPARTIMENTO		TESTA COLLO																					
Direzione Dipartimento		Universitario																					
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Attribuzione della Direzione della Struttura	Borsisti		Contrattisti		Personale amministrativo e tecnico universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Dirigenti sanitari non medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti medici universitari	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari
			Dirigente del SSR	Unità Operativa	20	7																	
Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità Operativa	20 <td>7 <td>5 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td></td>	7 <td>5 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td></td>	5 <td>1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td></td>	1 <td>1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	1 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>																
Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia		Unità Operativa	3 <td></td> <td>6</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>		6	2	3																
Maxillo-Facciale	1001	Unità Operativa	6	2	7	4	6													3			14
Occhistica	3401	Unità Operativa	1	4	0	7	3													6			10
Odontostomatologia		Unità Operativa	1	0	7	0	3													1			6
Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	3802	Unità Operativa	1	1	2	1	2													1			11
Otorinolaringoiatria	3801	Struttura semplice dipartimentale																					1.1

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.

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 legati alla qualità dei servizi o alle aree di eccellenza e innovazione, intendono restituire una visione sistematica, sebbene complessa, del mondo della sanità.

Nell'organizzazione del capitolo si è cercato di preservare l'impostazione proposta dalle linee guida regionali per i bilanci di missione delle aziende ospedaliere (D.G.R. 606/2008), operando per individuare i punti di integrazione con le linee di programmazione regionali per le aziende del servizio sanitario relative all'anno 2011 (D.G.R. 732/2011). In tale prospettiva, il paragrafo "Universalità ed equità di accesso" interseca obiettivi delle sezioni della delibera citata: "Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure", "Valorizzazione ed empowerment degli operatori", "Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio". Il paragrafo "Centralità del cittadino" risponde agli obiettivi della sezione "Dignità della persona". Parte degli obiettivi raccolti nella sezione "Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure" rientrano nel paragrafo "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale", che integra anche contenuti più specificamente riguardanti la "Sostenibilità economico-finanziaria del sistema". Lo "Sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi" viene trattato in diverse parti del volume, in particolare nel capitolo 6 dedicato alla ricerca, ma trova sviluppo anche nel paragrafo "Promozione dell'eccellenza" del presente capitolo.

Inoltre, 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 di percorsi/progetti 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", ad esplicitare che, anche nella fase di stesura di questo documento, i professionisti che hanno offerto il proprio contributo lo hanno fatto cercando di fornire una visione quanto più possibile integrata.

3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria

Il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nell'ambito della programmazione provinciale, al fine di realizzare un sistema dell'offerta idoneo a rispondere in modo appropriato alla domanda e di evitare duplicazione di servizi, si esplica in modo partecipato a tutti i livelli dell'organizzazione nell'ambito del Piano Attuativo Locale.

Questa partecipazione consente di mettere a fuoco il sistema di relazioni istituzionali e l'importante rete di supporto messa in atto, unitamente all'Azienda territoriale, per dare riscontro alle azioni di programmazione locale messe a sistema negli strumenti di programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Come era nelle scelte metodologiche adottate in sede di PAL 2009-2011, l'attività di monitoraggio ha comportato un lavoro collegiale, confrontato a più livelli, e ne è scaturito un rapporto analitico argomentato e dettagliato in tante relazioni quanti erano i gruppi di lavoro. Il modello di lettura adottato ha essenzialmente privilegiato la evidenziazione di tre elementi: le azioni attivate, le azioni in fase di sviluppo, le criticità incontrate.

Il monitoraggio è stato dunque inteso come un processo di autovalutazione sullo stato di avanzamento degli obiettivi proposti, effettuato dagli stessi professionisti che hanno partecipato ai gruppi di lavoro.

Nel 2011 è stata effettuata l'analisi dei risultati raggiunti in termini di miglioramento del sistema, anche ai fini dello sviluppo della futura programmazione.

L'elaborazione di sintesi, presentata al seminario del 14 marzo 2012, ha seguito "due fondamentali criteri valutativi: il livello di raggiungimento dei singoli obiettivi e la evidenziazione dei principali risultati raggiunti. [...] Ciò che emerge può essere letto in un quadro di ampia generalizzazione che non lascia dubbi sulla positività complessiva del processo programmatico. Per quanto attiene il livello di raggiungimento degli obiettivi è evidente come in tutte le direttrici strategiche l'indice medio non sia mai



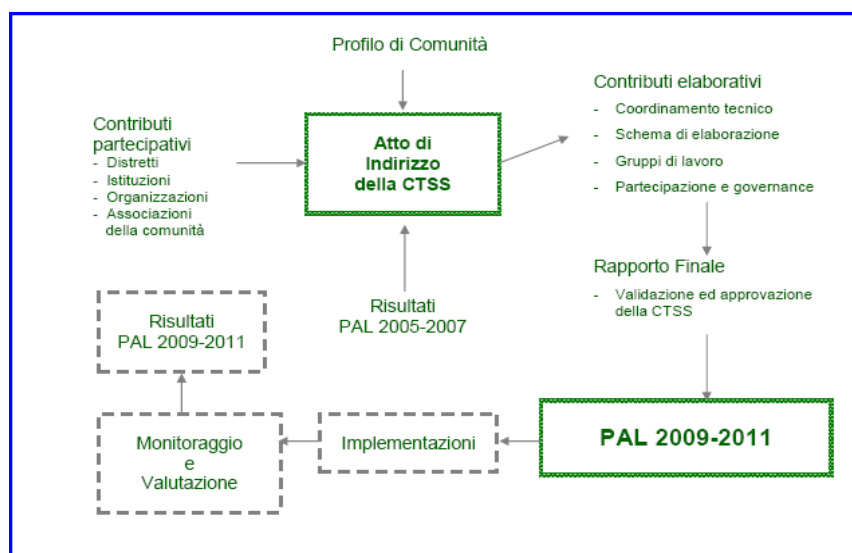
inferiore all'83%, con punte significativamente più elevate. All'interno poi delle tre direttrici strategiche gli indici dei singoli programmi rimangono sempre superiori al 75%, anche se solo in pochi casi vi è una attestazione a questo livello minimo.

Per quanto attiene i principali risultati raggiunti, l'evidenza ovviamente non riferisce di tutti gli interventi effettuati e si riferisce piuttosto alla tipologia e qualità dei cambiamenti prodotti all'interno del sistema sanitario provinciale." [dalla Introduzione al documento "Piano Attuativo Locale 2009-2011: risultati del monitoraggio" a cura della CTSS e delle Aziende Sanitarie, allegato alla presente relazione].

I risultati ottenuti sono, dunque, frutto del lavoro in forma integrata, attraverso scelte condivise, per la governance del territorio. Un modo di procedere che nel territorio parmense ha trovato compimento e che è il punto di partenza per il lavoro futuro. Il percorso è stato seguito da tutti i portatori di interesse con coinvolgimento e sono state formulate richieste di ulteriore partecipazione. Il risultato è l'immagine di un territorio privilegiato per come si lavora con e per il cittadino. Oltre le innovazioni tecnologiche e le capacità organizzative c'è il capitale intellettuale e sociale, insomma l'insieme delle persone.

Il percorso e gli esiti di questo PAL hanno messo in evidenza che sono importanti le strutture fisiche dell'Ospedale, le attrezzature ma soprattutto è necessario valorizzare i nostri professionisti con maggiore formazione e aumentare la partecipazione, per lavorare sull'innovazione.

Per comprendere il processo costruttivo del PAL 2009-2011, rappresentabile in modo schematico come segue, è utile fare un passo indietro riprendendo sinteticamente quanto presentato in precedenti edizioni del Bilancio di missione:



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. La rendicontazione del PAL 2009/2011 si è chiusa, come detto, con una giornata di riflessione (14 marzo 2012) condivisa tra istituzioni, professionisti e cittadini che ha presentato alcuni risultati significativi e valutato la qualità e l'incidenza dei cambiamenti introdotti, al fine di individuare eventuali percorsi di ulteriore consolidamento ed innovazione della rete provinciale dei servizi sanitari e sociali. In questa sede è stata data evidenza e testimonianza della peculiare trasversalità del processo costruttivo del PAL e del ruolo attivo degli operatori nelle scelte, insieme ad enti locali, Università, Ordine dei Medici, organizzazioni sindacali, privato accreditato, Comitati Consultivi Misti e Forum del terzo settore. Il lavoro in forma integrata e le decisioni condivise sono il valore aggiunto della realtà parmense, in grado di sostenere il mantenimento degli attuali standard di qualità delle prestazioni sanitarie fornite, nonostante la criticità dei finanziamenti.

Uno degli elementi di 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.

In estrema sintesi, il quadro di riferimento generale è caratterizzato da 200 obiettivi circa distribuiti in 28 programmi di lavoro e secondo tre direttrici strategiche: l'equità, la qualità, l'integrazione. L'equità rappresenta il consolidamento di un diritto per la comunità rispetto alle opportunità di cura disponibili, che trova concretezza nella 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. Nel capitolo 4 del presente volume, dedicato ai professionisti di questa Azienda, viene presentato uno dei progetti sviluppati nell'ambito del programma dedicato a Sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale. Si tratta del progetto mappatura delle competenze trasversali che segue il lavoro fatto sulla corrispondenza tra le competenze specialistiche e i curricula di base dei percorsi formativi universitari delle professioni sanitarie.

3.2 Universalità ed equità di accesso

Governo delle liste di attesa

Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali, appropriate in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti, gestione appropriata per la gestione delle liste di attesa per i ricoveri

In adempimento a quanto previsto dalla D.G.R. n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della D.G.R. 1532/2006 e della D.G.R. 73/2007" e alla D.G.R. 1803/2009 relativa ai percorsi di Day Service Ambulatoriale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con l'Azienda USL, ha provveduto a definire il Piano di Produzione provinciale di attività ambulatoriale al fine di garantire una adeguata offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali a livello provinciale nel rispetto dei tempi di attesa entro gli standard regionali.

In osservanza della D.G.R. 27 giugno 2011 n. 925 e delle indicazioni precedentemente fornite nella D.G.R. n. 1532/2006 e successive integrazioni, l'Azienda si è posta come obiettivo primario il sistematico governo delle liste d'attesa per pazienti ricoverati.

Risultati raggiunti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha collaborato con l'Azienda USL nella valutazione del fabbisogno e, in un quadro di stabilità dell'offerta provinciale, si è impegnata nel monitoraggio costante dei tempi di attesa con relativa rimodulazione dell'offerta di prestazioni programmate, urgenze differibili e urgenze h. 24, sulla scorta dello scostamento del tempo di attesa dallo standard regionale, garantendo complessivamente i volumi concordati nel Piano di produzione provinciale al fine di soddisfare il fabbisogno territoriale. Il piano di produzione provinciale è stato articolato secondo le varie



modalità di accesso che sono gestite sul sistema CUP provinciale (primi accessi, controlli, urgenze differibili, urgenze H24, Accesso diretto, Day Service, 2° livello, percorsi semplici, completamento diagnostico, Libera professione).

L'Azienda si è impegnata per garantire una programmazione e gestione complessiva dell'offerta nell'ambito del sistema CUP grazie anche alla predisposizione di agende di prenotazione separate per primi accessi, urgenze differite e controlli. L'articolazione dell'offerta per le varie classi di priorità con un modello organizzativo che è stato ripreso nella formulazione del Piano di produzione provinciale risponde anche all'obiettivo dell'accessibilità esterna (che si esplica soprattutto attraverso la qualificazione dei servizi di prenotazione in rete su tutta la provincia). In questa direzione, l'Azienda territoriale ha dato forte sviluppo alla rete degli sportelli di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Il sistema di prenotazione CUP nel corso degli ultimi anni è stato adeguato alle normative regionali e alla domanda che è variata non solo in termini quantitativi ma anche in termini di complessità clinica. Tutte le prestazioni dell'Azienda Usl, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del Privato accreditato sono presenti nel sistema CUP provinciale.

Per le aree di criticità individuate di concerto con l'Azienda territoriale, è stato strutturato un sistema di produzione integrativo che ha previsto una rimodulazione dei livelli di offerta in relazione all'andamento della domanda nonché l'attivazione dei percorsi di garanzia per le branche di urologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, dermatologia e radiologia.

L'Azienda ha attivato **percorsi di Day Service Ambulatoriale**:

DSA 1 rivolto a pazienti acuti o che presentano forme di riacutizzazione/scompenso della patologia, si svolge in un arco temporale massimo di 30 giorni (percorsi diagnostici) o di 90 giorni (percorsi terapeutici); coinvolge almeno 3 discipline (compresa quella erogante) e non può essere ripetuto nell'anno per la stessa patologia per un totale di n. 23 percorsi;

DSA 2 rivolto a pazienti che richiedono valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito in situazioni di elevata complessità clinica; il numero di accessi è coerente con quelli stabiliti nel protocollo, e può essere ripetuto più volte nell'anno. In questo caso il numero totale dei percorsi attivi è pari a n. 24.

L'Azienda ha svolto un continuo monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri programmati con particolare riguardo per la patologia oncologica; in questo caso, la data di prenotazione rappresenta il momento più delicato in quanto l'inserimento in lista di attesa è subordinato al completamento dell'eventuale trattamento chemioterapico e/o radioterapico pre-intervento e delle indagini diagnostiche necessarie per porre l'indicazione definitiva all'intervento stesso.

Le strategie adottate per ricondurre i tempi di attesa per i ricoveri nel range degli standard regionali sono state:

- trasparenza nelle procedure di prenotazione e di accesso dei pazienti all'intervento chirurgico mediante il corretto inserimento dei pazienti in lista d'attesa attraverso l'implementazione di un percorso ambulatoriale (Day Service) al fine di ottenere una diagnosi in tempi brevi e tali da garantire l'accesso in pre-ricovero chirurgico;
- l'utilizzo 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);
- l'utilizzo dei nuovi nomenclatori per la classificazione e la codifica delle prestazioni chirurgiche nella gestione delle prenotazioni dei ricoveri programmati elaborati nell'ambito del Progetto S.I.G.L.A.;
- l'invio trimestrale a ciascuna Unità Operativa di un report relativo alla situazione delle Liste di Attesa al fine di agevolare la periodica pulizia, monitorare la situazione e adottare gli opportuni provvedimenti finalizzati al raggiungimento di un'adeguata gestione clinico - organizzativa delle stesse.

Azioni di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

La D.G.R. 925/11 enfatizza il tema dell'appropriatezza quale priorità sulla quale sviluppare interventi specifici per il governo delle liste di attesa.

Risultati raggiunti

Nel corso del 2011, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in collaborazione con l'Azienda USL, ha messo in campo azioni mirate, con il coinvolgimento degli Specialisti e dei M.M.G., nei tre ambiti identificati dalla D.G.R.: appropriatezza prescrittiva, appropriatezza organizzativa e appropriatezza erogativa.

Le azioni messe in atto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono sintetizzate, nella scheda seguente.



Scheda azioni appropriatezza

		Azioni svolte nel 2011
Appropriatezza prescrittiva	Verifiche sulle prescrizioni: (presenza QD, classe di priorità di accesso coerente con protocollo, corretto invio a prime visite /controlli/Follow Up)	E' stato verificato il 5% delle prescrizioni sulle branche di Cardiologia, Radiologia e Laboratorio di Analisi che è risultato conforme alla normativa regionale per i parametri "classe di priorità di accesso e corretto invio a prime visite/controlli/follow up". La presenza del QD è risultata non sempre indicata né chiaramente interpretabile.
	Identificazione dei comportamenti di prescrizione inappropriata	Strutturazione di gruppi di lavoro interaziendali in area diabetologia cardiologia, nonché del gruppo interaziendale per la deburocratizzazione per affinare e diffondere le buone pratiche relative all'identificazione dei comportamenti di prescrizione inappropriata. Implementazione dell'informaticizzazione degli ambulatori.
	Adozione o revisione Linee Guida	Sono state implementate le linee guida inerenti alla gestione del paziente affetto da SLA, dello scompenso cardiaco, dello stroke care e dell'odontoiatria; sono state sviluppate le linee guida inerenti il governo clinico e l'appropriatezza delle prestazioni di laboratorio e di radiologia.
	% numero prescrizioni con presenza quesito diagnostico valido e classe di priorità sul totale prescrizioni	Evidenza della presenza di QD nel 65% delle prescrizioni di branca cardiologica, radiologica e di laboratorio analizzate.
Appropriatezza organizzativa	Pianificazione offerta SSN e LP	Modulazione delle agende di prenotazione ai sensi dell'Accordo di Fornitura con l'Azienda USL nel rispetto dei percorsi previsti per le differenti modalità di accesso.
	Articolazione offerta per modalità di accesso	Differenziazione di agende di prenotazione CUP tra primi accessi, controlli e DSA. Predisposizione di agende di garanzia da attivarsi in caso di superamento dei tempi di attesa.
	Modalità di gestione delle prestazioni a completamento diagnostico	Erogazione delle prestazioni a completamento diagnostico contestualmente all'erogazione della visita o mediante prescrizione da parte dello specialista in caso di percorso semplice. Attivazione del DSA .
	Modalità di gestione dei follow-up	Mantenimento dell'ultima fase del programma di gestione diagnostico/terapeutico individuato per le patologie che necessitano di una periodica valutazione (endocrinologia, senologia, infettivologia, diabetologia, cardiologia eccetera).
	Consolidamento e sviluppo dei percorsi ambulatoriali semplici e DSA	Attivazione dei DSA 1 e 2 medici e chirurgici all'interno dei Dipartimenti Chirurgico, Cardio-Nefro-Polmonare, Materno-Infantile, Geriatrico-Riabilitativo.
Appropriatezza erogativa	Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime day surgery	Erogazione in regime ambulatoriale delle prestazioni di liberazione del tunnel carpale e di cataratta.

Progetti ICT di Sanità On Line

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti attraverso la rete Sole e diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito.
 Mantenimento e alimentazione del patrimonio del sistema informativo della sanità e politiche sociali.

Risultati raggiunti

In relazione ai risultati raggiunti, relativi al potenziamento dello scambio di documenti tramite la rete SOLE, si riassumono gli interventi effettuati dall'Azienda Ospedaliera e dall'Azienda Territoriale di maggiore valenza:



- nel corso del 2011, la rete del progetto SOLE è stata ulteriormente estesa ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS) sino al raggiungimento di un livello di copertura sul territorio provinciale pari al 97% del totale e in particolare pari al 98% per gli MMG e al 94% per i PLS;
- è stata completata l'attività di integrazione del servizio di prenotazione CUP in SOLE per tutte le farmacie della provincia delle associazioni Federfarma e AFM, per cui sono stati erogati corsi di formazione e sedute di affiancamento ai farmacisti;
- è proseguita la sperimentazione della trasmissione in SOLE del "Report Diabetologico" dei pazienti in gestione integrata tra i medici MMG e i 7 centri diabetologici dell'Azienda USL con il coinvolgimento di 37 medici per un totale di circa 737 report scambiati relativi a circa 583 pazienti;
- è stata realizzata l'integrazione del sistema di gestione dei ricoveri per l'invio degli eventi di ricovero e dimissione ed è operativa da luglio 2011 l'effettiva spedizione degli stessi alla piattaforma SOLE;
- si è definito, in AOU, lo strumento per la redazione delle lettere di dimissione e sua integrazione con la piattaforma SOLE ed è operativa da luglio 2011 l'effettiva trasmissione delle lettere di dimissione a SOLE;
- è stato ammodernato il sistema informatico del laboratorio di analisi chimico cliniche con conseguente incremento dei volumi di referti inviati a SOLE;
- realizzata l'integrazione del sistema di gestione del pronto soccorso con l'architettura SOLE con l'effettiva trasmissione del referto di Pronto Soccorso alla piattaforma SOLE;
- sono cambiate le modalità di trasmissione del referto di radiologia tramite SATR parametrico e sono, di conseguenza, incrementati i referti inviati;

Documento	Volumi 2010	Volumi 2011
Pronto Soccorso	0	24.648
Laboratorio	47.035	72.571
Radiologia	362	7.034
Evento ricovero	0	9.694
Evento dimissione	0	9.684
Lettera di Dimissione	0	233

- attivazione per i dipendenti dell'AOU del fascicolo sanitario elettronico;
- sono state definite le modalità d'integrazione del sistema di gestione delle liste d'attesa con la piattaforma regionale (progetto SIGLA);
- realizzata la definizione di una Registration Authority aziendale. Le CNS sono ad oggi utilizzate, in AOU, come unico strumento di firma aziendale per i documenti.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
 Nel corso del biennio 2012-2013 verrà implementato in AOU lo strumento per l'invio alla piattaforma SOLE dei referti di specialistica.

Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le attività, realizzate nell'anno 2011 nell'ambito del Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica, sono state caratterizzate da un obiettivo comune alle due aziende sanitarie, Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria, ovvero la standardizzazione dell'offerta, oltre a responsabilizzare le strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato e ad uniformare i comportamenti nei vari aspetti che attengono al Programma Odontoiatrico.

Risultati raggiunti

- Nel 2011, sono state adottate le "Linee guida per l'attività odontoiatrica" documento predisposto da un gruppo di lavoro interaziendale con rappresentanti dei vari Distretti impegnati a vario titolo nelle attività del Programma Odontoiatrico. Con tale documento si è cercato di uniformare i comportamenti, in particolare facendo riferimento alle condizioni di accesso al programma, alle urgenze odontoiatriche e alla registrazione dell'attività, consolidando ulteriormente le innovazioni introdotte con la D.G.R. 374/2008 e della Circolare 2/2008 dando piena attuazione ai contenuti delle stesse.
- L'obiettivo di standardizzare e uniformare i comportamenti nei vari aspetti che attengono al



Programma Odontoiatrico, nelle Aziende di Area Vasta Emilia Nord, ha portato nel corso del 2011 ad elaborare e condividere una linea guida di Area Vasta che verrà adottata in corso dell'anno 2012 dalle Aziende AVEN in seguito all'iter valutativo e di approvazione delle Direzioni Sanitarie.

- Nel 2011, è proseguito il processo di responsabilizzazione delle strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato rispetto alle specifiche del flusso, anche attraverso la verifica periodica dell'attività svolta mediante la valutazione dei dati inseriti nel flusso ASA e l'evidenziazione di eventuali anomalie attraverso il confronto con i semestri precedenti.
- Sempre nella direzione di uniformare i comportamenti, anche per quanto attiene gli aspetti economici, sono stati adottati, dalle due Aziende Sanitarie e dai gestori privati accreditati, importi forfetari onnicomprensivi annuali per quanto riguarda gli apparecchi ortodontici fissi e mobili, per essere in linea con i prezzi applicati in Area Vasta e per semplificare le procedure di fornitura nell'interesse degli utenti, formalizzando i contenuti in un regolamento per il recupero del pagamento dei manufatti ortodontici.
- Secondo quanto già previsto nel "Piano per l'Assistenza Odontoiatrica - Applicazione della nuova D.G.R. 374/2008", nell'anno 2011, a partire dal mese di gennaio, l'Azienda USL ha ampliato l'offerta di cure odontoiatriche con l'attivazione di una convenzione con un privato accreditato che gestisce attività odontoiatrica conservativa, protesica e ortodontica, nella sede di Medesano. Presso la sede poliambulatoriale di Traversetolo, nello stesso periodo, è stata avviata l'attività di un nuovo ambulatorio odontoiatrico con un impegno settimanale di cinque ore.
- Nell'anno 2011 le due Aziende hanno attivato congiuntamente i programmi di prevenzione previsti dal Programma di Assistenza Odontoiatrica della Regione Emilia-Romagna. Le patologie del cavo orale, come riportato anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed eventualmente in associazione con malattie cronico degenerative, immunitarie e infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva. Appare pertanto chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione odontostomatologica. Per essere efficace, la prevenzione primaria richiede interventi individuali fin dai primi periodi di vita del bambino, mirati ad un maggiore controllo sui fattori di rischio come scarsa accuratezza dell'igiene orale, persistenza di abitudini errate, l'uso del fluoro e il monitoraggio periodico dello stato di dentizione, promuovendo inoltre comportamenti più salutari nella famiglia. Con questi obiettivi pertanto sono state affrontate queste tematiche nelle scuole primarie, inserendo nel Piano di Offerta Formativa per l'anno 2011-2012 la prevenzione primaria odontoiatrica, in continuità con quanto svolto negli anni precedenti ma aderendo, nei contenuti e nella forma, all'iniziativa ministeriale "Guadagnare Salute Identikit", inserita nel progetto articolato "Crescere in armonia, educare al benessere" e legando l'iniziativa al più ampio ambito dei corretti stili di vita.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Criticità rilevate

Programmi di screening

Nell'ambito dei tre programmi di screening per la prevenzione oncologica secondaria della provincia di Parma relativi ai tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma partecipa in maniera integrata con l'Azienda USL; per quanto riguarda lo screening colo-rettale, la partecipazione avviene attraverso un coordinamento unico delle due Aziende sanitarie, mentre per ciò che concerne lo screening per la prevenzione dei tumori della mammella, è stato strutturato un percorso diagnostico-terapeutico interaziendale, che vede l'AOU impegnata nelle indagini successive agli esami di primo livello. Infine, l'AOU aderisce al programma di screening dei tumori del collo dell'utero attraverso l'esecuzione dei Pap-Test dell'intera provincia.

Screening dei tumori del colon-retto

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Il programma per lo screening del colon-retto è stato attivato nella provincia di Parma nel 2005; nel 2010 è terminato il terzo round di invito alla popolazione obiettivo dello screening e nel 2011 è iniziata la quarta fase.

Nella nostra regione i tumori del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (dopo il carcinoma del polmone), che per le donne (dopo il carcinoma della mammella). Il tumore colo-rettale ha la peculiarità che lo sviluppo della neoplasia maligna è nella maggior parte dei casi (90%), preceduto dalla comparsa di lesioni benigne (polipi o adenomi).



Il programma di screening del tumore colo-rettale ha lo scopo di individuare precocemente le lesioni neoplastiche del colon-retto, attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci; tale esame viene eseguito ogni due anni, dietro invito della Azienda USL alla popolazione target, maschile e femminile, di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Obiettivo del programma è che ciascuna persona della fascia di età interessata esegua il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni, o, comunque, venga invitata ad eseguirlo.

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 programma interaziendale, sviluppatosi attraverso la costituzione di un gruppo di professionisti delle due Aziende sanitarie. Il Centro Screening, gestito dall'Azienda USL di Parma, ha il compito di segreteria organizzativa, gestione inviti e gestione agende del secondo livello. I centri di secondo livello, che eseguono le colonscopie, afferiscono sia all'AUSL che all'AOU e agiscono in sinergia, eseguendo colonscopie diagnostiche ed operative, visite cliniche con indirizzo di follow up ai pazienti, ma anche visite chirurgiche quando necessarie, completando tutto il percorso clinico dei pazienti. Integra il percorso, l'effettuazione di esami istologici sulle lesioni polipose asportate, esami eseguiti dall'Anatomia Patologica dell'AOU, secondo linee diagnostiche condivise da tutti gli anatomopatologi dei Centri della Regione, basate sulla codifica internazionale.

Un altro carattere distintivo del programma di screening colo-rettale della provincia di Parma è la forte 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.

Per quanto riguarda i risultati del programma di screening coloretale provinciale (inizio 4° round), nel 2011 sono state invitate ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 30.585 persone: il 53,58% l'ha effettivamente eseguito, aderendo al programma e di questi il 3,74% è risultato positivo. Dei soggetti con sangue occulto positivo, il 54,65% ha effettuato approfondimenti mediante un esame di II livello (colonscopia). Da sottolineare che tali dati, soprattutto quelli relativi al II livello, devono essere considerati parziali, in quanto riguardano solo gli esami dei pazienti che hanno completato l'iter diagnostico.

Tabella 1 Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2011 al 31.12.2011

2011*	N°	%
Popolazione invitata	30.585	
Popolazione aderente	16.388	53,58%
Sangue occulto positivi	613	3,74%
Colonscopie eseguite	335	54,65%
Adenomi rilevati in totale	91	27%
Adenomi ad alto rischio	53	16%
Adenomi a basso rischio	38	11%
Carcinomi	8	2%

*Dati parziali; in corso il completamento degli esami
Fonte - Database interno AOU-AUSL di Parma

Al fine di incrementare i dati di adesione al 2° livello, il Centro Screening ha avviato la chiamata telefonica attiva dei pazienti positivi al test di sangue occulto nelle feci, in modo da facilitare la prenotazione degli esami endoscopici di II livello.

Inoltre, attraverso il controllo dei referti endoscopici di routine, si è proceduto, con la collaborazione dell'AOU, a correggere le liste dei pazienti target, escludendo in maniera temporanea o definitiva dal programma coloro che rispettivamente si erano già sottoposti a colonscopia oppure erano già portatori di patologie coliche (polipi o carcinomi). Tutto ciò permette di razionalizzare il processo e concentrare le risorse su pazienti selezionati.

Infine, in collaborazione con le Società scientifiche dei Gastroenterologi Ospedalieri (AIGO) e degli Endoscopisti (SIED), l'osservatorio nazionale screening ha attivato un programma di controllo interno dell'attività endoscopica, mediante uno strumento di autovalutazione delle performance in endoscopia (compilazione di schede anonime da parte degli operatori), ciò finalizzato ad ottenere miglioramenti qualitativi più mirati.



Screening Tumore della mammella

Nell'ambito dello screening provinciale per la prevenzione del tumore della mammella, organizzato e gestito dall'Azienda USL dal 1997, l'AOU partecipa al programma regionale mediante le prestazioni svolte dal Centro Senologico, in particolare, gli esami di secondo livello con associate indagini cito-istologiche e, per i casi positivi, proseguendo l'iter oncologico e/o chirurgico.

L'AOU di Parma fornisce dal 2007 un servizio di Consulenza Genetica Oncologica per le donne asintomatiche con elevata familiarità seguite presso il Centro Senologico, grazie alla collaborazione fra le due UU.OO. di Oncologia Medica e di Genetica Medica.

Nel 2011 le due Aziende Sanitarie di Parma, in attuazione della delibera regionale 220/2011 riguardante le Linee Guida per l'identificazione, la presa in carico e l'implementazione del percorso diagnostico terapeutico delle donne portatrici di rischio eredofamiliare per il carcinoma della mammella, hanno identificato, secondo il modello regionale delle reti cliniche integrate Hub&Spoke, come Centro Spoke il Centro Senologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, mentre la stessa Delibera regionale ha stabilito quale Centro Hub per la provincia di Parma (e per l'Area Vasta Emilia Nord), il Servizio di Consulenza Genetica Oncologica delle UU.OO. Oncologia Medica e Genetica Medica della medesima Azienda Ospedaliera. L'accesso al Percorso di individuazione del Rischio-Eredo Familiare può avvenire o durante lo svolgimento dello screening mammografico erogato nelle strutture AUSL, attraverso un'indagine svolta dal personale sulla storia familiare della paziente, oppure attraverso il Medico di Medicina Generale o lo Specialista, qualora la donna segnali la presenza di familiari con carcinoma mammario. In tal caso, se da una prima valutazione del rischio effettuata dal medico mediante l'utilizzo di un'apposita griglia, si è raggiunto un punteggio tale per cui sono necessari ulteriori approfondimenti, la donna viene inviata al Centro Spoke dell'AOU. Qui avviene una più precisa definizione del Rischio Eredo-familiare e una presa in carico finalizzata all'esecuzione di protocolli di sorveglianza modulati in base al tipo di rischio e all'età delle pazienti. Livelli superiori di approfondimento del Rischio Eredo Familiare possono avvenire mediante l'invio al Centro HUB dell'AOU di pazienti selezionate per l'esecuzione di indagini genetiche. Le afferenti all'HUB (provinciali e extra) potranno ricevere così una diagnosi predittiva di aumentato rischio di sviluppare una neoplasia mammaria su base genetica (a seconda della risposta dei test genetici). I soggetti individuati e gli eventuali familiari verranno assistiti dall'HUB con un percorso di Counselling Genetico Oncologico Multidisciplinare (Genetista Oncologo Psicologo) per favorire i processi decisionali relativi alle scelte sulle possibili strategie di riduzione del Rischio (Sorveglianza; Chirurgia Profilattica; Farmacoprevenzione).

Il Percorso indicato dalle Linee Guida della Delibera Regionale 220/2011 è stato approvato dalle due Aziende di Parma (AOU e AUSL) nel Dicembre 2011 ed è ufficialmente attivo dal 01/01/2012; sono attualmente in corso ulteriori implementazioni di tipo formativo, organizzativo e informatico per consentire il monitoraggio degli indicatori richiesti e la verifica della sua efficacia-efficienza.

Screening Tumore del collo dell'utero

Il Centro Diagnosi Precoce dei Tumori dell'Utero (CDPTU) dell'U.O. di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera di Parma è attivo dal 1978 e da quella data si occupa di prevenzione dei tumori cervico-vaginali. Dal 1998, anno di avvio del programma provinciale di screening, il CDPTU provvede ad effettuare diagnosi mediante Pap-Test sulla popolazione femminile di Parma e Provincia; in particolare, nel corso del 2011 sono state eseguite 32.240 diagnosi su Pap-test.

Il CDPTU condivide con il programma provinciale di screening dei tumori cervico-vaginali dell'AUSL di Parma applicativi informatici di scambio dati, che consentono l'importazione ed l'esportazione diretta di dati anagrafici, anamnestici e diagnostici, nonché la postalizzazione informatizzata dei referti. Nel corso del 2011 sono stati effettuati sul sistema informatico dell'AOU significativi interventi che hanno comportato:

- aggiornamento e riallineamento dei software dell'AUSL e dell'AOU di Parma;
- implementazione di nuove checklist di refertazione secondo Sistema Bethesda;
- riorganizzazione dei servizi di postalizzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

È stato inoltre completata nel corso del 2011 la valutazione sul campo di tecnologie di citologia su strato sottile (Thinprep) da applicare al secondo livello dello screening.



Piano regionale della Prevenzione 2010-2012

Promozione di corrette abitudini alimentari

Il Piano Regionale della Prevenzione per il Triennio 2010 – 2012 contiene, nei programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute, il progetto "Promozione di corrette abitudini alimentari", mirato in particolare alla prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nell'infanzia e adolescenza. Nell'ultimo Piano Attuativo Locale della Provincia di Parma è stata evidenziata l'importanza dell'intervento a più livelli riguardo la promozione dei corretti stili di vita, anche attraverso attività di educazione alimentare. In questa prospettiva, nell'ottobre del 2011 (così come nel 2010) si è tenuta la IV edizione dell'Obesity Week, settimana per la prevenzione dell'obesità e per un corretto stile di vita, iniziativa di sensibilizzazione su sovrappeso e salute. Tale iniziativa ha visto coinvolti l'AOU, AUSL di Parma e le associazioni di volontariato.

L'edizione 2011 della manifestazione nasce dal progetto Obesity Week, ma estende il tema della prevenzione delle patologie correlate all'obesità alla sensibilizzazione sui vantaggi di un corretto rapporto con il cibo, in termini di benessere e equilibrio psicofisico. Una alimentazione adeguata, sobria seppur gratificante, è il cardine di una corretta prevenzione di numerose patologie: obesità, diabete, ipertensione, dislipidemie, patologie cardiovascolari, tumorali e neuropsicologiche.

Nel corso del 2011 è continuata la collaborazione con il Comune di Parma, attraverso la partecipazione di professionisti dell'Azienda alla Commissione Tecnico-Scientifica dell'Assessorato alle Politiche per l'Infanzia e per la Scuola (alla quale partecipano anche AUSL e Università degli studi di Parma), che ha studiato ed approvato il "Menù Scuole Primarie-Secondarie 1° grado e Scuole Infanzia Abbinate". Inoltre, nell'ambito del Progetto "Crescere in Armonia. Educare al Benessere" del Comune, rivolto ad educatori, insegnanti, genitori e bambini, dai nidi d'infanzia alle scuole secondarie di primo grado per gli anni scolastici 2009/2010, sono stati realizzati 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".

L'intento è di rendere i soggetti coinvolti non solo destinatari, ma protagonisti della propria crescita. Le proposte scientifiche-formative, culturali, esperienziali si sono sviluppate in un continuo interscambio di esperienze nell'ottica della creazione di un sistema sempre più integrato, finalizzato a considerare le scuole come ambito di ricerca, per una costante e condivisa crescita culturale, etica e sociale.

Promozione ambienti liberi da fumo

Nel 2011 è stato deliberato il nuovo regolamento aziendale "Divieto di fumo in ospedale" e si è costituito il gruppo di lavoro aziendale "Ospedale senza fumo". Il referente del gruppo aziendale partecipa al gruppo regionale "Referenti aziendali programma 5 "Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo" e ne recepisce le indicazioni a livello locale.

Il gruppo di lavoro sta definendo le azioni volte alla applicazione della normativa regionale inerente il divieto di fumo, in particolare:

- applicare le misure necessarie a garantire la tutela della salute di operatori e pazienti esposti al fumo passivo;
- garantire la sicurezza dalla inneschi di incendi causati da sigarette;
- coinvolgimento di tutti gli operatori nell'applicazione della normativa antifumo;
- partecipazione attiva alle campagne antifumo, al fine di contribuire a ridurre i fumatori.

In occasione della giornata mondiale senza fumo, nel 2011, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL hanno presentato i dati di attività dei propri centri antifumo che offrono un programma di cura mirato. Nei due servizi medici qualificati strutturano interventi personalizzati e specifici, offrendo supporto psicologico o farmacologico ai fumatori che intraprendono questo percorso. L'accesso al centro antifumo dell'Azienda Ospedaliera può avvenire in modo diretto con la richiesta "visita per tabagismo" del medico di medicina generale oppure attraverso prenotazione telefonica della visita.

Dipendenze patologiche – Alcolismo

Secondo l'OMS l'alcolismo è la principale causa di morte nei ragazzi tra i 12 e i 29 anni, l'alcool è il responsabile del 10% di tutte le malattie e del 10% dei ricoveri ospedalieri; inoltre, in Italia ogni anno muoiono 40.000 persone per problemi alcol correlati (ISS).

In tale contesto, il Centro di Alcologia Clinica e Sperimentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è attivo a Parma dal 1992 e opera in un'ottica di servizio e di collaborazione con la rete territoriale locale e regionale; al Centro di Alcologia afferisce un'équipe multidisciplinare. Nello scorso anno presso il



Centro sono state eseguite 4.630 prestazioni sanitarie, comprendendo l'esecuzione di ecografie dell'addome superiore e monitoraggi pressori, oltre a 1.600 visite specialistiche per sole problematiche alcol correlate. Il Centro garantisce assistenza, medica e psicologica, adeguata alla problematica alcol correlata, valutando anche la possibile relazione tra i correlati biologici dell'eventuale disturbo additivo (alcol associato ad altre droghe, gambling compreso), nonché le alterazioni neuroendocrine connesse ai disturbi psico-patologici, e fornendo consulenza ai reparti e seguendo le urgenze secondarie al consumo di alcol. L'obiettivo dell'équipe del Centro di Alcologia è finalizzato a ristabilire uno stile di vita "alcol-free", a migliorare la qualità di vita fisica e psichica dei pazienti, offrendo un sostegno globale anche alle famiglie attivamente coinvolte nel processo di cura, favorendo l'automonitoraggio e il riconoscimento di elementi/comportamenti che aumentano il rischio di ricadute in abuso di sostanza ed evitando anche i ricoveri per la stessa motivazione.

Programma di screening uditivo neonatale universale

Nel Piano Prevenzione Regionale 2010-2012. la Regione Emilia-Romagna ha individuato lo screening uditivo neonatale tra gli obiettivi prioritari da promuovere e sviluppare nel triennio di validità del piano, successivamente emanando le direttive specifiche ed operative con la D.G.R. 694 del 2011, nella quale è stato stabilito che l'avvio dello screening uditivo neonatale nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna sarebbe partito a partire da gennaio 2012.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, già da diversi anni, vengono sottoposti allo screening uditivo neonatale i neonati con fattori di rischio per sordità, utilizzando come metodica i potenziali evocati uditivi troncoencefalici convenzionali, grazie alla collaborazione tra l'U.O. Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia e l'U.O. di Neonatologia.

A partire dalla fine del 2008, il programma di screening uditivo neonatale è stato ampliato a tutti i nuovi nati presso l'Azienda Ospedaliera, al momento della dimissione dall'ospedale, mediante l'utilizzo, in prima battuta, di otoemissioni acustiche transienti (OEAT) e, nei casi positivi, con i potenziali evocati uditivi troncoencefalici automatici (AABR).

Nel 2011 l'AOU ha partecipato insieme all'Azienda USL al programma di implementazione dello screening uditivo neonatale, che è stato esteso a tutti i neonati della provincia di Parma a partire dal 2012, costituendo il TADU (Team Aziendale per le Disabilità Uditive). L'Azienda Ospedaliera aderisce al programma di screening eseguendo sia gli esami di primo livello (bimbi nati presso il reparto di Ostetricia), che i successivi approfondimenti nei casi positivi, presso il proprio Centro di Audiovestibologia.

La precocità e la tempestività dell'intervento terapeutico-riabilitativo dei bambini con sordità o ipoacusia congenita è essenziale in quanto l'ipoacusia congenita, una delle più frequenti patologie presenti alla nascita, se non diagnosticata e trattata precocemente, può compromettere gravemente i normali processi di sviluppo cognitivo, la comprensione e il linguaggio, mentre un intervento entro i primi sei mesi di vita può determinare uno sviluppo linguistico e psico-motorio sovrapponibile a quello dei normo-udenti e dei normo-comunicanti.

Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

La D.G.R. 533/08 del Percorso Nascita ha sancito la necessità di un lavoro integrato Ospedale-Territorio, declinato in azioni progettuali interaziendali, espresse anche nel PAL (Piano Attuativo Locale) 2009-2011, al fine di garantire il continuum di assistenza a gravidanza-parto-rientro a casa della madre e del neonato

Risultati raggiunti

È stata rivisitata l'organizzazione della diagnosi prenatale invasiva e non invasiva e del percorso della diagnostica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire in tempi rapidi gli opportuni approfondimenti multidisciplinari necessari.

- È stato attivato il percorso che garantisce la Diagnosi prenatale non-invasiva e invasiva alle gravide seguite nei consultori dei Distretti di Parma, Sud -Est, Fidenza e a quelle seguite nel Servizio assistenza in gravidanza dell'AOU.
- Nel 2° semestre è stata avviata la progettazione per una "Gestione integrata dei Livelli di rischio nel Percorso Nascita" in collaborazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma affinché la presa in carico delle gravide della provincia sia effettuata secondo il criterio dell'intensità di



assistenza/cure. Il percorso organizzativo definito anche in base alle Delibere Regionali 533/2008 e 1097/2011 prevede che le gravidanze fisiologiche siano seguite nei Consultori Familiari dalle ostetriche, dopo conferma della situazione di fisiologia da parte del Ginecologo.

- La valorizzazione del ruolo dell'ostetrica è stato un obiettivo perseguito con forza (anche in modo trasversale a tutti gli 11 obiettivi della D.G.R. 533/2008,), trattandosi di una figura professionale che gode di autonomia nell'assistenza alla gravidanza, al parto a basso rischio e al neonato sano oltreché di fondamentale importanza in qualità di collaboratore del medico nel percorso ad alto rischio.
- Attraverso iniziative formative si è proceduto al confronto con i MMG per l'appropriatezza degli invii ai consultori e al II livello .
- L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per dare risposta alle Gravidanza ad alto-medio rischio ha strutturato, nel corso del 2011, e attivato, nei primi mesi del 2012, un percorso di Day Service Ambulatoriale (DSA 2) consistente nella elaborazione di un sistema facilitato e semplificato di accesso dell'utente alle strutture ambulatoriali ospedaliere per problemi che richiedono l'esecuzione di più prestazioni specialistiche.
Il DSA2, quale quello per la Gravidanza a Rischio, è rivolto a pazienti che richiedano valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo; il numero degli accessi deve essere coerente con il numero degli accessi stabiliti dal protocollo.
- In relazione all'obiettivo 2 della 533/2008 è stato rivisto il percorso della diagnostica ecografica di I II e III livello. Le 3 ecografie di **I livello**, come previste dalla normativa attuale secondo i LEA vengono eseguite, seguendo le linee guida della SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica), nelle strutture territoriali. L'ecografia ostetrica di **II-III livello** richiede specifica indicazione, quando cioè si identifica un rischio, sia anamnestico che attuale, che rende più elevata la possibilità di anomalie strutturali fetali, e viene eseguita presso il Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ivi comprese le ecocardiografie fetali effettuate in collaborazione con lo specialista neonatologo e la risonanza magnetica nucleare.
- L'evento nascita non è solo un evento sanitario ma anche familiare e sociale, pertanto si è curato l'aspetto del contatto precoce madre-bambino, dell'allattamento al seno e di un sostegno a domicilio in una fase delicata come il puerperio. Sono stati effettuati corsi di formazione sull'Allattamento al seno e la revisione delle Linee Guida.
- Il Progetto **Dimissione Appropriata della madre e del neonato** è attuato in tutto il territorio provinciale.
- Nell'ultimo trimestre del 2011 sono stati istituiti gruppi di lavoro interaziendali finalizzati alla definizione dell'appropriatezza delle indicazioni al taglio cesareo e al controllo del benessere fetale in travaglio di parto.
- È in funzione da maggio 2011 il nuovo servizio di Accoglienza ostetrico-ginecologico che prevede una attività di Triage da parte del personale ostetrico/infermieristico.

Interventi in fase di sviluppo:

- È in definizione un Progetto per il sostegno del dolore nel parto con tecniche di analgesia farmacologica e non-farmacologica.
- È in fase di attuazione un progetto sulla Qualità percepita nel percorso Nascita che ha previsto la restituzione del lavoro dei focus group e che vedrà realizzato per il 9 giugno un Open Space con la popolazione.
- È in stesura il percorso interaziendale multidisciplinare sul disagio emozionale in gravidanza e post-partum.

Criticità rilevate

- Fatica al cambiamento e difficoltà a intravederne i vantaggi.
- Organizzazione poco flessibile.
- Difficoltà di comunicazione tra professionisti di strutture e discipline diverse.

Rete Cardiologica e gestione integrata di prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

L'Aziende Ospedaliero-Universitaria e USL di Parma hanno proseguito nel 2011 l'impegno nel consolidamento della rete professionale Cardiologica Provinciale, attraverso la partecipazione ai lavori interaziendali del Gruppo Tecnico istituito per la conduzione degli obiettivi del Piano Attuativo Locale 2009-2011 "Rete Cardiologica". In particolare, sono state implementate le modalità organizzative per l'accesso immediato del paziente critico alle terapie di rivascolarizzazione, anche grazie all'attivazione di tutte le postazioni di teletrasmissione dell'ECG in provincia.



Nel 2011, nella provincia di Parma, sono stati trattati con procedura di angioplastica 270 infarti miocardici acuti con ST sopraslivellato, di cui il 39% è arrivato direttamente nella sezione di Emodinamica dell'AOU dopo teletrasmissione di ECG mediante rete 118. Sempre nel 2011 si è verificato un significativo incremento anche delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST, il cui ruolo è oggi epidemiologicamente preponderante. Questa situazione ha suggerito di rivedere l'intero percorso, incorporando anche le innovazioni diagnostiche, quali l'utilizzo delle troponine ad alta sensibilità, e terapeutiche, che, relativamente al timing dell'esecuzione della rivascolarizzazione coronarica, indicano una maggiore velocità di esecuzione delle procedure interventistiche rispetto al passato.

Le due Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno costituito un gruppo di lavoro interaziendale e 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. Le azioni si sono mosse sia sul versante dei percorsi, definendo percorsi facilitati tra ospedale e territorio, sia sul versante dell'integrazione professionale.

Sulla base delle indicazioni regionali (Progetto sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, D.G.R. 426/2006), finalizzate a diminuire l'incidenza degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento acuto (IMA/SCA), è stato implementato il percorso relativo alla prevenzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento cardiovascolare acuto, con l'obiettivo di diminuirne l'incidenza. In particolare, è stato affrontato il problema della continuità di cure ospedale-territorio, in quanto uno dei problemi principali dopo la dimissione ospedaliera del paziente con evento cardiovascolare acuto è quello di assicurare al MMG che lo prende in carico un riferimento specialistico cardiologico. A tal proposito, sono stati incrementati i percorsi ospedale/territorio per un follow up strutturato nelle fasi successive alla dimissione dopo evento cardiovascolare acuto/scompenso, che ha visto il coinvolgimento di diversi professionisti; alla dimissione, infatti, la complessità dell'intervento nei pazienti post-IMA/SCA prevede la necessità di una interazione tra i Medici di Medicina Generale e diversi Professionisti, quali Cardiologo, Diabetologo, Nefrologo, Medico dello Sport, Professionisti dei vari Centri di counselling sullo stile di vita, al fine di determinare il buon esito del decorso post-dimissione. Il follow up comprende visite domiciliari, interventi di educazione sanitaria con verifica dell'aderenza alla terapia, colloqui telefonici e infine visite cardiologiche.

Nell'ambito dei processi assistenziali integrati tra AOU e AUSL, nel 2011 è stata adottata la lettera di dimissione secondo il format regionale, per garantire lo scambio di informazioni tra strutture ospedaliere e territorio, al fine di assicurare la continuità assistenziale del paziente che ha subito un evento cardiovascolare acuto; questo strumento informativo è stato utilizzato dalle U.O. di Cardiologia dell'AOU di Parma e dell'Ospedale di Vaio-Fidenza dell'USL di Parma ed esteso all'U.O di Medicina dell'Ospedale di Borgotaro dell'USL di Parma.

Al fine di migliorare le attività di ricovero diurno e ambulatoriale del paziente cardiologico cronico, sono state messe in rete le attività dei DH ospedalieri provinciali e delle attività ambulatoriali relativamente alla gestione della patologia cardiaca cronica. L'assistenza a favore dei soggetti affetti da patologie croniche necessita di un rafforzamento delle cure primarie e di una forte integrazione tra Medici di Medicina Generale, altri Professionisti sanitari e Specialisti. I Dipartimenti delle Cure Primarie, articolati in Nuclei di Cure Primarie costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la migliore presa in carico dei pazienti cronici. L'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie in "Casa della Salute" intende consentire a tali strutture di rafforzare l'integrazione con l'Ospedale, migliorare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità ed a target specifici di popolazione.

Tra le attività di promozione della salute e prevenzione del rischio cardiovascolare, AOU e AUSL hanno continuato anche nel 2011 l'iniziativa annuale, denominata "7 di cuore", che ha come obiettivo la sensibilizzazione della popolazione sulla prevenzione cardiovascolare e sui percorsi assistenziali multi-professionali esistenti a livello provinciale. Questo Programma è stato ulteriormente sviluppato con un percorso formativo rivolto alle scuole della provincia, basato sulla prevenzione primaria nella giovane età, che ha visto coinvolti, in maniera integrata i medici di diverse strutture dell'Azienda. In contemporanea con tale iniziativa, è stata distribuita nei reparti cardiologici degli ospedali della provincia e nelle strutture territoriali la guida "Dopo una malattia coronarica... guida ai servizi territoriali e ospedalieri", riservata ai pazienti colpiti da malattie coronariche acute. La guida, oltre a fornire tutti i riferimenti utili sui servizi sanitari presenti sul territorio provinciale, contiene validi e pratici consigli di cardiologi, dietologi, diabetologi, medici del centro antifumo e medici esperti delle scienze motorie, fornendo suggerimenti per evitare complicanze future.

Infine, nell'ambito dei progetti regionali, è stata approvata una ricerca multicentrica, con le due Aziende sanitarie di Parma capofila, che individua il personale infermieristico ospedaliero e territoriale come



soggetto di piani assistenziali dedicati alla verifica dell'aderenza ai trattamenti farmacologici e alla modifica dello stile di vita dei pazienti post IMA/SCA.

Percorso Diagnostico-Terapeutico interaziendale - "Ipertensione Arteriosa Polmonare"

Nel giugno 2011 è stato attivato il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare e multiprofessionale dell'Ipertensione arteriosa polmonare (IAP), costituito da professionisti dell'AOU e dell'AUSL, per la costruzione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico che garantisca, nell'ambito di una multidisciplinarietà, un percorso comune da seguire, grazie all'attivazione di efficaci canali di comunicazione e coordinamento all'interno dell'équipe ospedaliera e tra l'ospedale ed i servizi territoriali.

L'IAP è una patologia piuttosto rara con una prognosi infausta, la cui diagnosi spesso non immediata, avviene nella maggior parte dei casi per esclusione. È indispensabile quindi una coordinazione tra il territorio e l'ospedale e tra le diverse competenze specialistiche.

Nel 2011 tutti i professionisti impegnati hanno provveduto a compilare le diverse componenti del PDT, sulla base delle linee guida internazionali ed è stata individuata la disponibilità delle strutture, del personale e della strumentazione di entrambe le aziende, al fine di agevolare l'iter del paziente ed al contempo ottimizzare la qualità dell'intervento medico, anche per evitare ricoveri o terapie improprie.

Gestione Integrata Diabete

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie della provincia di Parma hanno aderito al progetto "Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze" a partire dal 2005, in applicazione della circolare regionale n. 14/2003 e delle "Linee guida clinico-organizzative per il management del diabete mellito". Tale progetto ha l'intento di migliorare la qualità dell'assistenza del paziente diabetico di tipo 2, mediante la gestione diretta da parte dei Medici di Medicina Generale di quella quota di pazienti diabetici che, per grado di compenso, età, adesione alla terapia, assenza di gravi complicanze non richiedano un ricorso sistematico allo specialista e possano essere gestiti secondo modalità condivise tra specialista diabetologo e MMG.

Nel 2011, nella provincia di Parma, fonte il Registro Provinciale di Patologia, risultano presenti 27.528 pazienti diabetici su una popolazione residente di 442.070, ovvero il 6,23% della popolazione. I nuovi entrati nel registro di patologia nel 2011 rispetto al 2010 sono 2444, con un'incidenza pari allo 0,5% sulla popolazione residente.

Di seguito si riportano i dati del 2011 relativi ai pazienti con patologia diabetica afferenti alle strutture diabetologiche della provincia di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL) e i dati dei pazienti che hanno aderito alla GI.

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE PROVINCIA DI PARMA 2011	
Totale Pazienti in carico alle strutture provinciali	8301
Totale Pazienti in GI - 2011	3790
N° determinazione di Emoglobina glicata pz in GI nel 2011 (fonte database interno)	7010
N° medio di determinazioni di Emoglobina glicata pz in GI (fonte database interno)	1,85
Media valori di Emoglobina glicata pz in GI (fonte database interno)	6,98
Media valori di Emoglobina glicata pz in Strutture diabetologiche (fonte database interno)	7,15
N° di determinazioni di microalbuminuria pz in GI (fonte database interno)	2607
N° medio di determinazioni di microalbuminuria pz in GI (fonte database interno)	0,69

L'implementazione del progetto di Gestione Integrata ha permesso, attraverso la creazione di un gruppo di lavoro provinciale (AOU, AUSL e MMG), di conseguire una serie di progetti, che hanno riguardato:

- sviluppo del Registro Provinciale della Patologia Diabetica; tale registro, gestito dall'AUSL di Parma, è stato costruito incrociando i dati provenienti dai flussi sanitari correnti (SDO, ASA, AFO, AFT, Mobilità, Esenzioni) e dai registri delle strutture diabetologiche provinciali;
- attivazione di un sistema informatico di comunicazione tra MMG e Struttura Diabetologica attraverso la rete SoLe; l'esperienza è stata attivata, in via sperimentale, nel Distretto di Parma, tra il Centro Diabetologico di Via Pintor ed alcune Medicine di Gruppo della Città; sono poi state individuate una medicina di gruppo per Distretto, a cui è stata estesa l'esperienza che è ora entrata in una fase di operatività;



- definizione dei criteri per la concessione dei presidi per il monitoraggio domiciliare della glicemia e le modalità distributive degli stessi; in tale ambito, si è conclusa nel 2011 una gara AVEN di acquisizione di glucometri per la misurazione a domicilio della glicemia per i pazienti diabetici;
- definizione dei criteri per la diagnosi del diabete gestazionale nell'ambito di un percorso condiviso tra le due aziende sanitarie della provincia;
- attivazione di un percorso provinciale integrato tra le due aziende per la diabetologia pediatrica.

A livello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, per quanto concerne la progettazione di percorsi di miglioramento in merito all'assistenza del paziente diabetico, nel 2011 è stato prodotto, da un expert team di diabetologi della Azienda, un workflow (percorso) di cura del paziente diabetico ricoverato; sulla base del workflow, condiviso da tutte le strutture diabetologiche dell'AOU, è stato presentato, all'interno del bando di Ricerca Regione-Università 2011-2012, il progetto dal titolo "Governance del paziente diabetico ricoverato in diversi setting assistenziali", per il quale l'AOU è capofila.

Il percorso per le Dimissioni Difficili/Protette

Al livello gestionale trasversale, si colloca il progetto "Dimissioni Difficili/Protette" con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale nelle situazioni in cui, pur essendo raggiunta la stabilizzazione clinica, persistono bisogni socio-assistenziali e sanitari che rendono necessaria l'attivazione della rete territoriale. L'attivazione delle Dimissioni Protette implica l'integrazione di competenze sociali e sanitarie per la valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone ricoverate. In tale contesto, il Servizio Sociale Ospedaliero (S.S.O.) riveste un ruolo fondamentale: l'attività degli Assistenti Sociali è innanzitutto orientata ad affrontare le problematiche psicosociali connesse alla malattia e al ricovero ospedaliero, con attenzione alla persona e al suo contesto di vita. Il lavoro integrato con i professionisti dell'ospedale e del territorio consente di definire progetti di intervento a favore delle persone ricoverate, supportandone le risorse personali, familiari e di comunità e attraverso la messa in rete di risorse pubbliche (servizi domiciliari, case protette, RSA, eccetera) e del privato-sociale.

Nel corso del 2011 è proseguita l'attività di analisi e studio dell'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette a cui partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, dell'Azienda USL 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 che individuano 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 (pazienti adulti, stranieri irregolari, eccetera);
- 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.

Nel corso del 2011 è stata adottata una nuova Scheda di raccolta dati (sperimentata nel 2010) per la valutazione della qualità del percorso delle Dimissioni Difficili/Protette. Lo strumento è stato costruito in collaborazione con il SAA Distrettuale per giungere ad una lettura condivisa delle rilevazioni che intende mettere in luce i punti di forza e le criticità del sistema integrato.

Nel 2011 si è ritenuto necessario investire sulla formazione del personale del Servizio Sociale Ospedaliero, rinforzando in particolare le competenze nell'ambito della ricerca socio-sanitaria volta a conoscere i "determinanti di salute", i modelli organizzativi e le metodologie di assesment più adeguati al raggiungimento degli obiettivi di salute (Master in Ricerca Psico-Sociale (Unipr) e Dottorato di Ricerca in Sociologia Applicata (Unimib)).



Implementare e sviluppare le attività di emergenza – urgenza secondo le indicazioni regionali

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Per l'area dell'emergenza-urgenza, la D.G.R. 732/11 ha posto particolare attenzione allo sviluppo di percorsi e sinergie tra le Aziende sanitarie del territorio provinciale al fine di contenere gli accessi al Pronto Soccorso e di implementazione di strategie per la gestione dei posti letto che favoriscano la progressione del percorso del paziente utilizzando le risorse di ricovero più appropriate.

Risultati raggiunti

L'attività condotta dalle due Aziende sanitarie della provincia di Parma si è articolata, al fine di migliorare l'appropriatezza del ricorso ai servizi in emergenza-urgenza, sia in ambito ospedaliero, che territoriale.

Nello specifico, per quanto attiene l'attività di soccorso pre-ospedaliero, si elencano di seguito le attività:

- È stata potenziata la presenza di mezzi professionalizzati e dedicati al soccorso pre-ospedaliero in ambito urbano grazie alla riattivazione, in compartecipazione con la Municipalità di Parma e le Associazioni di Volontariato del soccorso cittadino, dell'ambulanza infermieristica su Parma Est, a partire dal 01/01/2012.

Nel corso dell'annualità in oggetto si è provveduto, in accordo con le direttive della D.G.R. 44/2009, ad incrementare la presenza infermieristica sui mezzi di soccorso a sostegno del consolidamento del sistema.

Oltre alle postazioni già attive, il 2011 ha visto l'attivazione di:

- Ambulanza infermieristica in postazione "Parma EST".
- Autoinfermieristica h. 24 "Tango 40" su postazione AP Fornovo, dedicata al soccorso presso il cantiere "Pontremolese", e programmata inizialmente per il soccorso in ambiente ostile.
- Automedica presso postazione CRI di San Secondo.
- Relativamente ai punti di emergenza a gestione USL si è dato ulteriore impulso alla fidelizzazione del gruppo medico attivando le procedure per trasformare il rapporto di lavoro dei medici da libero professionista al regime convenzionato se l'ACN 2010 della Medicina generale.
- Si è conseguito l'accreditamento regionale dell'U.O. di Emergenza Territoriale del Dipartimento Emergenza-Urgenza e della diagnostica e si è attivato il percorso per giungere all'accreditamento regionale di tutto il sistema delle postazioni provinciali del soccorso costituenti il sistema di emergenza 118 di Parma.
- A tale scopo, è stata completata la stesura delle istruzioni operative finalizzate all'omogeneizzazione del sistema anche relativamente al versante clinico.
- Si è iniziato il percorso di miglioramento del sistema teso ad omogeneizzare le modalità di compilazione della scheda clinica di soccorso attraverso l'adozione di una scheda unica per tutto il territorio provinciale.
- Costante promozione formativa rivolta alle tematiche di emergenza: si è inaugurato il progetto di formazione permanente all'emergenza preospedaliera tenutosi a novembre e dando vita alla prima edizione del corso di Clinical Competence inerente alle tematiche formative espresse come requisito specifico nella D.G.R. 44/2009 in tema di accreditamento.

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi ospedalieri dedicati all'emergenza-urgenza, di seguito si elencano i principali contenuti:

È stata effettuata la riorganizzazione dei posti letto destinati ai pazienti afferenti al Pronto Soccorso con:

- l'istituzione di una Struttura semplice dipartimentale (SSD) Medicina Interna del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, nata per una necessità di innovazione e modernizzazione dell'attività clinica di assistenza al paziente critico e comunque fragile che accede al Pronto Soccorso;
- l'ampliamento dei posti letto della Medicina d'Urgenza dedicati al monitoraggio e stabilizzazione della fase acuta di svariate patologie nonché per la diagnosi e terapia per pazienti non immediatamente inquadrabili in senso specialistico;
- completamento dei lavori di riqualificazione della struttura destinata ad accogliere la funzione Osservazione Breve Intensiva dedicata alle urgenze sanitarie in accesso dal Pronto Soccorso, che richiedono un inquadramento diagnostico a breve termine tale per permettere un appropriato percorso diagnostico-terapeutico al domicilio, o per terapie brevi;

Allestimento dei locali destinati ad accogliere il "Punto bianco" dell'Azienda USL, ambulatorio ad accesso diretto, gestito da medici del territorio, aperto 365 giorni all'anno, dalle 8 alle 20 che permette di rispondere con maggiore appropriatezza alle esigenze di salute dei cittadini, lasciando agli altri



ambulatori di Pronto Soccorso la gestione dei casi più complessi. Questa realizzazione non rappresenta solo un'integrazione logistica, bensì un significativo miglioramento nella continuità assistenziale nelle cure primarie, in coerenza con la programmazione e le indicazioni regionali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Criticità rilevate

Il Piano dell'equità

Il 30 dicembre 2011 è stato approvato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Piano dell'equità, con deliberazione n. 325, che ha delineato la strategia aziendale su equità e diversità caratterizzata da impegno, consultazione e partecipazione.

I presupposti e i riferimenti valoriali di tale impegno si ritrovano nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna, in cui viene esplicitamente evidenziata la necessità di garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo, dell'inclusività e dell'equità di accesso per orientare il sistema dei servizi. Infatti, la gestione delle diversità è un tema che assume un sempre maggiore rilievo nella organizzazione dei servizi sanitari. Sebbene non sia un tema nuovo, se si considera appunto il piano dei valori che sottendono il sistema sanità.

Da rilevare è l'esplicito richiamo nell'ambito degli obiettivi di programmazione annuali emanati dalla Regione, con particolare riferimento all'introduzione di una visione sistemica di tali tematiche all'interno delle aziende sanitarie e alle ricadute organizzative.

In ambito provinciale, anche il Piano Attuativo Locale 2009-2011 ha affermato che il carattere universalistico del nostro sistema sanitario rappresenta una dichiarazione di principio che ha bisogno di trovare una concreta attuazione, sia mediante la corretta organizzazione e programmazione delle attività, sia mediante la giusta allocazione delle risorse nel rispetto dei vincoli economici necessari per gli equilibri finanziari.

L'equità viene intesa come capacità dei servizi aziendali esistenti (spesso in integrazione con quelli dell'Azienda territoriale) di saper rispondere, con rinnovate competenze, alla presa in carico delle persone in difficoltà senza alcuna differenziazione.

In tale quadro di riferimento, l'Azienda ha ritenuto prioritaria la definizione di un Piano dell'equità, condiviso con il Collegio di Direzione che:

- esplicita principi ed obiettivi di riferimento sul tema dell'equità,
- individua le condizioni organizzative favorevoli alla realizzazione e la raccolta di un patrimonio comune di pratiche, frutto di precise scelte organizzative, che possano rendere operativi tali principi ed obiettivi
- supera la frammentarietà che caratterizza, nei contesti organizzativi, le azioni volte a garantire l'equità,
- supera la tendenza a concentrare il focus verso le diversità che assumono una maggiore evidenza sociale e che quindi attivano attenzione e risorse da parte delle organizzazioni.

Nel piano viene definito un modello di governance dell'equità, esplicitando le modalità organizzative per il coordinamento delle iniziative e delle azioni per l'equità e individuando un Gruppo di coordinamento e un Gruppo di governance dell'Equità.

Il tema equità è stato esplicitamente richiamato nelle linee guida al budget 2012, per dare coerenza e sistematicità allo sviluppo di progettualità volte ad azioni di contrasto e per l'utilizzo di strumenti di assessment; sono stati, inoltre, introdotti nell'ambito del processo di budget specifici obiettivi per alcuni dipartimenti.

Nelle successive pagine di questo paragrafo si cerca di dare brevemente evidenza di alcuni interventi realizzati nella cornice degli ambiti di interesse indicati nel Piano, che sono:

- Le disuguaglianze in ambito sanitario: poiché, a fronte della variabilità presente nella popolazione, la complessità del sistema rischia di penalizzare chi per cultura, etnia, disabilità, età, genere, eccetera si trova in condizioni di vulnerabilità sociale.
- L'equità di accesso ai servizi sanitari, in quanto le disuguaglianze che possono insorgere compromettono il perseguimento dei valori istitutivi del sistema sanitario: "responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute ... (e)... universalità ed equità di accesso alle



prestazioni e ai servizi" (espressamente ribaditi nell'art.1 comma 2 della legge regionale 29/2004).

- I meccanismi generatori delle disuguaglianze riconducibili all'organizzazione, oltre che alla gestione dei percorsi di accesso ai servizi sanitari, quindi centrati sui processi innescati da un funzionamento non equo della stessa organizzazione.
- Le disuguaglianze nei contesti organizzativi e l'approccio del diversity management.

Diritto ed Equità

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Promuovere la cultura del rispetto e la valorizzazione delle differenze come trasformazione organizzativa supportando i professionisti dei diversi livelli aziendali con iniziative formative e di approfondimento sui temi delle politiche di eguaglianza e di contrasto alla discriminazione è uno degli obiettivi del Piano dell'equità.

Fra le iniziative promosse a riguardo in ambito aziendale, vi sono i progetti di modernizzazione finanziati dalla Regione: Gestire le differenze nel rispetto dell'equità - Anno 2008; Equasanità - Anno 2009 con il Sotto progetto:Diritto ed equità (realizzato con AUSL Parma nell'ambito di AVEN); e Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei servizi sanitari, socio-sanitari e comunità - Anno 2011, con il sotto-progetto: Buona pratica per garantire equità di accesso nei servizi clinico-assistenziali "MEDIAZIONE DI SISTEMA" (progettato con AUSL Parma nell'ambito di AVEN).

Nello specifico, nell'ambito delle azioni previste dal progetto di modernizzazione "Equasanità" (anno 2009), e del Programma regionale per la gestione delle differenze nel rispetto dell'equità, promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha organizzato una serie di laboratori, dal titolo: "Diritto ed Equità: analisi di casi aziendali", con l'intento di promuovere lo studio e le pratiche dei rapporti tra cura del corpo, istituzioni sanitarie e modelli legali di intervento medico in una prospettiva interculturale. Il progetto curato con l'Azienda USL di Parma, ha visto coinvolti l'Associazione di ricerca e promozione sociale IDEDI - INTERCULTURA DEMOCRAZIA DIRITTO, l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Nel 2012, tale attività (già presentata nel Bilancio di missione 2010 - capitolo 3) è stata proposta nel corso di un seminario regionale.

L'idea-guida del progetto è stata l'elaborazione di piattaforme di comunicazione interculturale suscettibili di favorire il rapporto medico e/o operatore sanitario-pazienti in situazioni di diversità culturale.

Lo sguardo sui problemi e le sfide posti dall'emigrazione e delle differenze culturali è da considerarsi strumentale alla valutazione delle più ampie questioni orbitanti attorno alla relazione tra sanità e diversità.

Le conclusioni intermedie cui il progetto è giunto, evidenziano come in ambito sanitario, gli standard legislativi e i loro strumenti di attuazione amministrativa, cioè i protocolli dettati dalle istanze organizzative e dai diversi settori della bio-medicina, impongono all'attività medica forme e tempi ritagliati su un'idea di tipo fotografico del processo diagnostico, scevro cioè da connotazioni socio-comunicative; ad esso si aggiunge poi, in modo del tutto consequenziale, una visione strettamente strumentale-esecutiva dell'azione terapeutica.

Il tutto ruota attorno alla figura del paziente medio, letto al meglio della neutralizzazione di ogni sua connotazione socio-culturale e in questa veste inserito entro gli schemi terapeutici e normativi di riferimento. Medici e istituzioni sanitarie vengono quindi chiamati a rispondere al diritto secondo la corrispondenza della loro attività a quegli schemi. Il risultato è, sovente, l'impossibilità di integrare nel processo di cura il peso della differenza, adattando alle specificità dei pazienti "inusuali" sia l'attività diagnostica, sia quella terapeutica.

Muoversi lungo la traccia di queste inconsistenze tra sanità e cultura, tra modelli dell'approccio terapeutico e dinamiche sociali, catalizza la questione dell'effettività dei diritti umani e/o fondamentali, colti in tutte le loro molteplici proiezioni, attorno al nucleo del diritto alla salute.

Assistenza e accoglienza ai cittadini migranti

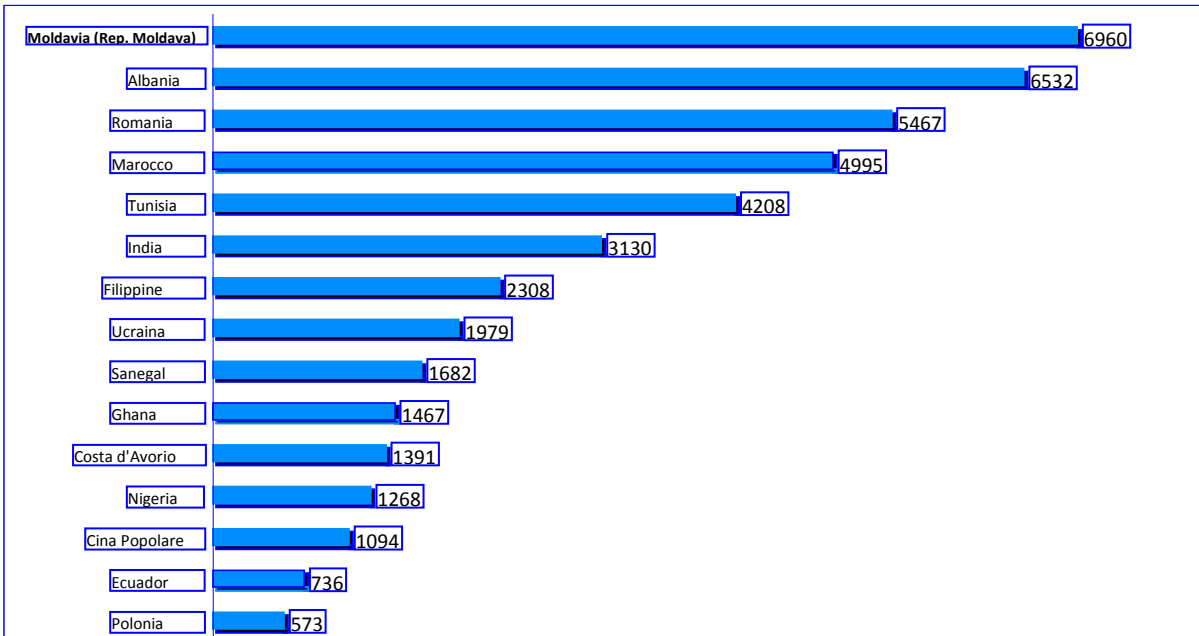
La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2011 è di 442.070 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 55.069, equivalente al 12,5% del totale dei residenti.

La popolazione residente in provincia di Parma è cresciuta ininterrottamente, dal 1° gennaio 2001 al 1° gennaio 2011, passando da 399.990 a 442.070. Nello specifico la popolazione migrante è passata da 14.966 a 55.069 ovvero dal 3,7% del 1° gennaio 2001 al 12,5% del 1° gennaio 2011, registrando una crescita maggiore di 4.153 stranieri rispetto a quella dell'anno precedente.



I cittadini dell'Est Europa si confermano il gruppo più numeroso. Per il terzo anno consecutivo, nella graduatoria delle nazionalità, le prime tre posizioni sono occupate da Moldavi, Albanesi e Rumeni che rappresentano il 34,4% dell'intera popolazione straniera residente nella provincia di Parma. Nell'arco dell'ultimo anno i Moldavi sono diventati la cittadinanza più numerosa in assoluto in provincia di Parma.

Grafico 1 *Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2011 nella Provincia di Parma. Suddivisione per area di provenienza*

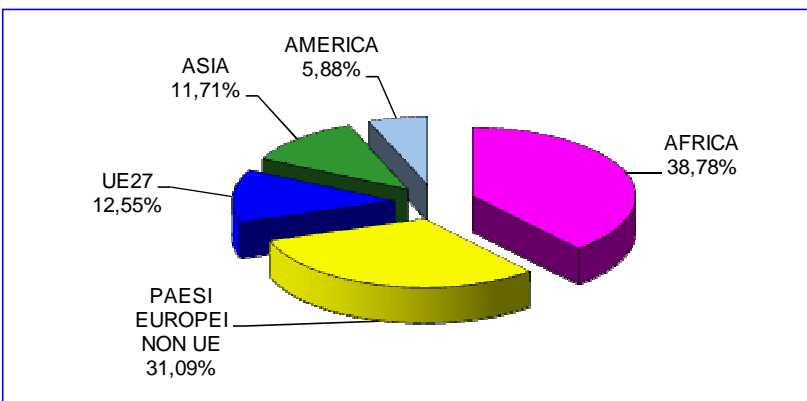


Fonte: www.statistica.parma.it

Accessi e ricoveri ospedalieri

Nel 2011 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso il flusso regionale SDO, sono stati registrati 4921 ricoveri di pazienti stranieri, corrispondenti al 10% di tutti i ricoveri. Il 78% di tutti i ricoveri è stato effettuato in regime di ricovero ordinario, mentre il 22% in regime diurno. 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. Le nazionalità più rappresentate sono quelle moldava, albanese, marocchina, romena e tunisina, perfettamente corrispondente alla composizione della popolazione migrante residente nel territorio, che da sole costituiscono il 49% dei ricoveri di pazienti di origine straniera.

Grafico 2 *Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2011*



Fonte: Banca dati SDO RER



Tabella 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2011

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
MOLDOVA	629	12,78%	GHANA	182	3,70%
ALBANIA	588	11,95%	FILIPPINE	151	3,07%
MAROCCO	484	9,84%	COSTA D'AVORIO	146	2,97%
ROMANIA	401	8,15%	SENEGAL	144	2,93%
TUNISIA	304	6,18%	UCRAINA	134	2,72%
NIGERIA	254	5,16%	ETIOPIA	111	2,26%
INDIA	183	3,72%	CAMERUN	72	1,46%

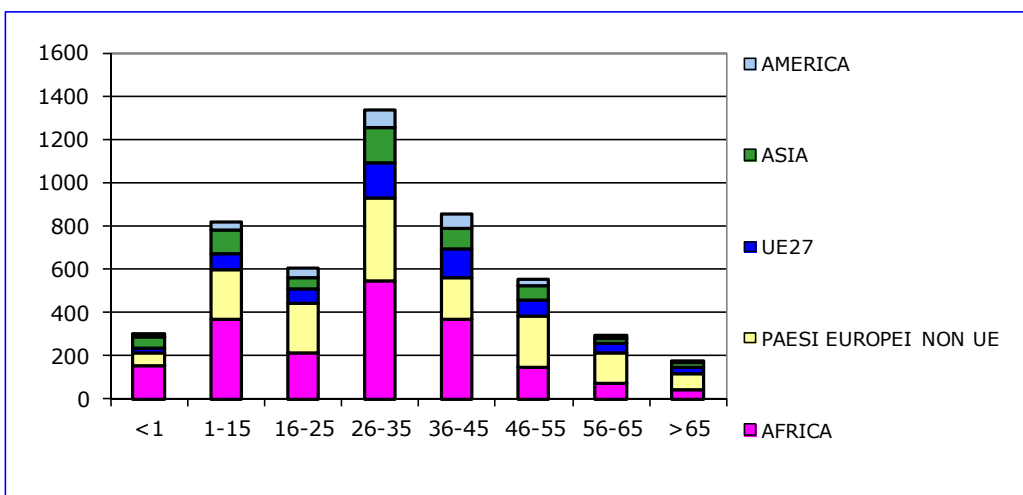
Fonte: Banca dati SDO RER

Nella maggior parte dei casi si tratta di giovani adulti di età compresa tra i 26 e i 45 anni (44%) e di bambini sotto i 15 anni, che costituiscono il 23% dei ricoveri totali di pazienti non Italiani.

Gli africani, così come negli anni precedenti, sono presenti prevalentemente nelle fasce di età adulto-giovanili (67% <36 anni), 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 55 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (63%) da popolazioni provenienti dai paesi europei, sia appartenenti all'Unione Europea che non. Da notare comunque che solo il 9% dei pazienti ricoverati stranieri ha un'età superiore a 55 anni.

Grafico 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per macroaree di provenienza e classe di età, anno 2011



Fonte: Banca dati SDO RER

La distribuzione per sesso vede il 66% dei dimessi di sesso femminile e il 34% di sesso maschile. Analizzando la distribuzione per sesso ed età, si evidenzia come nella fascia adulto-giovanile (16-45), i ricoveri si hanno nella maggior parte a carico delle donne (età fertile), pari al 57% di tutti i ricoveri.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2011 il reparto che ha registrato il maggior numero di ricoveri è stata l'Ostetricia e Ginecologia (33,37%), seguita dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale), con il 21% di tutti i ricoveri. Nell'insieme, i reparti del Dipartimento Materno-Infantile hanno accolto il 55% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

Tabella 3 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per reparti di dimissione, anno 2011

Reparti di dimissione	N. casi	%
Ostetricia e Ginecologia	1.642	33,37%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1.047	21,28%
Reparti Internistici	961	19,53%
Reparti Chirurgici	930	18,90%
Ortopedie	285	5,79%
Terapie intensive	56	1,14%
Totale	4.921	100,00%



Per gli accessi al Pronto Soccorso da parte della popolazione straniera, si rimanda alla parte specifica del capitolo 2.3 del presente documento.

Mediazione culturale

Nell'ambito delle iniziative in tema di equità, l'Azienda ha attivato a fine 2011 un servizio di Mediazione Linguistico-Culturale telefonica, avente la finalità di facilitare l'accesso e la fruibilità ai servizi aziendali da parte dei cittadini stranieri.

L'impiego della mediazione culturale all'interno di una struttura ospedaliera porta ad agevolare la pratica clinica e, di conseguenza, il lavoro e la sua organizzazione; essa permette di aiutare ammalati e familiari, da una parte, e operatori sanitari dall'altra, riguardo la necessità di comunicare reciprocamente, e contribuisce all'avvicinamento e alla comprensione reciproca di culture diverse. La costruzione di una partnership tra cittadini e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e per offrire un'assistenza sociale e sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi di equità, accessibilità ed efficacia.

Finalità è quella di assicurare l'immediata informazione in lingua straniera, utilizzando modalità organizzative semplici, favorendo lo scambio comunicativo anche in condizioni di emergenza-urgenza allo scopo di ottenere la comprensione da parte del paziente straniero sugli interventi terapeutici da attuare e migliorare la compliance ai trattamenti e il rapporto di fiducia tra sanitario e paziente.

La mediazione linguistico-culturale telefonica costituisce un servizio strutturato, funzionante 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, facilmente attivabile da tutti i telefoni aziendali mediante un numero telefonico verde.

La disponibilità del nuovo servizio è stata condivisa con i professionisti dell'Azienda attraverso incontri dedicati e utilizzando tutti gli strumenti di comunicazione interna disponibili (newsletter, sito intranet, circolari informative).

Obiettivo generale dell'intero progetto è promuovere la conoscenza e, dunque, la valorizzazione delle culture d'appartenenza, nonché il riconoscimento della diversità come valore. Un'idea ambiziosa che si è tradotta in uno strumento concreto a disposizione di tutti i professionisti dell'azienda, in quanto utilizzabile facilmente da qualsiasi telefono aziendale. Il progetto risponde in modo concreto all'aumento dei ricoveri e degli accessi da parte della popolazione straniera e mira a sostenere i professionisti nella necessità di comunicare in modo corretto e comprensibile e capire adeguatamente le problematiche presentate dai pazienti.

Il servizio di mediazione culturale telefonica è stato avviato in data 16.12.2011, al 31 dicembre le chiamate al servizio sono state 14 per un totale di 9 lingue.

Complessivamente considerato, l'intervento di mediazione culturale all'interno della nostra Azienda ha raggiunto negli ultimi anni una certa stabilità, e l'utilizzo da parte degli operatori sanitari dimostra come sia radicata l'esigenza di comunicare con il malato, non solo per motivi medico-legali, ma anche per una adeguata accoglienza e comunicazione, in grado di ottenere un appropriato counselling, sia nel percorso di degenza che nel processo della dimissione. 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: ciò risulta particolarmente vero in 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.

Nel corso del 2011 le ore di utilizzo del servizio di mediazione culturale in presenza sono state pari a 646. La maggior parte degli interventi hanno interessato le lingue indiana, punjabi e hindi (348 ore) e la lingua cinese (164 ore). Meno rilevante il ricorso alla lingua araba (96,30) e ad altre lingue: di paesi centro-africani come Mali o Guinea (15 ore), filippino (8 ore), lingue slave (5,30 ore), russo (5 ore) e romeno (4 ore).

L'evoluzione a cui assistiamo di anno in anno nel ricorso allo strumento della mediazione è connesso ai cambiamenti che si registrano nella popolazione migrante.

La comunità indiana è maggiormente radicata nei territori della Comunità Montana e Bassa Parmense, con coppie giovani di origine indiana e pakistane con figli piccoli.

Nella comunità cinese non emergono variazioni rispetto agli anni passati, ma sono aumentati i pazienti cinesi non residente inviati da altri Ospedali per cure specialistiche.

Il numero delle ore riferita alla popolazione di lingua araba si riferisce a pazienti, in particolare donne gravide e bambini, con patologie complesse.



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 documentano, almeno in parte, 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.

Il Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è composto da rappresentanti, a livello aziendale, 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.

Nel 2011, il CCM ha continuato l'approfondita ricognizione della realtà aziendale che ha consentito riflessioni comuni, evidenziato le criticità e stimolato suggerimenti. In accordo e in collaborazione con la Direzione sono proseguiti gli incontri con i Dipartimenti e le Unità Operative che hanno visto di volta in volta protagonisti, unitamente al CCM, i Direttori delle varie strutture.

Il Comitato Consultivo Misto ha sviluppato e realizzato un programma per visite organizzate, al termine dei lavori, nei diversi edifici in fase di rifacimento dell'Azienda.

Anche nel 2011 ha effettuato un momento di confronto con il Direttore del Servizio Attività Tecniche e Logistiche. Si sono affrontate le criticità relative alle indicazioni dei cartelli riguardanti la segnaletica e al problema inerente la regolamentazione della sosta delle auto all'interno dell'Azienda Ospedaliera. Ha costituito oggetto di esame anche lo stato di avanzamento lavori del nuovo Ospedale dei Bambini che suscita attesa nei cittadini.

Con riferimento al problema della popolazione straniera, in costante aumento, il Comitato ha favorevolmente valutato e positivamente supportato l'attivazione, da parte dell'Azienda, di un servizio telefonico in diverse lingue e l'ormai consolidata attività dei mediatori culturali all'interno dei vari reparti e ambulatori (cfr. il presente capitolo al paragrafo 3.2).

Il CCM ha partecipato alla rilevazione della qualità percepita in diverse unità operative dell'Azienda attraverso la somministrazione di un questionario regionale (cfr. il presente capitolo al paragrafo 3.4).

La Rilevazione della qualità percepita dai Cittadini e le azioni di miglioramento

L'AOU di Parma intende garantire alti livelli di partecipazione dei cittadini, favorendo il loro contributo attivo alla valutazione della qualità dei servizi attraverso l'apertura di un nuovo canale di ascolto per i pazienti ricoverati.

Risultati raggiunti

L'Azienda ha aderito alla "Rete Metodologica sulla Qualità Percepita" promossa dall'ASSR della Regione Emilia-Romagna, concertando l'effettuazione di diverse indagini sulla Qualità Percepita nei servizi di degenza e terapia intensiva.

La rilevazione sulle dengeze per l'anno 2011, promossa e realizzata dalla Direzione Aziendale, attraverso la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento, si è svolta grazie al supporto attivo sia dei volontari del Comitato Consultivo Misto che degli psicologi tirocinanti del Servizio di Psicologia Ospedaliera.



Le rilevazioni hanno coinvolto tutti i pazienti ricoverati all'interno delle 18 Strutture dei Dipartimenti "Chirurgico", "Neuroscienze" ed "Emergenza - Urgenza", nel periodo compreso fra marzo e giugno del 2011. Alle indagini sulle degenze e terapie intensive hanno partecipato in totale 1.435 fra pazienti (compresi i loro familiari per le terapie intensive), ottenendo un campionamento statisticamente significativo per trarre conclusioni a livello dipartimentale.

I risultati generali riguardanti l'indagine sulla percezione dei pazienti dell'assistenza delle degenze possono essere considerati particolarmente incoraggianti: solo l'1,5% dei pazienti ricoverati nelle degenze dei tre Dipartimenti, ha infatti valutato complessivamente la qualità dell'assistenza come inadeguata rispetto alle proprie aspettative, mentre la maggioranza dei pazienti rispondenti 81,6% ha dichiarato che l'assistenza ricevuta è stata adeguata (29,6%), molto adeguata (29,2%) o del tutto adeguata (22,8%) rispetto alle proprie aspettative; circa il 17% dei soggetti non ha invece fornito dati di valutazione complessiva.

I risultati dell'indagine evidenziano l'assistenza fornita dal personale infermieristico e medico come particolarmente soddisfacente rispetto alle proprie aspettative (con livelli di soddisfazione superiori alla media, pari al 94,6% del campione, per l'assistenza dei medici ed al 94,7% per gli infermieri). Anche l'aiuto ricevuto dagli ammalati per quanto concerne l'igiene personale da parte del personale ha ottenuto punteggi di soddisfazione oltre la media per il 95,2% dei partecipanti. Un dato particolarmente incoraggiante è che la valutazione delle informazioni ricevute sul dolore e la soddisfazione per la terapia antidolorifica ricevuta hanno ottenuto livelli di soddisfazione particolarmente elevati (97,2% del campione): tuttavia la particolare importanza di questo aspetto rispetto ai vissuti di malattia e di assistenza ricevuta da parte del paziente impone di considerare con particolare attenzione il restante 2,8% dei pazienti che non sono risultati soddisfatti.

Il metodo regionale di indagine nelle degenze ha previsto l'utilizzo di un questionario con versioni tradotte nelle lingue oggi più parlate dall'utenza straniera (inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, albanese e rumeno). I pazienti partecipanti sono stati nel 95% dei casi di nazionalità italiana, mentre il restante 5% dei pazienti rispondenti proviene da oltre 20 Paesi differenti nel mondo: gli ammalati di nazionalità straniera ricoverati nelle degenze sono risultati maggiormente soddisfatti degli ammalati italiani rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta.

Nell'indagine rivolta a pazienti e familiari ricoverati nelle due terapie intensive è stata riscontrata un'alta soddisfazione dei malati e loro familiari riguardo all'assistenza fornita dal personale dei reparti. È infatti emerso che proprio la competenza e la presenza costante degli operatori rappresentano per i malati e i loro familiari i principali fattori di sollievo.

Anche le terapie intensive hanno ottenuto giudizi positivi riguardo alla soddisfazione complessiva dal 90% del campione di pazienti e dall'80% di familiari, nonostante emerga come i pazienti ed i familiari vivano in modo molto differente l'esperienza di ricovero.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Nei primi mesi del 2012 sono state estese le indagini alle degenze e terapie intensive di altri quattro Dipartimenti. Sono inoltre state messe in atto esperienze pilota di indagine sulla Qualità Percepita nei servizi ambulatoriali e per percorsi clinici specifici.
L'individuazione di metodi validi per attuare azioni di miglioramento a partire dai risultati del 2011 risulta essere l'aspetto più importante da perseguire nel medio e lungo periodo.

Criticità rilevate
La realizzazione dei protocolli metodologici di indagine si è dimostrata particolarmente onerosa sia a causa delle condizioni critiche dei pazienti ricoverati (nel caso delle terapie intensive) che per il metodo di campionamento previsto. L'elevato impegno sia da parte dei professionisti che dei volontari ha consentito di perseguire gli obiettivi dell'indagine e di ottenere i risultati entro il mese di settembre 2011.

Progetto umanizzazione delle cure in terapia intensiva

Realizzazione III fase del progetto "Umanizzazione delle cure in terapia intensiva": ampliamento fascia oraria di accesso dei parenti alla T.I. Cardiochirurgica dell'Azienda e "colloqui/notizie" cliniche personalizzati tra équipe e famigliari.

Risultati raggiunti
Si è giunti alla realizzazione di un importante cambiamento organizzativo legato all'ampliamento dell'orario di apertura alla visita parenti, avvenuto nell'Ottobre 2011, a conclusione di un percorso (presentato nel capitolo 3 del Bilancio di missione 2010) di formazione del personale medico, infermieristico e OSS del reparto di cardiocirurgia T.I. alla gestione di un diverso modello di comunicazione, che pone particolare attenzione ai bisogni del malato e al rapporto con i familiari o care-giver (persone di riferimento) anche nei momenti di particolare criticità o di lutto e alla accettazione della morte, e in cui sono state definite le azioni, nell'ambito del percorso "Umanizzazione



delle cure in Terapia Intensiva".

L'ampliamento della fascia oraria di accesso al reparto di Cardiocirurgia T.I. è passato da 2 ore, ad una fascia di apertura che parte dalle 11 del mattino alle ore 20 della sera.

L'orario del mattino è strettamente legato allo svolgimento quotidiano delle radiografie che viene eseguito a tutti i degenti (9 Pazienti) e che non consente un clima adeguato per il ricevimento delle visite, e non garantisce la salvaguardia della sicurezza degli eventuali visitatori. In casi particolari, e per chi lo richiede, è consentito passare la notte o parte di essa con il proprio congiunto; in merito al momento del colloquio tra équipe clinica e famigliari è stato concordato di dare le informazioni in modo congiunto tra medico e infermiere di riferimento, al letto del paziente allo scopo di coinvolgere sempre, quando possibile, il paziente nel proprio piano terapeutico, quando invece le condizioni sono critiche o il paziente è in sedazione o prossimo alla morte è stato individuato all'interno del reparto uno spazio dedicato, per poter condividere, in un ambiente più consono, le notizie, anche infauste.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Criticità rilevate
al momento non rilevate

Note o approfondimenti: nel corso di questi 3 anni sono state realizzate e pubblicate tre tesi di laurea e due articoli inediti che hanno sviluppato e sondato il tema del rapporto con i pazienti e i famigliari e le paure dei professionisti verso l'apertura della T.I..

"Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito"

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fra i propri obiettivi sostenere i pazienti e i loro familiari favorendo la loro partecipazione al processo di cura, oltre che promuovere lo sviluppo delle competenze relazionali degli operatori al fine di migliorare il rapporto dell'organizzazione con gli utenti e i cittadini, partendo dal presupposto che una buona capacità del personale sanitario di agire una comunicazione empatica influenza positivamente l'atteggiamento psicologico del paziente. In tale prospettiva, per casi specifici e complessi, svolge un ruolo preciso il Servizio di Psicologia Ospedaliera che, assumendo una pratica clinica centrata sul paziente, mira ad aumentare la capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione con gli assistiti e i loro familiari con riferimento particolare alle seguenti aree:

- 1) Percorsi terapeutici critici quali oncologia, medicina interna, lungodegenza, terapia intensiva e rianimazione;
- 2) Soggetti "fragili" ovvero persone con demenza, disabilità congenite o acquisite;
- 3) Prima comunicazione della diagnosi nei Dipartimenti con patologie che comportano disabilità, cronicità, rischio di stigmatizzazione, minori, giovani e familiari.

Risultati raggiunti

- Rispetto agli obiettivi 1 e 3, ossia ai percorsi "terapeutici critici" ed alla "prima comunicazione della diagnosi" sono state realizzate le seguenti attività:
 - Il Progetto Melanoma ha garantito sostegno psicologico a 30 pazienti colpiti da melanoma *non in situ* e la partecipazione all'équipe multidisciplinare per facilitare il lavoro dei professionisti sugli aspetti relazionali e psicologici strettamente connessi alla malattia;
 - Il progetto "La cura globale del paziente in Chirurgia Plastica e Centro Ustioni: inserimento dello psicologo nell'équipe multi - professionale" ha previsto n=18 colloqui di supporto mirato sia pazienti ustionati che ai loro familiari;
 - Attività di sostegno e/o psicoterapia al paziente con percorso oncologico o con percorso cardiologico anche al fine di garantire la possibile supervisione all'équipe curante nei momenti più critici e affiancare il paziente ed i familiari;
 - All'interno della Terapia Intensiva di I° Anestesia e Rianimazione sono stati condotti 101 colloqui di sostegno psicologico con i familiari dei pazienti ricoverati nel reparto con un GCS in ingresso ≤ 8 , per facilitare l'elaborazione dello stress derivante dal ricovero improvviso e traumatico di un loro familiare.
 - Sono inoltre stati condotti 18 colloqui di sostegno psicologico ai familiari durante le 6 ore di accertamento di morte encefalica, a seguito della comunicazione da parte del Medico Rianimatore di morte encefalica del loro congiunto con presenza dello psicologo durante la proposta di donazione degli organi. Nel corso del 2011 sono inoltre stati condotti 27 colloqui di sostegno psicologico con le famiglie post donazione per facilitare l'elaborazione del lutto.
 - Per la sensibilizzazione ed il coinvolgimento degli operatori (N=292) è stato inoltre realizzato "Il percorso dalla donazione al trapianto all'interno dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma" attraverso una ricerca sul livello d'informazione e di conoscenze possedute dagli



operatori rispetto al percorso stesso, le loro opinioni, le aspettative e gli atteggiamenti verso questa tematica, a fine di predisporre gli opportuni programmi di sensibilizzazione, informazione e formazione, in coerenza con le aspettative e i bisogni espressi dai singoli operatori. Sempre per i professionisti è stato portato avanti il Progetto "ADESSO NOI" rivolto al personale infermieristico del 1° servizio Anestesia e Rianimazione, con gruppi di discussione di casi clinici finalizzati a implementare una maggiore attenzione verso gli aspetti relazionali e individuali dell'assistenza, a ridurre il burn-out degli operatori dell'emergenza e a migliorare la comunicazione con il paziente ricoverato sveglio e con i familiari. Presso la struttura di Nefrologia sono stati condotti 187 colloqui con familiari in pre dialisi-dialisi o trapiantati mirati all'attività di sostegno psicologico alla condizione di malato cronico o di trapiantato, con particolare attenzione alla rete di sostegno familiare e al miglioramento della compliance.

- E' stato costituito un gruppo di lavoro circa la creazione di un protocollo condiviso, relativo alla Gestione del rischio di Suicidio intra - ospedaliero del Paziente.
- Rispetto all'area dei soggetti "fragili" ovvero persone con demenza, disabilità congenite o acquisite nel corso del 2011 sono state portate avanti da parte del Servizio di Psicologia Ospedaliera le seguenti attività:
 - Sono stati condotti circa 130 colloqui di sostegno psicologico e/o psicoterapia svolti con pazienti e/o loro familiari presso la struttura di medicina Riabilitativa nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo. Sono inoltre state realizzate attività formative e di supervisione con i professionisti del reparto, mirato al miglioramento della relazione operatore - paziente.
 - Il progetto, "La cura globale del paziente nella Stroke - Unit: inserimento dello psicologo nell'équipe multi-professionale", ha consentito nel corso del 2011 di garantire il sostegno psicologico di 12 pazienti colpiti da Stroke, mirato al supporto del paziente ed a quanti si occupano di lui, facilitando l'accoglimento ai bisogni psicologici e relazionali.
 - L'attività di sostegno psicologico a pazienti colpiti da SLA (con particolare attenzione ai momenti più critici del loro percorso come la diagnosi, l'inserimento Peg e tracheotomia) ha coinvolto 20 pazienti.
 - Nell'ambito del sostegno psicologico a pazienti colpiti da Sclerosi finalizzato a sopportare il peso psicologico della malattia e a facilitare l'adattamento, sono stati seguiti 10 pazienti;
 - Sono stati inoltre realizzati oltre 520 colloqui mirati al percorso per pazienti obesi e/o diabetici svolti nell'anno 2011 presso la Struttura "Malattie del ricambio e Diabetologia": Il Percorso diagnostico terapeutico prevede la presa in carico dell'équipe multidisciplinare del paziente. I colloqui con lo psicoterapeuta, di natura cognitivo comportamentale, hanno l'obiettivo di individuare le condizioni che possono ostacolare o controindicare l'inizio di un trattamento per perdere peso; b) supportare il paziente fornendo strategie utili al cambiamento di abitudini scorrette e/o c) attuare interventi psicoterapeutici specifici.
 - Il 26 giugno 2011 si è svolto un corso di Formazione ai volontari AIDO sul tema della comunicazione della donazione degli organi ai fini della sensibilizzazione dei cittadini sul tema.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Per il 2012 si predispongono attività per il mantenimento dell'impegno già avviato e l'eventuale progettazione di nuove azioni di miglioramento ed empowerment del potenziale comunicativo e relazionale degli operatori.

Criticità rilevate

Le aree di miglioramento possono essere sinteticamente così definite:

- garantire supporto ai pazienti in modo sempre più orientato verso l'accompagnamento del paziente e dei suoi familiari nei percorsi diagnostico - terapeutici in modo da accogliere i bisogni specifici emergenti nell'evolversi della presa in carico.
- garantire uniformità di risposta sia verso le necessità dei pazienti e verso gli operatori.

Applicazioni dei principi e delle pratiche della Health Literacy

Il corso di formazione, proposto dal Gruppo regionale costituito dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, con la Determinazione n. 8543 del 12/07/2011, ha l'obiettivo di sensibilizzare e diffondere i principi e la pratica della Health Literacy nella relazione tra gli operatori e gli assistiti e nella redazione di materiale informativo. In particolare, si intende favorire la comprensione dell'utente delle informazioni di carattere sanitario relative al suo stato di salute e alle cure, migliorando la chiarezza del linguaggio scritto e parlato. La finalità è accrescere la capacità delle persone di ottenere, processare e capire informazioni sanitarie e di cura necessarie per prendere decisioni sanitarie appropriate e soprattutto più consapevoli e partecipate. Prioritariamente è stato individuato il percorso del paziente oncologico e questo ha visto la partecipazione al corso di 2 operatori sanitari del Day Hospital Oncologico e 2 operatori della comunicazione aziendale.



Risultati raggiunti

L'applicazione dei principi e delle pratiche di HL implica un cambiamento culturale importante, che richiede tempo, e un'azione di disseminazione da parte dei professionisti coinvolti nelle giornate formative. Il percorso formativo si è articolato, per l'anno 2011, su due settimane di formazione che hanno rappresentato l'inizio di un percorso di progettazione a medio termine, che non si esaurisce con la formazione.

Trattandosi di un progetto di ampio respiro, si elencano di seguito le principali attività realizzate tra la fine del 2011 e i primi mesi del 2012:

- Partecipazione alla prima parte corso (novembre 2011): il corso verteva sul concetto di literacy e sulla competenza chiave necessaria per soddisfare un livello di literacy che renda le persone consapevoli delle scelte che praticano circa la loro salute. Inoltre, si è cercato di identificare le competenze e le esigenze della comunità in ragione delle aspettative e della tutela della dignità del partecipante alla comunicazione. In seguito, sono state individuate, le possibili leve del miglioramento dello scambio comunicativo tra cittadino e istituzione: l'ambiente, i materiali informativi e la relazione.
- Lavoro di analisi effettuato in Azienda da parte degli operatori partecipanti al corso (dicembre 2011): sull'orientamento in azienda (segnaletica, sito web, risposte telefoniche), sulla produzione dei materiali informativi (un opuscolo sul percorso del paziente oncologico, un comunicato stampa, una risposta a reclamo, un consenso informato e materiale informativo prodotto dai reparti di oncologia medica) e sulle tecniche di comunicazione con il cittadino ammalato.
- Partecipazione alla seconda parte del corso (febbraio 2012),
- Relatori all'incontro "Lo sviluppo dell'Health literacy nelle aziende sanitarie dell'Emilia Romagna" che ha visto la partecipazione delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie (20 maggio 2012)
- Progettazione del Corso Aziendale da effettuare presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (marzo 2012)
- Partecipazione alla seconda fase di sviluppo del Progetto per lo sviluppo delle competenze di Health Literacy (Bologna maggio-giugno 2012)

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo della tecnica del Teach Back presso l'oncologia;
- Analisi del materiale informativo in uso presso l'Oncologia, con miglioramenti apportati agli schemi antiemetici domiciliari consegnati ai pazienti;
- Preparazione del Corso Aziendale per ottobre 2012, rivolto agli operatori che svolgono attività di front office, accettazione e di prima accoglienza degli utenti.

Criticità rilevate

Elencazione sintetica delle difficoltà che si frappongono allo sviluppo di talune azioni presenti nel programma

- Difficoltà ad aderire alle percorso di formazione in condizioni di scarsa disponibilità di tempo;
- Diffidenza riscontrata nel momento della proposta di condivisione con i colleghi professionisti degli esiti della formazione, determinata dalla mancanza di tempo e dalla difficoltà a percepire l'innovazione come vantaggiosa e portatrice di facilitazione
- Mancanza di incentivi a sostegno dell'impegno.

Reti cure palliative e terapia del dolore

Prendersi cura della persona è il valore fondante della Mission dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma e proprio secondo questa ottica che si è deciso di mettere in campo una serie di risorse trasversali polifunzionali necessari per raggiungere l'obiettivo fondamentale di un ospedale "senza dolore" ovvero di un ospedale dove si presta attenzione al paziente affetto dalla patologia dolore.

Controllare il dolore nei suoi diversi aspetti, quando cioè accompagna una malattia o, quando è esso stesso malattia, vuol dire diminuire la disabilità del paziente migliorando il suo stato psicologico, aumentando la socialità e sostenendo in maniera adeguata anche la sua famiglia; questi sono stati i principali obiettivi di quanti hanno operato nel progetto ospedale territorio senza dolore.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

1. Considerazione e valutazione del dolore come problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali;
2. Dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale;
3. Rendere visibile la progettualità interna con un'opera di comunicazione;
4. Collocare il dolore associato agli eventi fisici e alla malattia in una più vasta cornice esistenziale ed antropologica;



5. Sviluppare le conoscenze finalizzate ad aumentare e/o migliorare le competenze di tutti gli operatori nello sviluppare una mentalità di servizio al controllo del dolore, attraverso apposita formazione, progettata a tutti i livelli;
6. Avviare un confronto culturale tra ambienti e culture diverse con le finalità di coinvolgere i pazienti, il loro entourage ed il mondo esterno;
7. Proporre dei modelli per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria, favorire il dialogo superando i limiti della mera tecnica e comprendendo al meglio la realtà;
8. Ricercare i luoghi e tutte le situazioni dove il dolore possa essere evitato, o meglio alleviato;
9. Predisporre pubblicazioni, poster e materiale informativo per l'utente, la sua famiglia ed i cittadini;
10. Implementare la carta dei diritti e dei doveri del malato che possa aiutare il cittadino a conoscere:
 - o i diritti del paziente/utente nell'ospedale che vuole curare il dolore
 - o cosa sia il dolore e quali possibilità esistano per alleviarlo
 - o come sia nato ed operi il Comitato Ospedaliero per la prevenzione e la gestione del dolore
 - o i corsi di formazione diretti a professionisti sanitari ed anche, in collaborazione con associazioni di volontariato, a chiunque voglia aver una conoscenza approfondita del problema.
11. Definire le modalità organizzative per la gestione Integrata Ospedale –Territorio del Dolore Cronico (DC) nelle sue differenti patogenesi;
12. Definire le raccomandazioni per migliorare la qualità della cura del DC;
13. Definire gli indicatori minimi per il monitoraggio del processo di cura e della sua efficacia.

Risultati raggiunti

E' stato istituito e reso operativo il Comitato Ospedale / Territorio senza Dolore per la gestione progettuale interna.

In collaborazione con i vertici della AUSL di Parma, è stato costituito un Comitato misto, per l'attuazione di programmi interaziendali.

È, inoltre, operativo un gruppo di lavoro integrato con componenti dell'AUSL il cui obiettivo finale è predisporre proposte organizzative che tengano conto dell'esigenza territoriale e dell'integrazione di queste con l'AOSP. La strategia di questo gruppo è quella di rivoluzionare l'assetto organizzativo attuale, passando da una **organizzazione intersettoriale**, in cui ogni UO è chiusa nella sua specificità e interagisce con le altre solo per il proprio specifico, ad una **organizzazione a "strati"** – stratificazione dei livelli di coesione e di condivisione – in cui le U.O. sono legate da una interdipendenza di tipo sia clinico sia organizzativo di uomini e di strumenti. Questa stratificazione riguarderà anche il territorio secondo un modello hub e spoke

Per quanto riguarda la nostra Azienda, oltre alla costituzione del comitato interno, sono stati istituiti 5 gruppi di lavoro finalizzati all'attuazione di specifici ambiti operativi che saranno loro demandati dal Comitato, e supporteranno lo stesso nella concreta realizzazione degli obiettivi che saranno di volta in volta individuati.

I cinque gruppi operativi sono:

- Gruppo di area medica,
- Gruppo di area chirurgica,
- Gruppo di area pediatrica,
- Gruppo di area ostetrica – ginecologica,
- Gruppo di area emergenza – urgenza.

È stato attivato un percorso formativo, rivolto ai professionisti che appartengono ai Gruppi di Lavoro e alla Rete e indirizzato a tutti gli operatori sanitari, al fine di favorire la nascita di reti strategiche necessarie per il decollo del progetto.

Attraverso gli incontri con i gruppi di lavoro è stata effettuata ampia sensibilizzazione degli operatori sanitari partecipanti sul tema dolore .

Inoltre il gruppo di lavoro dell'area chirurgica ha lavorato su uno strumento per la rilevazione del dolore e più precisamente ha costruito una cartella unica di terapia e terapia del dolore. Questo strumento è attualmente in fase di sperimentazione nel Dipartimento Chirurgico.

Anche altri gruppi stanno lavorando ad uno strumento per la rilevazione del Dolore per i dipartimenti medici, materno infantile e terapie intensive.

L'Azienda ha partecipato con l'Azienda USL con un progetto congiunto sulle cure palliative al premio "Gerbera d'oro" istituito dal Ministero della salute ricevendo una menzione speciale.

Servizi attivati in AOU

È stata costruita una Rete (Ambulatorio e Day Hospital del Dolore, Servizio di Farmacia Clinica in collaborazione con la Direzione Sanitaria, Servizio Comfort Ospedaliero e Direzione Infermieristica, Direzioni di U.O.) che si raccorda a livello organizzativo, clinico ed assistenziale con la Rete Oncologica e la Rete di Cure Palliative, garantendo continuità e trasversalità assistenziale nei servizi.

- Ambulatori e Day Hospital di Terapia del dolore

Il servizio di terapia del dolore si rivolge ai pazienti con dolore acuto e cronico causato da differenti patologie del sistema nervoso, vascolare, muscolo-scheletrico e viscerale nonché da lesioni



neoplastiche. L'attività ambulatoriale e quella in regime di day hospital sono pertanto sia di tipo diagnostico (individuazione dei meccanismi del dolore), che terapeutico.

È orientata al controllo delle seguenti tipologie di dolore:

- cronico non oncologico,
- acuto: ad esempio muscolo scheletrico,
- oncologico.

- Terapia del dolore acuto postoperatorio e procedurale

È orientata al controllo delle seguenti tipologie di dolore: Dolore acuto postoperatorio, Dolore procedurale.

Per adesso solo per i pazienti afferenti al 2° Servizio di Anestesia.

- Servizio di Farmacia Clinica

Il Servizio di Farmacia Clinica, al fine di contribuire alla concreta attuazione del progetto "Ospedale/ Territorio Senza Dolore", è parte attivo di un **programma di sorveglianza del dolore**. In collaborazione con altre figure professionali dell'Ospedale, infatti, quali la Direzione Sanitaria, i clinici, gli infermieri e gli psicologi, pone, particolare attenzione alle situazioni che si configurano come "non adeguatamente controllate" per poterne capire le ragioni e valutarne l'effettiva evitabilità. Questo servizio si configura quindi come **luogo privilegiato di interazione-osservazione**.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- **Formazione:**

La formazione specifica riguardante la gestione del dolore è determinante nel favorire l'outcome del paziente, riducendo significativamente la morbilità e la mortalità del paziente e di conseguenza i costi sociali e sanitari. La formazione deve avere, quindi, un obiettivo certo: migliorare la qualità di vita del paziente sia in fase acuta che cronica, con professionalità e dedizione .

La formazione specifica riguardante la gestione del dolore dovrà riguardare tutto il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e saranno articolati tenendo conto di tutte le U. O. presenti, del coinvolgimento delle singole U.O. con la problematica del dolore, iniziando la formazione da tutti quegli operatori coinvolti nell'assistenza / gestione dei pazienti con dolore cronico .

Deve avere carattere multidisciplinare ed interdisciplinare e coinvolgere contestualmente sia i medici che tutto il restante personale coinvolto nei processi assistenziali.

Questa fase sarà considerata una fase formativa di 1° livello.

La formazione di 2° livello sarà rivolta al personale sanitario che ha già sperimentato la formazione di 1° livello e garantirà continuità al processo avviato formativo, culturale e manageriale del dolore.

Sono stati istituiti Master di 1° e 2° livello concordati con l'Università.

Inoltre, a livello sperimentale, verranno proposti dei corsi sul management del dolore per gli ultimi anni di specializzazione nelle varie branche mediche, e nelle scuole per infermieri e fisioterapisti.

OBIETTIVO GENERALE DELLA FORMAZIONE

Obiettivo dei corsi sarà favorire la capacità sia di analizzare che di progettare la struttura organizzativa, per la realizzazione dell'ospedale senza dolore e per rendere l'organizzazione stessa la più flessibile possibile sia rispetto alle risorse umane , sia rispetto alle risorse materiali disponibili in ogni singola U.O..

- **Pronto Soccorso:**

Il "Dolore" rappresenta una frequente motivazione di ricorso al Pronto Soccorso e rende inaccettabile una lunga permanenza del paziente in sala d'attesa. Per meglio affrontare, quindi, il "problema del dolore in Pronto Soccorso sarà presentato all'attenzione del Comitato ospedale/ territorio senza dolore, un progetto sperimentale per la gestione del dolore acuto in P.S. e si inizierà a ragionare su un percorso diagnostico condiviso con i sanitari.

Criticità rilevate

Aspetti alberghieri e servizi alla persona

Nell'anno 2011, in tema di servizi di supporto di tipo alberghiero, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- revisione, in collaborazione per le parti di competenza col Servizio Medicina Preventiva Igiene Ospedaliera e sicurezza igienico sanitaria, delle procedure interne, delle istruzioni operative e delle check-list per la verifica e il controllo dei parametri contrattuali degli appalti sulla base delle principali criticità e non conformità emerse dai sopralluoghi a campione e dalle segnalazioni delle UU.OO. per i servizi di:
 - ristorazione per degenti;



- lavanoleggio;
 - pulizie e sanificazione;
 - logistica;
 - trasporto interno pazienti;
 - vigilanza.
- in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio e con la Direzione Servizio Assistenziale e il Servizio Medicina Preventiva Igiene Ospedaliera e sicurezza igienico sanitaria, individuazione di azioni per migliorare l'appropriatezza nell'erogazione dei servizi sopra elencati. A titolo esemplificativo, sono state migliorate le seguenti aree:
 - appropriatezza nella richiesta di pasti e altri generi alimentari per i degenti;
 - appropriatezza nella richiesta di pulizie straordinarie;
 - appropriatezza nella richiesta di trasporti per i pazienti, in particolare con riferimento alle richieste in urgenza;
 - programmazione di incontri periodici per l'analisi congiunta delle principali criticità;
 - lavanoleggio: sperimentazione divise non nominali;
 - pulizie: sperimentazione controllo decentrato in capo ai coordinatori infermieristici.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Sicurezza delle cure e qualità

Gestione del rischio

I principali obiettivi promossi a livello aziendale durante l'anno sono stati:

1. Progetto Regionale SOS.net Sale Operatorie Sicure;
2. Progetto Aziendale applicazione del braccialetto identificativo al paziente degente;
3. Strumenti di gestione del rischio (incident reporting, eventi sentinella) e banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi;
4. Gestione del contenzioso;
5. Raccomandazioni per la sicurezza - DGR 1706/2009;
6. Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA: segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SICHER e sorveglianza in terapia intensiva SITIER

Sul tema gestione del rischio, il Collegio di Direzione ha condiviso la strategia aziendale e la pianificazione delle attività progettuali annuali. In particolare, tramite le linee di indirizzo al budget 2011 sono state inserite le principali aree di interesse della gestione del rischio, peraltro previste dai riferimenti normativi regionali e nazionali. Nella successiva concertazione di budget sono stati meglio definiti e condivisi gli obiettivi annuali di dipartimento e di unità operativa.

Progetto Regionale SOS.net Sale Operatorie Sicure

Risultati raggiunti

1. Nel 2011 il progetto SOS.net, attivato in forma sperimentale alla fine dell'anno 2010, è stato esteso a tutte le Strutture di Chirurgia Generale e Specialistica dell'Azienda (21 Strutture).
2. nel corso del 2011, è stato predisposto un data base collegato al registro operatorio e nel secondo semestre del 2011 si è potuti passare da una modalità di inserimento centralizzata ad un inserimento delle Check list (A e B) svolto nelle singole unità operative. Tale modello organizzativo ha permesso l'invio dei dati, con cadenza trimestrale, all'AOU di Modena.
3. L'Azienda ha inoltre partecipato al monitoraggio regionale del Progetto SOS.net mediante la compilazione del questionario predisposto dal Ministero della Salute, relativo alla sicurezza in sala operatoria e sulla adozione della Surgical Safety Check List nei vari contesti regionali.

Il Progetto è stato attivamente promosso in ambito aziendale mediante specifici momenti di formazione: 6 incontri formativi con crediti ECM rivolti a cui hanno partecipato 427 professionisti.

Il Progetto è stato diffuso nel 2011 al 100% delle strutture di Chirurgia Generali e Specialistiche dell'Azienda.

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della checklist nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato. L'adesione delle Aziende al progetto SOS.net può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso il seguente indicatore: % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net



Nel 2011, anno di avvio del progetto, l'adesione all'utilizzo della Check list e quindi al database SOS.net è risultata, attraverso un'analisi condotta dall'ASSR sugli interventi eleggibili, del 26,3% (media regionale aziende ospedaliere e AUSL 16,4%).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

È stato predisposto un portale per la visualizzazione degli esiti delle schede SOS.net nelle varie chirurgie dell'Azienda al fine di permettere l'analisi delle Non Conformità e l'eventuale progettazione di azioni di miglioramento

Criticità rilevate

L'iniziale mancanza di integrazione del sistema SOS.net regionale con l'applicativo aziendale è stata risolta attraverso la creazione dello strumento di rilevazione sull'applicativo aziendale. La check list può essere adattata e semplificata per essere utilizzata anche nell'attività chirurgica ambulatoriale.

Note o approfondimenti

È attualmente in corso una valutazione dell'impatto dell'inserimento dello strumento di gestione del rischio (check list) nell'area chirurgica della cardiocirurgia rivolta a tutti gli operatori (medici, infermieri, anestesisti). Con l'indagine in corso, si vuole meglio comprendere la capacità dello strumento check-list di riuscire ad intercettare situazioni di potenziale rischio in una chirurgia di altissima specialità.

Progetto Aziendale applicazione del braccialetto identificativo al paziente degente

Risultati raggiunti

1. Nel 2011 è stato definito un Progetto aziendale tra la SSD Governo Clinico, gestione del rischio, il Servizio Assistenziale, il Coordinamento degli Staff e il Sistema Informativo Aziendale per la diffusione del braccialetto identificativo del paziente degente (prot. n. 22377 del 23/06/11). Si tratta di un braccialetto identificativo con i dati anagrafici personali e un codice a barre, che segue il paziente durante tutto il periodo di permanenza nella struttura e viene stampato dall'infermiere, in fase di accettazione, effettuando le relative procedure informatiche.
2. Il progetto ha previsto una prima estensione dell'utilizzo del braccialetto in tutte le UU.OO. del Dipartimento Chirurgico e in Rianimazione e successivamente in tutte le UU.OO. del Dipartimento Testa Collo.
3. Nel dicembre 2011 il progetto è stato esteso, in fase sperimentale, al Pronto Soccorso, con un avvio strutturato, dai primi giorni dell'anno 2012, per tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso (83.000 accessi/anno circa).

Il Progetto è stato realizzato grazie al coinvolgimento attivo dei Coordinatori delle UU.OO. coinvolte a cui è stata rivolta la formazione, in momenti d'aula suddivisi per dipartimento e momenti di formazione sul campo.

Il CCM Aziendale è stato sempre informato circa il significato di questo strumento della gestione del rischio e sullo stato di avanzamento del progetto stesso.

Il Progetto è stato diffuso ai Dipartimenti coprendo il 100% dei ricoveri in urgenza che accedono dal Pronto Soccorso dell'Azienda e il 55% dei ricoveri programmati.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2012 il progetto verrà esteso ai ricoveri programmati presenti nei restanti Dipartimenti dell'Azienda.

Il collegamento del braccialetto con il sistema RIS-PACS e il trasfusione permetterà di fornire un ulteriore strumento per la sicurezza dei pazienti degenti nel processo radiologico e nella trasfusione.

Criticità rilevate

Il braccialetto identificativo del paziente degente è generato dagli applicativi aziendali del ricovero ordinario. È allo studio il collegamento tra il barcode presente nel braccialetto identificativo con gli altri applicativi aziendali, in modo da migliorare ulteriormente la sicurezza dei processi diagnostici e terapeutici.

Note o approfondimenti

È attualmente in corso una valutazione dell'impatto dell'inserimento dello strumento di gestione del rischio (braccialetto identificativo del paziente degente) nel Dipartimento Neuroscienze. Con l'indagine in corso, rivolta al personale (medici, infermieri, tecnici, OSS) si vuole meglio comprendere la capacità dello strumento di riuscire ad intercettare situazioni di potenziale rischio in un Dipartimento in cui sono presenti aree di degenza di specialità chirurgica e di specialità internistica, ma anche comparto operatorio e diagnostica per immagini.

Strumenti di gestione del rischio (incident reporting, eventi sentinella) e banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi

Risultati raggiunti

L'Azienda, nel 2011, ha ricevuto le schede di segnalazione volontaria (Incident Reporting), di cui il 20%



sono state schede di anestesia e l'80% schede generali; tali schede, dopo l'analisi e la gestione con le UU.OO. sono state tutte inserite nel Data Base regionale.

La SSD Governo clinico, gestione del rischio ha supportato le UU.OO. oltre che nella compilazione corretta di tale strumento, nell'analisi del caso e nell'attivazione delle azioni di miglioramento. Contemporaneamente, in linea con le nuove indicazioni regionali, è stato sperimentato un data base aziendale, in cui sono presenti anche i campi relativi alla mappatura del rischio (rischi tecnologici, ambientali e clinici).

È stato definito e ufficializzato il percorso operativo aziendale relativo agli Incident Reporting e, per favorire la comunicazione con le UU.OO., è stato strutturato uno strumento di comunicazione nell'area Gestione del rischio denominato "Come fare per" finalizzato a semplificare la comunicazione interna con gli operatori in tema di sicurezza. Gli argomenti trattati sono stati: Omonimia, Incident Reporting, SOS.net.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Nel corso del 2012 sono progettati interventi di formazione/informazione e lavoro di gruppo rivolti ai professionisti al fine di rinforzare il concetto della segnalazione come primo momento delle successive azioni di miglioramento.

Criticità rilevate
La diffusione delle azioni di miglioramento, messe in atto nelle realtà organizzative, può trovare un momento di diffusione aziendale finalizzato a condividere nuovi strumenti per migliorare la sicurezza delle prestazioni

Note o approfondimenti

A seguito di un evento mediatico relativo alla dimissione non corretta di un paziente fragile, la SSD ha strutturato con i professionisti interessati una nuova check list per supportare i professionisti stessi, con uno strumento della gestione del rischio, atto a verificare che tutti gli adempimenti siano stati effettuati (procedura "Dimissione protetta dei pazienti Fragili") nonché a rilevare in modo strutturato le eventuali non conformità.

Gestione del contenzioso

Risultati raggiunti

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.

Ai fini della cogestione assicurativa del contenzioso, 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.

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

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.

La capacità dell'Azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel database regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due semplici indicatori:

1. % di missing (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;
2. % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Nel 2011 l'adesione all'utilizzo del data base del contenzioso è risultata, attraverso un'analisi condotta dall'ASSR la seguente:

Adesione a database contenzioso e SIMES - 1: 22% missing (per item di interesse) - rif. media regionale 7,6%,

Adesione a database contenzioso e SIMES - 2: 5,6 % chiusura dei sinistri eligibili (media regionale 4,6%).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Criticità rilevate

Note o approfondimenti

L'Azienda, attraverso il Settore Medico Legale, prosegue la partecipazione 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 consentono anche di mappare meglio la sinistrosità aziendale in termini di frequenza, gravità e luogo di occorrenza. L'implementazione informativa è attivata al pervenimento di una specifica richiesta risarcitoria e costantemente aggiornata in rapporto all'iter istruttorio – risarcitorio sino alla conclusione della specifica vicenda.

Raccomandazioni per la sicurezza - DGR 1706/2009

Risultati raggiunti

Nel corso del 2011, al fine di implementare in Azienda le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali (D.G.R. 1706/2009) in tema di gestione del rischio, sono stati attivati gruppi di lavoro multiprofessionali finalizzati alla redazione / aggiornamento delle specifiche procedure e la loro diffusione, secondo modalità orientate alla crescita della cultura della prevenzione dei rischi.

In particolare si riportano i principali gruppi di lavoro attivati in Azienda:

- Identificazione del paziente e del sito di intervento: la procedura aziendale è stata redatta, validata e diffusa;
- Conteggio delle garze: la procedura aziendale è stata redatta, validata e diffusa;
- Prevenzione del suicidio e tentato suicidio: la procedura aziendale è stata redatta, validata ed è in corso di diffusione, si sta progettando un evento formativo rivolto ai professionisti dell'azienda;
- Eventi critici (mediatici e sentinella): la procedura aziendale è stata redatta ed è in corso di validazione;
- Identificazione paziente: l'aggiornamento della procedura aziendale è in corso di validazione;
- Profilassi antitromboembolica: l'aggiornamento della procedura aziendale è in corso di validazione;
- Prevenzione del rischio cadute: l'aggiornamento della procedura aziendale è in corso di validazione e si sta progettando un evento formativo rivolto ai professionisti dell'azienda;
- RIS/PACS: definizione del Gruppo di lavoro Aziendale, coordinato dal Servizio Ingegneria Clinica per l'implementazione delle attività correlate alla sicurezza dei Sistemi RIS/PACS;
- Foglio Unico di Terapia: aggiornamento e standardizzazione.

L'Azienda, nel corso del 2011, come da indicazioni regionali, ha condotto controlli specifici inerenti la corretta compilazione su un campione di cartelle cliniche, provvedendo anche al contestuale addestramento all'uso delle schede di valutazione proposte nel richiamato D.G.R. 1706/2009 del personale sanitario delle singole UU.OO. visitate.

Su tale argomento sono state rese fruibili, attraverso la rete Intranet aziendale, specifiche Linee Guida inerenti la corretta gestione della cartella clinica, mutate dal DGR 1706/2009.

Sono stati realizzati specifici eventi formativi inerenti la corretta gestione delle cartelle cliniche, la corretta applicazione della normativa privacy in ambito ospedaliero sia, infine, aspetti medico legali specifici (ad esempio contenzione, consenso informato, eccetera).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Criticità rilevate

Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA: segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SICHER e sorveglianza in terapia intensiva SITIER-

Segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella

Il controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive, provenienti dalle singole Unità Operative e delle segnalazioni di microrganismi "sentinella" (alert organism) inviate dal laboratorio di Microbiologia, prevista dalla Delibera della Giunta Regionale n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nella Strutture Sanitarie", rappresenta uno dei punti cardine nella gestione del rischio infettivo correlato ai processi assistenziali, essenzialmente finalizzato a perseguire i seguenti obiettivi:

- sorvegliare gli eventi infettivi, gli eventi epidemici e gli eventi sentinella, in ambito nosocomiale,
- prevenire/controllare la diffusione dei microrganismi, con particolare riguardo ai ceppi multifarmaco-resistenti o epidemiologicamente importanti, tramite la tempestiva messa in atto delle misure di controllo, garantendo quindi la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e degli operatori,
- attivare i servizi territoriali preposti, per le opportune considerazioni epidemiologiche e gli eventuali interventi preventivi post-esposizione.



<p>Risultati raggiunti</p> <p>Il monitoraggio ha riguardato la raccolta e l'analisi, tramite database dedicato, di circa 1000 segnalazioni di malattia infettiva (accertata/sospetta) e di oltre 2000 segnalazioni di isolamenti di microrganismi "sentinella", trasmesse sistematicamente dal Laboratorio di Microbiologia.</p> <p>La sorveglianza ha consentito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mantenere aggiornata la "mappatura", in ambito locale, della diffusione delle patologie infettive e dei microrganismi multidrug resistant (MDR), • verificare costantemente l'andamento del fenomeno, in modo da intercettare tempestivamente eventuali aumenti significativi d'incidenza in un breve arco temporale, al fine di predisporre specifiche misure di controllo, volte al contenimento dello stesso, • inviare con cadenza semestrale, a tutte le UU.OO. aziendali, i report riepilogativi delle segnalazioni di MDR, al fine di agevolare le opportune valutazioni a carattere clinico ed epidemiologico, • realizzare specifici <i>audit</i> clinici, con lo scopo di verificare la corretta applicazione delle misure assistenziali previste per ogni caso di specie, promuovendo, ove necessario, eventuali azioni di miglioramento rispetto alle eventuali "non conformità" riscontrate. 	
<p>Interventi in fase di sviluppo o in corso</p> <p>Si ritiene opportuno segnalare la partecipazione alle attività correlate alla realizzazione dei seguenti programmi regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sorveglianza delle Malattie a Trasmissione Sessuale</i>, che ha previsto l'invio dei dati, richiesti tramite apposito questionario conoscitivo, relativi all'organizzazione interna di ogni struttura sanitaria rispetto all'attività di diagnosi e cura delle malattie in questione. • <i>SMI - Sorveglianza Malattie Infettive</i>: introduzione ed implementazione del nuovo sistema informativo regionale delle malattie infettive. Sono in fase di svolgimento le attività di formazione dei Referenti identificati in ambito aziendale, che avranno il compito sia di collaborare alla realizzazione della formazione aziendale degli utenti individuati, sia di garantire la completezza e la qualità dei dati inseriti, in particolare di verificare le informazioni trasmesse e l'integrazione dei dati mancanti. Dopo una prima fase di sperimentazione, il sistema dovrebbe essere operativo nei prossimi mesi. 	<p>Criticità rilevate</p>

Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza - PROGETTO SICHER - (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nella regione Emilia-Romagna)

<p>La Regione Emilia Romagna, tramite l'Agenzia Sanitaria e Sociale, ha sviluppato un sistema di sorveglianza permanente delle infezioni del sito chirurgico (SICHER) nelle strutture sanitarie della Regione, a cui l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma ha aderito, implementandolo al proprio interno, tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formazione degli operatori sanitari afferenti alle varie UU.OO. Chirurgiche, con particolare riguardo alle Chirurgie Generali, Ortopedia, Cardiochirurgia e Materno Infantile • l'avvio della sorveglianza: al fine di consentire un graduale inserimento del sistema di sorveglianza nella pratica assistenziale e promuovere la qualità dei dati raccolti, è iniziata una fase pilota, che ha visto l'arruolamento nello studio dei seguenti interventi: <ul style="list-style-type: none"> ✓ sostituzione totale dell'anca elettivo, non traumatico, (ICD-9 81.51), con un periodo di follow-up previsto per intervento protesico a 365 gg. ✓ quadrantectomia (ICD-9 85.22 - 40.11 - 40.23), per le chirurgie generali, con periodo di follow-up previsto a 30 giorni.
--



Risultati raggiunti

Il progetto formativo ha previsto la realizzazione, per ciascuna area specialistica, di un corso della durata di 6.30 ore complessive, suddiviso in due sessioni: una sessione plenaria, dedicata alla formazione generale in tema di infezioni del sito chirurgico e all'introduzione del protocollo di studio e una sessione specialistica, dedicata alla definizione del percorso di sorveglianza interno a ciascuna Unità Operativa coinvolta. Il corso ha visto coinvolti 387 Professionisti, così suddivisi:

	Direttore Dipartimento	Medici	RAD	Infermieri/Coordinatori	Ostetriche	Medici Specializzandi	Altre figure
Chirurgia Generali*	1	22	1	122		12	
Ortopedia@		10		68		--	2 Ausiliarie
Cardiochirurgia#		8		60		3	1 Tec. Fisiopat. Cardiocircolatoria
Materno Infantile^^		2	1	31	37	4	2 OTA/OSS
Totali	1	42	2	281	37	19	5

Note:

- **Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, Perimed Chirurgico, Area Ambulatoriale Chirurgica, Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo, Day Surgery, Urologia, Degenza Breve Chirurgica** (personale afferente ai Reparti di Degenza, Comparto Operatorio, Area Ambulatoriale - prericovero, perimed, ecc.)
- **@ Ortopedia, Clinica Ortopedica** (afferenti ai Reparti di Degenza, Comparto Operatorio, Area Ambulatoriale - prericovero, accettazione ortopedica, ecc.)
- **# Cardiochirurgia** Terapia Intensiva, Ambulatori, Degenza, Comparto Operatorio
- ^^ **Ostetricia, Ginecologia, Day Surgery, Comparto Operatorio, Sala Parto, Chirurgia Infantile** (afferenti ai Reparti di Degenza, Comparto Operatorio, Area Ambulatoriale (prericovero, accettazione, ecc.)

Gli interventi sorvegliati nel 2011 sono stati: 64 Protesi Totale Anca (PTA) e 180 Quadrantectomie. I dati sono stati inviati per la necessaria elaborazione, all'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna, secondo i flussi informativi definiti dal Protocollo generale, pertanto nel corso del 2012 saranno disponibili i primi Report.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'attività di sorveglianza delle infezioni, in linea con gli obiettivi previsti dalla RER, deve divenire progressivamente attività di routine in tutti i Reparti di Chirurgia Generale e Specialistica.

Sono in via di definizione, congiuntamente con i Referenti Regionali, gli interventi da sorvegliare in Cardiochirurgia, Chirurgia Infantile ed Ostetricia-Ginecologia, per iniziare la fase pilota, nonché gli interventi a maggiore impatto sull'attività svolta nelle Chirurgie Generali ed Ortopedia.

Quale progetto trasversale complementare, è attualmente in via di sviluppo, con la collaborazione del Sistema Informativo Aziendale, uno specifico software per la rilevazione delle Infezioni del Sito Chirurgico, inserito quale interfaccia operativa nel Registro Operatorio, che ha lo scopo di agevolare i Professionisti coinvolti nella rilevazione dei dati utili alla sorveglianza, diminuendo contestualmente la possibilità di errori durante l'immissione dei dati stessi.

Criticità rilevate

Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Il piano regionale di prevenzione 2010-2012 sottolinea e conferma la necessità che le strutture sanitarie consolidino programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in ambito nosocomiale, esplicitando specifici obiettivi riguardanti diverse tematiche: programmi di gestione del rischio, attività di sorveglianza, progetti aziendali mirati a promuovere la sicurezza in aree critiche (igiene delle mani, precauzioni d'isolamento, profilassi antibiotica perioperatoria, eccetera).

Risultati raggiunti

- Attività del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) aziendale: sono state trattate le tematiche di maggior rilievo e che richiedevano una valutazione collegiale (strategie di attuazione, condivisione di percorsi e procedure, ecc.) rispetto alle azioni da intraprendere. Le problematiche affrontate hanno riguardato, tra l'altro, l'analisi del fenomeno emergente degli EPC (Enterobatteri produttori di Carbapenemasi), la campagna vaccinale antinfluenzale, la gestione del rischio tubercolare in azienda, l'antibiotico profilassi in ambito chirurgico.
- Costituzione di una rete aziendale di Professionisti: un Referente Medico ed uno Infermieristico, incaricati di collaborare alla realizzazione delle iniziative interne in tema di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA, sviluppate a livello locale.
- Nell'anno 2011, l'Azienda Ospedaliera di Parma ha aderito al programma di sorveglianza coordinato dalla RER, che prevede la realizzazione dello studio "European Point Prevalence Survey", proposto



dall'ECDC, che ha lo scopo di stimare la prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza e l'uso degli antimicrobici negli ospedali per acuti.

- Nell'ambito dello sviluppo locale dello studio di prevalenza regionale sulle Infezioni Correlate all'Assistenza negli ospedali per acuti, nel mese di giugno l'Azienda ha partecipato alla giornata di formazione sul protocollo di studio, destinata al personale che eseguirà le rilevazioni sul campo. L'evento, organizzato dai Referenti Regionali dell'Agenzia Sanitaria – Area Rischio Infettivo, ha previsto una parte di formazione teorica ed una di esercitazione pratica, in modo da testare punti di forza e criticità del Protocollo di Studio.
- Nelle Terapie Intensive aziendali, è inoltre proseguita la partecipazione al Progetto Regionale "Monitoraggio delle Infezioni in reparti a rischio - SiTIER – Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva". Alcune UTI, tra cui 1^a e 2^a Anestesia e Rianimazione, partecipano da anni alla sorveglianza, attraverso il Progetto GiViTi - Gruppo Italiano di Valutazione degli Interventi in TI - Margherita, petalo infezioni, coordinato dall'Istituto Mario Negri, che riconosce come obiettivo primario la raccolta sistematica dei dati, tramite programma informatico Margherita Due, per la valutazione continua della performance delle TI. Alla realizzazione del Dossier 203/2011 – "Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva", pubblicazione a cura dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, realizzata da un gruppo di lavoro costituito da 49 infermieri che operano in diverse UO di Terapia Intensiva della RER, hanno partecipato 3 Professionisti afferenti alla nostra Azienda. Nel documento sono state identificate e descritte diverse pratiche di controllo delle infezioni e rappresenta uno strumento d'implementazione sia delle buone pratiche infermieristiche basate sull'evidence based medicine e sull'evidence based nursing, sia degli audit clinico-assistenziali per il monitoraggio di tali pratiche, ai fini della prevenzione e controllo delle infezioni nei pazienti ricoverati in TI.
- I Reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le TI, sono state oggetto di specifiche verifiche al fine di monitorare le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale, l'adeguatezza delle procedure in essere ed il rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dei locali
- E' stato dato ampio risalto a livello aziendale ed è disponibile e consultabile il documento "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza". La pubblicazione contiene indicazioni specifiche sulle misure di base per il controllo delle ICA, da adottare nella pratica assistenziale. Rappresenta un'integrazione ai documenti aziendali in essere ed è un valido strumento per eventuali approfondimenti su temi inerenti la prevenzione, trasversali ai vari ambiti di cura ed assistenza utilizzabile per l'eventuale realizzazione/revisione di protocolli/istruzioni operative interne alle UU.OO.
- Nell'ambito della prevenzione delle infezioni della basse vie urinarie, ad integrazione del Dossier 190/2010 della Regione Emilia Romagna – Area Rischio Infettivo, sono state diffuse le seguenti Guide Rapide, che contengono una sintesi delle raccomandazioni contenute nel precitato dossier, riguardanti: 1) Infezioni delle basse vie urinarie nell'uomo; 2) Infezioni delle basse vie urinarie nel portatore di catetere vescicale; 3) Infezioni delle basse vie urinarie nella donna in gravidanza; 4) Infezioni delle basse vie urinarie nella donna non in gravidanza.
- Sul tema dell'appropriatezza della somministrazione della profilassi antibiotica in chirurgia, con la collaborazione di alcuni Professionisti interni (Infettivologo, Farmacista), sono stati realizzati specifici audit che hanno valutato l'impiego di antibiotico-profilassi nelle Unità Operativa Chirurgiche. Recentemente (settembre 2011) è stato pubblicato dal Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG, l'aggiornamento del documento - Antibiotico-profilassi perioperatoria nell'Adulto - reso consultabile agli operatori sanitari, ed oggetto di specifica seduta del CIO Aziendale, ai fini di individuare le strategie in merito alla verifica, aggiornamento e diffusione delle linee guida interne, che tengano conto sia delle nuove evidenze scientifiche, sia delle specificità aziendali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Per quanto riguarda lo studio di prevalenza regionale è attualmente in fase di sviluppo la pianificazione della rilevazione dati a livello locale, che avverrà nei mesi di Ottobre/Novembre 2012 e coinvolgerà tutte le UU.OO. aziendali.
- In tale contesto, nel prossimo mese di giugno, a cura dell'ASSR, avrà luogo la fase di formazione/addestramento di alcuni referenti aziendali. Questi ultimi si attiveranno successivamente a livello locale con un progetto di formazione dei rilevatori utili alla realizzazione dell'indagine, nei termini indicati dal progetto di sorveglianza.
- Al fine di promuovere una corretta politica degli antibiotici, è stato costituito, un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da Medici strutturati afferenti a diverse UU.OO., che avranno il compito di revisionare le Linee Guida Aziendali.

Criticità rilevate



Rischio infettivo e sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

Prevenzione e controllo del rischio infettivo

In linea con le indicazioni contenute nel Piano della Prevenzione Regionale 2010-2012 sono proseguiti a livello aziendale le iniziative volte allo sviluppo di vari progetti, già attivi da alcuni anni:

- Progetto LASER – Lotta alla Sepsis in Emilia-Romagna
- Progetto "Reprocessing degli Endoscopi" - Prevenzione e controllo delle infezioni in Endoscopia

Risultati raggiunti

Progetto regionale LASER: è stata fornita piena collaborazione ai Referenti regionali nella realizzazione dello studio "Strategie efficaci a ridurre la mortalità per sepsi", messo a punto dall'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, con l'intento di verificare se il progetto LASER, ha prodotto un effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza prestata ai pazienti affetti da sepsi.

Progetto regionale "Reprocessing degli Endoscopi": sono stati trasmessi gli esiti delle rilevazioni effettuate nelle Unità Operative aziendali coinvolte nella realizzazione dell'audit clinico regionale che ha interessato le Endoscopie Digestive e Respiratorie di I e II livello lo scorso anno.

Al fine di migliorare l'aderenza alle indicazioni contenute nel documento di riferimento regionale ed alle più recenti linee guida sul tema, in tutte le Unità Operative coinvolte nell'audit, sono stati creati appositi gruppi di lavoro ed è iniziato un progetto di formazione sul campo che prevede la realizzazione/aggiornamento dei protocolli e istruzioni operative riguardanti il reprocessing degli endoscopi.

A seguito dei sopralluoghi effettuati per la verifica delle modalità operative di gestione degli endoscopi, si è provveduto a richiedere, sia l'acquisizione di eventuale attrezzatura mancante (armadi per endoscopi, contenitori di trasporto, ecc.), sia la sostituzione dei dispositivi ritenuti "non conformi".

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Progetto LASER

- In funzione degli esiti dell'indagine, tutt'ora in corso, verranno definiti i successivi sviluppi e le eventuali strategie che l'Azienda Ospedaliera, riterrà opportuno intraprendere, al fine della prosecuzione del progetto a livello locale.
- Nel frattempo, considerato il continuo ricambio di personale e gli eventuali aggiornamenti effettuati alle linee guida *Surviving Sepsis Campaign*, per mantenere viva l'attenzione dei Professionisti sulla Lotta alla Sepsis, si prevede di riproporre un corso di aggiornamento interno, richiamando i Professionisti sull'importanza del monitoraggio di tali eventi avversi (scheda rilevazione specifica) e di una corretta gestione clinico-assistenziale del paziente settico (tempestivo riconoscimento e trattamento efficace).

Progetto Reprocessing degli Endoscopi

È prevista la realizzazione di *audit*, nelle Unità Operative che effettuano endoscopie (Comparti Operatori, Terapie Intensive, eccetera), al fine di verificare la conformità delle modalità di ricondizionamento della strumentazione.

Criticità rilevate

La diffusione di linee guida e la realizzazione di procedure condivise, al fine di uniformare i comportamenti, tra le varie figure professionali coinvolte nei processi clinico-assistenziali, rimane obiettivo prioritario.

Risultati raggiunti

L'antisepsi e la disinfezione in ospedale rappresentano momenti fondamentali di una buona pratica sanitaria, in tale contesto è stata diffusa, ad integrazione dei documenti aziendali già disponibili, la nuova Guida Regionale "MeMo 6 Antisepsi e disinfezione in ambito sanitario e socio-sanitario", pubblicata a cura dell'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, in modo da favorire la diffusione dei principi fondamentali in tema di igiene e disinfezione, aggiornate sulla base delle più recenti e autorevoli prove di efficacia.

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

- esaminare i prodotti disponibili nella Gara Intercent-ER, al fine di intraprendere una politica corretta sull'uso razionale dei prodotti presenti in ambito aziendale, con innegabili ripercussioni sia



nel campo della prevenzione delle infezioni, sia della sicurezza, sia in termini di contenimento dell'impegno economico. Sono inoltre state fornite specifiche indicazioni ai Reparti rispetto alle nuove molecole disponibili e alle relative indicazioni d'impiego.

- valutare le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti chimici (acido peracetico, ortoftalaldeide, ecc.) presenti nella gara Intercent-ER da impiegare in alternativa alla glutaraldeide 2%, sostanza ancora utilizzata ma in modo residuale, per la disinfezione di alcune attrezzature endoscopiche in dotazione a livello aziendale, a tutela sia del mantenimento di idonei standard di sicurezza igienica dei dispositivi trattati, sia degli aspetti di sicurezza ambientale legate all'impiego di sostanze chimiche.
- introdurre nella pratica assistenziale i pannetti preinumiditi di ipoclorito di sodio 0,1% (1000 ppm cloro disponibile) pronte all'uso, utili per la decontaminazione dell'attrezzatura per dialisi nelle aree ad elevata intensità di cura, questo al fine di garantire un'efficace intervento di decontaminazione e la sicurezza igienica tra un impiego ed il successivo, nell'ottica di prevenzione del rischio infettivo correlato al contenimento della diffusione dei microrganismi multifarmacoresistenti.

In tema di sterilizzazione del materiale ad uso ospedaliero, ad integrazione della procedura aziendale in essere, è stata diffusa la Guida Regionale "MeMo 5 *La sterilizzazione in ambito sanitario e socio sanitario*", realizzata da un gruppo di lavoro coordinato dall'ASSR e a cui la nostra Azienda ha partecipato, che affronta una tematica sempre attuale e di fondamentale importanza in termini di prevenzione del rischio infettivo quale la corretta gestione dei dispositivi medici riutilizzabili, da sottoporre a processo di sterilizzazione.

In conformità con quanto previsto in tema di igiene e sicurezza degli alimenti, nell'ambito della realizzazione del Nuovo Ospedale di Bambini, è stata realizzata la valutazione igienica degli aspetti riguardanti il progetto di collocare il Servizio Lattario, in appositi spazi individuati all'interno del nuovo polo specialistico pediatrico. Il Servizio Lattario, infatti, riveste un ruolo di importanza fondamentale per l'attività di preparazione dei pasti destinati a lattanti e divezzi, a tutela degli aspetti igienici e di sicurezza, legati ad una corretta alimentazione dei piccoli pazienti ospiti della struttura sanitaria.

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.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- In tema di antisepsi e disinfezione, in stretta collaborazione con il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, è prevista una revisione del materiale informativo destinato agli utilizzatori, in cui siano contenute le indicazioni d'uso dei principi attivi impiegati in ospedale, in modo da favorirne il corretto impiego.
- È stata prevista la conduzione di *audit* nei reparti sul tema sterilizzazione, in modo da verificare la corretta gestione dei dispositivi medici e le procedure di ricondizionamento in essere.
- Entrambe le tematiche saranno oggetto di attività di formazione/aggiornamento, ai fini di migliorare le conoscenze, uniformare e comportamenti degli operatori sanitari, riducendo/annullando le "non conformità".

Criticità rilevate

Prevenzione del rischio infettivo e qualità delle cure

Progetto "Clean care is safety care" – Mani pulite sono mani sicure

Da alcuni anni l'OMS promuove una campagna mondiale "*Global Patient Safety Challenge*", sostenuta anche dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni, con l'obiettivo specifico di ridurre le infezioni correlate all'assistenza, principalmente attraverso la promozione della corretta igiene delle mani "*Clean Care is Safer Care*", in quanto ritenuta da tutta la letteratura di riferimento, misura di sicura efficacia per la prevenzione della trasmissione di potenziali patogeni durante i processi clinico-assistenziali.



Risultati raggiunti

L'Azienda Ospedaliera di Parma ha aderito a tale campagna, con l'obiettivo di promuovere l'igiene delle mani fra tutti i Professionisti sanitari, tramite iniziative di miglioramento per favorire l'adesione a tale pratica:

- Sono state divulgate, anche tramite la pubblicazione sulla rete intranet aziendale, le ultime indicazioni dell'OMS e della RER:
 - Brochure riassuntiva "Igiene delle mani: quando come e perché",
 - "Memo 7 - Igiene delle mani".
- È stata condotta, anche quest'anno, un'indagine osservazionale sulla *compliance* dell'igiene delle mani che tenga conto della situazione "prima del contatto con il paziente", secondo la metodologia messa a punto dall'OMS, all'interno delle Terapie Intensive.
I dati della rilevazione, riferita alle varie figure sanitarie (Medici, Infermieri, OSS, Tecnici, eccetera), sono stati trasmessi ai Referenti delle Unità Operative coinvolte, in modo da agevolare le opportune valutazioni clinico-assistenziali e, ove necessario, adottare idonee misure correttive.
Il raffronto delle rilevazioni condotte negli ultimi anni, evidenzia un netto incremento dell'adesione a tale procedura, a dimostrazione che le attività di promozione messe in atto, sono state efficaci.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Per indurre il cambiamento nei Professionisti, occorre proseguire con azioni a sostegno di tale importante misura preventiva. Oltre a quelle previste dai canali istituzionali (OMS, Ministero della Salute, Agenzia Sanitaria e Sociale RER), proseguiranno gli *audit* interni, che coinvolgeranno tutte le Terapie Intensive e alcuni Reparti di degenza, in modo da monitorare l'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari e programmare ove necessario, interventi di miglioramento.

L'attività di formazione sul tema igiene delle mani è, da anni, ricompresa nell'ambito dei vari interventi di formazione programmati, essendo essa misura preventiva trasversale in tutti i processi clinico-assistenziali.

Criticità rilevate

Prevenzione e controllo del rischio infettivo da legionella in ospedale

Le infezioni da *Legionella spp.* rappresentano un tema di sanità pubblica emergente, tanto da essere sottoposte a sistemi di sorveglianza sia internazionali (OMS, EWGLI) sia nazionali (Istituto Superiore di Sanità).

L'obiettivo fondamentale, in tema di prevenzione del rischio Legionellosi in ospedale, è quello di assicurare adeguati standard di sicurezza igienica agli utenti ricoverati, attraverso:

- il monitoraggio microbiologico della rete idrica aziendale,
- la predisposizione di eventuali interventi di bonifica degli impianti idrici in caso di riscontro di "non conformità",
- l'acquisizione di filtri antibatterici per terminali idrici per le strutture aziendali censite a maggior rischio.

Risultati raggiunti

In linea con le Linee Guida Regionali di riferimento, così come previsto dal programma di controllo della Legionellosi in vigore, redatto sulla scorta del documento aziendale "Valutazione del rischio da *Legionella* per tutte le Unità Operative aziendali", si è provveduto a:

- coordinare il Gruppo Multidisciplinare Gestione Rischio Legionella Aziendale, che, nell'ultimo anno, si è riunito in tre occasioni, al fine di valutare l'attività svolta in materia di prevenzione e controllo del fenomeno;
- effettuare la sorveglianza e il controllo di tutte le polmoniti, attraverso il monitoraggio prospettico dell'incidenza delle polmoniti sostenute da *Legionella spp.*, promuovendo la diagnosi differenziale per Legionellosi, tramite la ricerca dell'antigene urinario e degli anticorpi specifici, vigilando contestualmente sulla comparsa di polmoniti ad insorgenza nosocomiale;
- predisporre l'aggiornamento della valutazione del rischio dei diversi padiglioni ospedalieri, con particolare riguardo alle strutture di nuova attivazione;
- pianificare e coordinare l'esecuzione delle indagini microbiologiche sull'acqua di rete del sistema idrico aziendale, intervenendo, in caso di "non conformità", con interventi di disinfezione mirati alla bonifica degli impianti;
- aggiornare la procedura di flussaggio dei terminali idrici aziendali, attività supportata sia dalla letteratura di riferimento, sia dagli Organi di Vigilanza, quale intervento di fondamentale importanza per la prevenzione delle infezioni da *Legionella spp.*;
- organizzare, con il Servizio Attività Tecniche e Logistiche Aziendale, il convegno "Prevenzione Legionellosi - Il Case-Study dell'Ospedale Maggiore di Parma", svoltosi in data 22 novembre 2011, con lo scopo di approfondire e discutere gli ultimi aggiornamenti legislativi e tecnici nella



prevenzione della Legionellosi, condividendo contestualmente, un'esperienza importante e impegnativa, maturata in anni di attività di prevenzione e controllo all'interno dell'Azienda.

Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi

Nell'ambito della sorveglianza dei microrganismi sentinella, nel 2011 si è assistito ad un progressivo incremento di specie Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (EPC), in particolar modo delle *Klebsiella pneumoniae* produttori di carbapenemasi (KCP). Tale fenomeno, così come sottolineato anche dall'Area Rischio Infettivo dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha riguardato gran parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della regione, tanto da essere oggetto della pubblicazione di specifiche linee guida di riferimento, al fine di agevolare l'implementazione di misure di prevenzione, sorveglianza e controllo, contenendone la diffusione.

Risultati raggiunti

In piena sintonia con il Documento regionale PG/2011/166892 del 8 Luglio 2011 "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie", si è provveduto a:

- istituire a livello aziendale un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare di Coordinamento EPC, con il fine di aggiornare e sorvegliare la contingenza ed implementare le misure di prevenzione;
- predisporre e divulgare a tutte le UU.OO. precise istruzioni operative per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti dai microrganismi in questione;
- pianificare eventi formativi/informativi specifici, rivolti a tutti i Professionisti, con l'obiettivo di diffondere le conoscenze e gli strumenti per il precoce riconoscimento ed il corretto trattamento di questi pazienti;
- promuovere incontri specifici, con i Collegi dei Dipartimenti per condividere e concordare con tutti i Direttori e Coordinatori coinvolti nei processi clinico-assistenziali, l'applicazione pratica delle linee guida regionali. Quest'ultimo percorso si è sviluppato in 5 incontri, a cui hanno partecipato 126 Professionisti;
- organizzare, d'intesa con l'Università degli Studi di Parma, incontri specifici con i Professionisti in Formazione delle diverse Specialità per illustrare le più opportune e corrette modalità clinico-assistenziali;
- predisporre la sorveglianza attiva dei pazienti rispondenti alla definizione di "caso";
- eseguire sopralluoghi mirati, per monitorare la corretta applicazione delle misure di isolamento;
- predisporre una capillare informazione dell'Utenza con appositi opuscoli informativi;
- concordare con l'AUSL di Parma, percorsi appropriati per la dimissione protetta sia dei pazienti colonizzati che infetti;
- trasmettere con cadenza mensile, i dati relativi agli EPC alla Regione Emilia Romagna - Area Rischio Infettivo, secondo i canali informativi previsti dal documento regionale;
- fornire alle Ditte titolari dei principali servizi in gestione appaltata (pulizia, trasporto, logistica, ecc.), le indicazioni specifiche per la gestione delle attività correlate a tali pazienti;
- creare un Reparto contumaciale d'isolamento ove assistere in maniera ottimale i pazienti infetti: quest'ultima misura ha permesso di invertire il trend infettivo in aumento, riconducendolo sotto controllo.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'implementazione delle misure di controllo dei CPE (Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi) continua ad essere attività prioritaria per ASSR.

In relazione ai dati di incidenza del fenomeno riscontrate in determinate aree, sono state selezionate sei Strutture Sanitarie della Regione, tra cui l'Azienda Ospedaliera di Parma, che collaboreranno alla raccolta ed invio di informazioni più dettagliate riguardo i seguenti aspetti:

- implementazione delle precauzioni da contatto,
- informazioni aggiuntive su pazienti infetti/colonizzati da CPE, in modo da distinguere i casi nuovi da quelli già noti e i casi importati rispetto a quelli di probabile acquisizione in corso di ricovero.

Criticità rilevate

Note o approfondimenti

La problematica in questione è attentamente monitorata a livello regionale e, in attesa di acquisire dati epidemiologici sufficienti a descrivere nel dettaglio l'andamento del fenomeno, permane argomento aperto in progress.



Prevenzione del rischio infettivo – sicurezza igienica ambientale

L'igiene e la sicurezza degli ambienti in cui vengono effettuate prestazioni sanitarie rappresentano requisiti irrinunciabili per le aziende. L'ambiente, le superfici, l'aria e l'acqua sono tutti fattori che devono essere attentamente monitorati negli ambienti di ricovero e cura dei pazienti e valutati in base alla criticità (immunodepressi/immunocompetenti) degli utenti ivi trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale (CO, Terapia Intensiva, etc), al fine di rispettare gli standard richiesti dalla letteratura e dalle linee guida di riferimento per la prevenzione del rischio infettivo. Le attività sviluppate si articolano in modo costante e devono rispondere alle continue esigenze e variazioni strutturali ed organizzative, che intervengono all'interno dell'area ospedaliera, soprattutto legate al sorgere di nuove strutture sanitarie, Unità Operative, Servizi.

Risultati raggiunti

- **Monitoraggio microbiologico ambientale delle aree ad alto rischio**

Sulla scorta delle normative e delle linee guida di riferimento, è proseguita l'attività di pianificazione e coordinamento dell'esecuzione dei monitoraggi ambientali sia di tipo particellare, che microbiologico, nelle aree ad alto rischio aziendali, quali i blocchi operatori, il Centro Ustioni, il CTMO, l'UMaCA e la Centrale di Sterilizzazione.

Tali verifiche consentono di valutare vari aspetti tra cui il buon funzionamento degli impianti di ventilazione dei locali, l'adeguatezza delle modalità comportamentali adottate dai Professionisti, nonché la corretta applicazione dei protocolli di sanificazione e sanitizzazione ambientale predisposti per ciascuna area.

- **Verifiche igieniche**

Nel 2011 si sono svolte numerose verifiche, a cura degli organi competenti, volte ad ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Sanitarie aziendali. In tale ottica l'attività di controllo ha assunto particolare importanza in quanto ha garantito la presenza di condizioni igieniche appropriate per l'ottenimento delle certificazioni richieste.

Il programma di intervento si è sviluppato attraverso: la verifica e il mantenimento del controllo degli aspetti igienico preventivi di maggiore criticità negli ambienti assistenziali ed in particolare in quelli ad alto rischio (comparti operatori, terapie intensive); la realizzazione, ove necessario, in caso di "non conformità", di immediati interventi correttivi; lo sviluppo di interventi informativi/formativi del personale, volti ad implementare le buone pratiche igienico-assistenziali, partendo dalla rilevazione di eventuali comportamenti "non conformi", osservati nel corso dei sopralluoghi effettuati, specie in quelli svolti nelle strutture a maggior rischio.

Parimenti, è proseguito il controllo degli aspetti igienico sanitari legati ai servizi in gestione appaltata inseriti nel Global Service Economico, con il fine di garantire adeguati standard di sicurezza igienica, contenendo il rischio infettivo correlato alle attività di pulizia/disinfezione degli ambienti, lavanoleggio biancheria ed effetti lettereci, disinfestazione e derattizzazione, igiene degli alimenti, eccetera.

- **Definizione percorsi**

L'attività si è sviluppata attraverso l'individuazione, all'interno delle varie strutture aziendali, di percorsi adeguati per l'accesso dell'utenza e degli operatori, l'approvvigionamento del materiale pulito e lo smaltimento del materiale sporco e dei rifiuti, nel rispetto ai vincoli strutturali e di cantiere esistenti. Inoltre si è provveduto ad effettuare il controllo sull'aderenza delle disposizioni fornite, con il fine di monitorare l'aderenza alle disposizioni igieniche stabilite.

Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili: miglioramento sistemi di sorveglianza e di diagnosi

Prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori (CHIKUNGUNYA, DENGUE, WEST NILE DISEASE, E ALTRI FLAVIVIRUS)

Le malattie a trasmissione vettoriale rappresentano un problema emergente a livello mondiale, da diversi anni, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un sistema di sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori, in particolar modo per Chikungunya, Dengue e West Nile Disease.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma applica con sistematicità, il Piano Regionale per la sorveglianza ed il controllo delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue) e *Culex* (West-Nile Disease), con l'obiettivo di contenere la diffusione di tali malattie, già endemiche nel territorio regionale e ridurre la probabilità che patologie importate sviluppino focolai autoctoni.



Risultati raggiunti
 In linea con il Piano Regionale sono state effettuate le seguenti attività:

- trasmettere a tutte le UU.OO. aziendali le Linee Guida Ministeriali, in merito alla sorveglianza e prevenzione della Malattia West-Nile, pubblicando contestualmente i documenti sulla rete intranet aziendale e predisponendo il percorso di segnalazione e di conferma diagnostica interno, secondo le indicazioni regionali;
- monitoraggio del/i casi clinici riscontrati in ambito nosocomiale, con il fine di verificare l'appropriatezza del percorso diagnostico/terapeutico;
- fornire indicazioni a quanti coinvolti nei processi clinico-assistenziali, in merito ai comportamenti da adottare per isolare i potenziali casi ricoverati, per limitare l'attrattiva degli insetti, tramite anche l'acquisizione e l'impiego di repellenti cutanei;
- realizzare interventi strutturali, quali l'installazione di zanzariere, la corretta gestione e manutenzione delle aree verdi esterne e delle aree di cantiere, per limitare l'infestazione all'interno ed all'esterno delle strutture;
- eseguire, d'intesa con l'Azienda municipalizzata e con le strutture dell'Azienda USL, su tutto il territorio aziendale, una serie di attività riguardanti la lotta alla zanzara tigre.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
 Anche per il 2012 sono in corso, sia gli interventi di prevenzione ambientale, finalizzati a contenere l'infestazione dei vettori sul territorio aziendale, sia la sensibilizzazione dei Professionisti sul tempestivo riconoscimento e sulla corretta gestione degli eventuali casi.

Criticità rilevate

Prevenzione sorveglianza e controllo della tubercolosi

La Tubercolosi, a tutt'oggi, rappresenta un problema clinico e di sanità pubblica di importante rilevanza a livello mondiale. La malattia è in continua crescita sia nei pazienti immunocompromessi che nei soggetti immunocompetenti; aspetti rilevanti che rendono ancora più complessa la gestione di questa patologia sono, inoltre, la difficoltà diagnostica, sia dell'infezione attiva che di quella latente, la scarsa aderenza alle misure igienico-preventive e il sempre più frequente riscontro di ceppi resistenti. Le linee di intervento, raccomandate dal Servizio di Sanità Pubblica dell'Assessorato Politiche per la Salute della RER, in sintonia con quanto disposto dal Ministero della Salute con specifica nota prot. DGPREV 0019776-P-23/08/2011 "Misure di prevenzione e controllo della Tubercolosi", si sintetizzano di seguito:

- puntuale implementazione delle attività raccomandate,
- rafforzamento della sorveglianza e controllo in ambito assistenziale e in contesti ad aumentato rischio,
- stretta sinergia tra ospedale e territorio per l'implementazione degli interventi di prevenzione,
- sensibilizzazione/informazione degli operatori sanitari.

Risultati raggiunti

- **Attività di sorveglianza:** tale attività è proseguita tramite la segnalazione degli eventi infettivi sospetti/accertati individuati in ambito nosocomiale, agli Organi istituzionali preposti per gli opportuni adempimenti di competenza (Circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, "Sistema regionale di sorveglianza della Tubercolosi).
- **Diffusione documentazione di riferimento:** al fine di informare e sensibilizzare i Professionisti Sanitari, è stata data ampia diffusione ai documenti, in cui sono contenute le misure di prevenzione e controllo della tubercolosi in ambito ospedaliero. Tutta la documentazione è stata inoltre resa disponibile per la consultazione ed approfondimento sulla intranet aziendale.
- **Organizzazione incontri formativi:** rivolti a tutte le figure professionali del ruolo sanitario e tecnico, con l'intento di:
 - approfondire gli aspetti epidemiologici, diagnostici, preventivi e terapeutici
 - promuovere e diffondere le linee guida nazionali e regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della Tubercolosi in Ospedale
 - approfondire gli aspetti legati al rischio occupazionale
 - migliorare la gestione del paziente affetto da TBC in ambito nosocomiale.
 - Il Seminario ha avuto una buona risposta in termini di partecipazione (237 discenti), di gradimento e di interesse durante la presentazione delle varie relazioni.



<p>Interventi in fase di sviluppo o in corso Si ritiene fondamentale mantenere costantemente alta l'attenzione dei Professionisti su tale patologia infettiva, attraverso un miglioramento delle conoscenze; nel corso dell'anno 2012 verranno pertanto riproposti ulteriori interventi formativi finalizzati a rafforzare le misure di sorveglianza e controllo ritenute efficaci.</p>	<p>Criticità rilevate</p>
---	----------------------------------

Prevenzione sorveglianza e controllo della sindrome influenzale

La gestione del paziente con sindrome influenzale è una priorità in campo di sanità pubblica per il notevole impatto che ha sulla salute della popolazione e sull'impegno di risorse. L'andamento epidemico dell'influenza può creare disorientamento nei cittadini e negli operatori sanitari. Il disagio può essere ridotto dalla disponibilità di indicazioni per la gestione del problema. Il Ministero della Salute, in stretta sinergia con le Regioni, da alcuni anni, promuove interventi efficaci e sicuri per la gestione dei pazienti affetti da influenza e coordina una serie di attività a 360° che comprendono:

- Sviluppo di sistemi di sorveglianza e controllo della diffusione dei ceppi sul territorio nazionale.
- Campagna di prevenzione, mirate a favorire la diffusione delle indicazioni igieniche (lavaggio mani, utilizzo delle precauzioni in caso di tosse, ecc.), sostenere ed incentivare la pratica vaccinale.
- Fornire indicazioni sulla gestione del paziente in regime di ricovero, eccetera.
- Stretta sinergia ospedale - territorio.

Risultati raggiunti
 In linea con le indicazioni del Servizio di Sanità Pubblica della Regione Emilia Romagna, con il fine di mantenere viva l'attenzione sulla sindrome influenzale e le sue complicanze, anche quest'anno, sono state elaborate e diffuse le indicazioni igieniche atte a sorvegliare e controllare l'epidemia da virus influenzale.

In particolare si è provveduto a:

- aggiornare le linee guida aziendali inerenti le misure igieniche da adottare per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati, con particolare riguardo all'isolamento ospedaliero, all'igiene delle mani, al trasporto dei pazienti ed alla sanificazione/sanitizzazione ambientale e delle ambulanze,
- trasmettere le indicazioni riguardanti i criteri per la richiesta di consulenza ai centri della rete ECMO, rispetto al monitoraggio delle forme gravi e complicate di influenza stagionale,
- confermare e riproporre le modalità di accesso ai due Laboratori di riferimento regionale per la diagnosi di influenza (Dipartimento di Sanità Pubblica della Università degli Studi di Parma - il Laboratorio di Microbiologia del AOU di Bologna),
- favorire l'adesione fra i Professionisti alle modalità per effettuare la sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza, che necessitano di ricovero in UTI, nel rispetto delle indicazioni regionali e dello specifico percorso aziendale,
- divulgare gli aggiornamenti epidemiologici rispetto all'andamento stagionale della sindrome influenzale,
- predisporre apposita campagna vaccinale, nel rispetto delle indicazioni regionali, al fine di sensibilizzare i Professionisti sulla necessità di sottoporsi alla vaccinazione e sull'importanza che essa riveste in termini di prevenzione del rischio infettivo nei luoghi di cura ed assistenza. Per favorire l'adesione alla vaccinazione, oltre alla UO Medicina Preventiva impegnata in prima linea nella campagna, sono stati allestiti in vari padiglioni aziendali, diversi punti ambulatoriali decentrati. I dati sulla campagna vaccinale effettuata sono i seguenti:

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE 2011-2012	
Personale	338
Pazienti (bambini +adulti)	142
Totale	480



Governo clinico del farmaco

Rete delle Farmacie Oncologiche

Il Laboratorio Centralizzato di Farmacia Oncologica (UMaCA) nel corso del 2011 ha registrato un'ulteriore espansione dell'attività sia in termini di numero totale di terapie allestite e di pazienti presi in carico, sia in termini di analisi e predisposizione, in condivisione con i medici, di nuovi schemi terapeutici nell'ambito della terapia farmacologica EBM e nell'area dei protocolli sperimentali di ricerca. UMaCA, accanto agli obiettivi di assicurazione di qualità dei medicinali allestiti e di sicurezza degli operatori e del paziente, ha consolidato l'obiettivo di razionalizzare l'impatto economico delle terapie oncologiche estendendo a tutte le Unità Operative coinvolte il modello organizzativo centralizzato ed in particolare la programmazione delle terapie secondo "drug day".

I dati di produzione relativi al 2011 sono riportati nella tabella sinottica sottostante. L'aumento delle terapie a base di farmaci biologici rispecchia l'emergente trend in adesione alle strategie terapeutiche innovative nel rispetto dei parametri di prescrizione previsti dalle Istituzioni e RER e in adesione alle Raccomandazioni GReFO (Gruppo Regionale Farmaci Oncologici). Si consolida il dato di allestimento delle terapie intravitreali di Bevacizumab secondo l'autorizzazione della Regione Emilia-Romagna. Nel corso del 2011 sono state assorbite definitivamente tutte le sperimentazioni cliniche condotte in ambito aziendale ove sia prevista la preparazione di farmaci oncologici infusionali.

Risultati raggiunti

DATI ATTIVITA' LABORATORIO ONCOLOGICO UMaCA 2011

	2011	2010	2009
Totale terapie allestite (oncologiche e ancillari)	56.214	50.172	27.297
Totale terapie oncologiche	21.980 (17.814 citotossici + 4166* anticorpi monoclonali)	20.713 (17.142 citotossici + 3571* anticorpi monoclonali)	13.720 (11.910 citotossici + 1810* anticorpi monoclonali)
Totale allestimenti ancillari	34.234	29.459	13.577
Totale pazienti trattati	2215	2080	1604
Totale accessi	16.176	14.345	10.713
Totale schemi terapeutici validati e inseriti in banca dati	542	452	310
Totale UU.OO. arruolate	28	27	22

Interventi in fase di sviluppo o in corso

A Dicembre 2011 si è dato inizio all'arruolamento dell'Oncoematologia Pediatrica che rappresenterà nel 2012 la conclusione del progetto UMaCA con il totale assorbimento delle terapie infusionali oncoematologiche: la prima fase del programma prevede la collaborazione di farmacisti e pediatri, per lo studio degli aspetti farmacologici/farmaceutici specifici dell'area pediatrica e per la valutazione e inserimento degli schemi terapeutici nella database informatizzato di UMaCA .

Criticità rilevate

Si attende la versione aggiornata dell'applicativo gestionale Log80 che la RER ha commissionato e che dovrebbe tracciare ancor più appropriatamente l'attività.

Prevenzione del rischio clinico e nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza

Sono attivate e divulgate in Azienda le procedure sul rischio clinico con particolare riferimento ai farmaci.

Nel 2011 il Servizio di Farmacia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in collaborazione con la Struttura Aziendale Rischio Clinico ha inserito, presentato e divulgato in Azienda, anche con eventi formativi ripetuti, le misure di abbattimento del rischio nell'ambito ospedaliero con particolare riferimento all'uso dei farmaci, recependo anche i documenti di riferimento regionali e nazionali.

L'Azienda partecipa agli obiettivi AIFA/Regionali di farmacovigilanza sulle ADR in Pronto Soccorso e sulle ADR in campo Onco-Ematologico. In Azienda vige anche una procedura completa ed aggiornata in tema di dispositivo vigilanza.

Infine, l'Azienda partecipa all'obiettivo generale di farmacovigilanza regionale e tiene costanti contatti con la struttura RER di farmacovigilanza recependone orientamenti ed obiettivi.



Risultati raggiunti

Il Servizio di Farmacia ha prodotto e divulgato a tutto il corpo dei Sanitari dell'Azienda una rubrica contenente uno screening delle informazioni inerenti la farmacovigilanza nell'ambito del progetto Regionale della Farmacovigilanza generale sui farmaci e ne fornisce i riferimenti a cadenza mensile ed immediata per alert importanti. Annualmente viene realizzato un documento su tutta l'attività svolta e sui risultati in tema di farmacovigilanza accaduti nell'ambito aziendale, regionale e nazionale inserendo alcuni focus dettagliati ed approfonditi su specifici argomenti critici di particolare interesse.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Tutta l'attività descritta, anche come risultati, è in fase continua di sviluppo e procede in coerenza con gli altri centri regionali di farmacovigilanza e con la struttura regionale di Farmacovigilanza. Gli obiettivi vengono sviluppati secondo il Gantt relativo al progetto specifico.

Criticità rilevate

Nonostante le ripetute e continue azioni di sensibilizzazione ed informazione, si rileva la costante criticità relativa alla scarsa segnalazione di ADR da parte dei clinici.

Appropriatezza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio

L'attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull'appropriatezza prescrittiva e sull'adesione della prescrizione ai documenti di riferimento attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, che hanno coinvolto il Servizio di Farmacia, il Nucleo Operativo Provinciale (NOP) e la Commissione del Farmaco Aven (CFAven), ha permesso e mostrato risultati più che soddisfacenti. Dalla rilevazione relativa ai consumi dell'anno 2011, 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 rendendo coerente la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative e ai documenti di riferimento trasmettendo le caratteristiche della prescrizione specialistica alla prescrizione territoriale nell'ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero - medico di medicina generale (MMG). Il Prontuario Terapeutico di Area Vasta (PT-AVEN), dinamicamente 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). Il Nucleo Operativo Provinciale ha operato con continuità valutando e adottando, in armonia con le decisioni della CF-AVEN e con la CRF, gli inserimenti di nuovi farmaci. Inoltre ha svolto, di concerto con il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, un'azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo orientata ai farmaci specialistici da parte dei centri prescrittori individuati, all'uso dei farmaci Antineoplastici ed Immunomodulatori, Antimicrobici generali per uso sistemico con particolare riguardo agli Antiretrovirali, Emoderivati, ai farmaci dell'Apparato Gastrointestinale e del Metabolismo, del Sistema Cardiovascolare, del Sistema Respiratorio ed ai farmaci derivati dagli anticorpi monoclonali per l'uso in diversi campi specialistici. In tutto l'anno 2011 è stata condotta una partecipazione continua agli incontri delle segreterie scientifiche di CF-AVEN e di coordinamento con la segreteria scientifica della CRF al fine di rendere omogenee le azioni e la versione del PT-AVEN con quello regionale. Sono stati condotti audit in collaborazione con l'AUSL di Parma presso alcuni Dipartimenti ospedalieri coinvolgendo tutti i prescrittori specialisti. Sono stati assegnati obiettivi di budget coerenti con le direttive regionali sui gruppi di farmaci innovativi a maggior criticità di spesa e sono stati recepiti e divulgati tutti i documenti scientifici prodotti dalla CRF collegati all'applicazione del PT-AVEN e quelli elaborati dai gruppi multidisciplinari RER (GREFO e Specialisti Psoriasi - Artrite Reumatoide - Epatite - Sclerosi multipla).

Risultati raggiunti

- 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 al consolidamento 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'andamento dei consumi e della spesa conseguente per beni sanitari si pone, nell'anno 2011, in linea con l'obiettivo previsto dal documento della relativa programmazione come contenimento della spesa rispetto a quella del 2010. Il sistema di governo clinico messo in atto sull'appropriatezza prescrittiva ha consentito di contenere i consumi e la spesa per farmaci realizzando una riduzione della spesa di - 0,2% rispetto al tetto di aumento del + 4,9% previsto dalla RER.
- Nel 2011, 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 e ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 18.661 con 1.683.590 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di 311.770 € corrispondente ad un costo pari a 1.363.283 € se la consegna fosse stata effettuata dalle farmacie convenzionate territoriali realizzando così un risparmio conseguente per le strutture AUSL di appartenenza degli assistiti pari a 1.051.513 €. Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo erogato è stato nel 2011 pari a 22.472.144 €.

- 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.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Prosecuzione di tutti i sistemi di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva già descritti in particolare con le commissioni già istituite sulla prescrizione dei farmaci onco-ematologici, biologici nell'artrite, nella psoriasi ed in genere nelle malattie autoimmuni. Attivazione di progetto sul monitoraggio e livellamento tra chiusura scheda AIFA e rimborsi economici per quei farmaci sottoposti a risk-sharing o payment by result.

Criticità rilevate

Monitoraggio dei dispositivi medici

La Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici (Delibera del Direttore Generale n.89 del 26 aprile 2010) ha l'obiettivo principale di monitorare l'andamento degli utilizzi appropriati e della spesa dei dispositivi medici.

I Componenti della Commissione sono stati nominati dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e rispetto ai componenti indicati dalla delibera, l'Azienda ha introdotto due cariche:

- esperto nel settore giuridico amministrativo,
- esperto nel settore attività economiche e di approvvigionamento.

Al fine di riportare ed esternalizzare tutte le procedure eseguite dalla Commissione Aziendale Dispositivi Medici, è stato allestito, sempre a cura della Segreteria Scientifica ed Amministrativa un sito nella intranet aziendale che riporta i seguenti contenuti:

- storia e descrizione delle funzioni della Commissione aziendale Dispositivi Medici,
- componenti,
- normativa e documentazione,
- la dispositivo vigilanza,
- Repertorio Aziendale Dispositivi Medici (RADM).

Risultati raggiunti

I risultati ottenuti dal lavoro della CADM nel 2011 e trasmessi in Regione, come da tabella di seguito riportata, mostrano un'attività quali-quantitativamente positiva in rapporto ad una espressa soddisfazione dei clinici richiedenti, ma soprattutto in rapporto ad una maggiore accuratezza nella classificazione e catalogazione dei dispositivi medici, un maggiore approfondimento delle evidenze su efficacia e sicurezza dei D.M., nonché un aumento dell'appropriatezza e governo della spesa economica.

Nel 2011 è stata assicurata l'attività di dispositivo-vigilanza a pieno regime ed è stata implementata una nuova ed aggiornata procedura. La formazione degli operatori sulla Dispositivo Vigilanza è stata effettuata su tutti gli operatori dell'Azienda utilizzando la sezione apposita del sito intranet aziendale ed un evento formativo sul rischio clinico.

SCHEDA ATTIVITA' CADM 2011	AZIENDA SANITARIA
Attività svolta:	
n. di riunioni anno 2011	14 (7 CADM e 7 GTSG) (GTSG = Gruppo ristretto CADM)
% di partecipazione dei membri alle riunioni (media)	82% (CADM)
n. di istruttorie valutate	71 (33 CADM di cui 3 in sospenso/ 38 GTSG di cui 3 in sospenso)
n. di istruttorie valutate positivamente per l'inserimento in Repertorio	60 (27 CADM di cui 6 urgenti e 2 prove/ 33 GTSG di cui 3 urgenti e 1 prova)
n. istruttorie valutate negativamente	5 (3 CADM / 2 GTSG) (N° 6 istruttorie ancora sospese)



Sviluppo dei Repertori Locali dei DM:	
istituzione del Repertorio Locale DM (si/no)	si (dicembre 2011)
se no, descrivere lo stato di avanzamento	
n. di referenze totali presenti nel Repertorio DM	6.987 (al momento il dato è definitivo solo per le afferenze dei DM al Servizio di Farmacia; sono in corso di rilevazione i DM in afferenza al Servizio Ingegneria Clinica ed al Servizio Economato)
n. di referenze complete di CND	6.982 (4 sono assemblati e quindi noCND; 1 è DM su misura noCND e noRDM)
n. di referenze complete di codice del Repertorio nazionale DM / Banca Dati Ministeriale	6.956
Azioni condotte nell'ambito della Vigilanza sui DM:	
è stata effettuata formazione agli operatori?	si (argomento inserito nell'evento aziendale sul Rischio Clinico)
n. corsi effettuati	1
n. persone formate	tutti i presenti al corso
sono state stilate procedure scritte sui percorsi della Vigilanza	si
sono state attivate pagine web dedicate all'informazione sulla Vigilanza DM	si
<i>Interventi in fase di sviluppo o in corso</i> Richiesta informatizzata dei D.M. da parte dei Reparti e Servizi	<i>Criticità rilevate</i>

Accreditamento

In accordo con la programmazione regionale nel corso del 2011, l'Azienda ha promosso l'attività per il rinnovo dell'accreditamento dei dipartimenti Chirurgico, Emergenza Urgenza e Neuroscienze nel rispetto dei tempi previsti dalla L.R. 4/2008; altri obiettivi di rilievo concernono l'accreditamento delle funzioni di governo della formazione e di provider di formazione ECM sulla base delle indicazioni operative pervenute dalla Regione e l'Audit del Centro Regionale/ Nazionale Trapianti al Centro Trapianti Rene e all'attività di Procurement di organi e tessuti di Parma.

Risultati raggiunti

- L'obiettivo accreditamento, diversificato per i vari dipartimenti, è inserito nel budget sia al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo specifico di accreditamento che di mantenere attivo il sistema qualità basato sull'accreditamento.
- Il rinnovo dell'accreditamento ha avuto esito positivo, con ottenimento dei decreti relativi per i dipartimenti Chirurgico, Emergenza Urgenza e Neuroscienze.
- I risultati dell'audit al Centro Trapianti hanno rilevato come i programmi sviluppati dal Centro di Parma siano di alto livello scientifico/clinico e la perfetta compliance del Centro trapianti con le attività di procurement aziendali (leader regionale per donatori e organi procurati), nonché l'eccellenza in ambito regionale per i trapianti di rene/pancreas, ABO incompatibili e vesciche difficili. L'attività di procurement è quindi mantenuta su livelli valutati nell'audit di eccellenza.
- Nell'ambito del percorso per l'accreditamento del Settore Formazione Aziendale, l'attività dei gruppi di lavoro all'interno del settore ha realizzato la revisione della procedura aziendale di gestione del processo della formazione e la documentazione per l'invio della domanda di accreditamento, ottenendo l'accreditamento provvisorio per la funzione di Provider e l'accreditamento transitorio per la funzione di governo aziendale della formazione secondo le disposizioni regionali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
L'obiettivo accreditamento viene mantenuto nel budget anche per i dipartimenti accreditati nel 2011 per la pianificazione e attuazione di azioni di miglioramento individuate a seguito della visita di rinnovo.

Criticità rilevate
Le criticità sono relative alla manutenzione della rete della qualità presente nei dipartimenti per l'avvicinarsi di referenti e quindi con la necessità di riprogrammare dei percorsi formativi sul tema della qualità-accreditamento.



Percorsi specialistici

“Il paziente che accede al PS con vertigine”

L’implementazione del Percorso Diagnostico Terapeutico “*Il paziente che accede al PS con vertigine*” è stata avviata nel settembre 2009 e si è conclusa in aprile 2011, ad opera del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (GLM). La vertigine, e i disturbi dell’equilibrio più in generale, rappresentano una delle più comuni cause di accesso al Pronto Soccorso. Un corretto approccio, al fine di un preciso inquadramento diagnostico tra forme benigne e non benigne (non lesionali e lesionali), appare di fondamentale importanza. Il Percorso Diagnostico Terapeutico dovrebbe favorire una omogeneità diagnostico-terapeutica per una migliore gestione del paziente e un più razionale utilizzo delle risorse. Il PDT si è proposto quanto segue:

- delineare l’iter diagnostico-terapeutico più appropriato del paziente con sindrome vertiginosa applicando le più recenti Evidence-Based;
- razionalizzare l’uso delle prestazioni mediche di PS e specialistiche e delle indagini strumentali, soprattutto neuroradiologiche;
- migliorare la prognosi attraverso un approccio multidisciplinare che preveda l’utilizzo di protocolli condivisi.

Risultati raggiunti

Di seguito vengono brevemente descritti gli obiettivi da perseguire e i relativi indicatori per il monitoraggio.

1. Appropriatelyzza del ricorso agli esami strumentali (TAC)

Il PDT mira a garantire un iter diagnostico appropriato, che prevede la valutazione clinica e strumentale necessaria già in P.S. Uno degli obiettivi che si propone questo PDT è quello di mettere in atto una metodologia di selezione del livello di urgenza della richiesta di alcune indagini, in particolare della TAC, e pertanto di razionalizzare e ottimizzare l’utilizzo delle indagini strumentali con riduzione delle richieste in urgenza ed eventuale incremento delle stesse in urgenza differita ambulatoriale.

- Il medico di P.S., con sospetto di vertigine di tipo centrale, dopo adeguata anamnesi e valutazione clinica con riscontro di segni neurologici acuti, può richiedere indagini strumentali urgenti.
- Nel caso non vi siano segni neurologici acuti ma il paziente sia ancora sintomatico dopo il trattamento, o vi siano dubbi in merito alla diagnosi differenziale tra vertigini periferiche e centrali, il medico di P.S. può richiedere una consulenza Neurologica o ORL (in base alla clinica).
Il consulente Neurologo, nel sospetto di una patologia neurologica di tipo lesionale, potrà richiedere l’effettuazione dell’indagine radiologica urgente in accordo con il neuroradiologo concordandone la tempistica.
- Il consulente ORL nel sospetto di lesione erosiva della rocca petrosa potrà richiedere l’effettuazione dell’indagine radiologica urgente in accordo con il neuroradiologo concordandone la tempistica.

2. Appropriatelyzza dei ricoveri

Il PDT si propone inoltre di garantire una corretta gestione del paziente con vertigine favorendo, se possibile, un percorso ambulatoriale, limitando il ricovero nei casi in cui le condizioni cliniche lo richiedano.

OBIETTIVO	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	*VALORE ATTESO
Garantire l’appropriatezza delle indagini	Richiesta TAC urgenti dal medico di P.S.	N° TAC effettuate in pz. con accesso al P. S per sintomatologia vertiginosa	N° di pz. con accesso al P.S. con sintomatologia vertiginosa	≤ 27%
Garantire l’appropriatezza delle indagini	Richiesta TAC urgenti dopo consulenza neurologica	N° TAC effettuate dopo consulenza in pz. con sintomatologia vertiginosa che accedono al P.S.	N° di pz. che accedono al P.S. con sintomatologia vertiginosa che effettuano la consulenza	≤ 50%
Garantire l’appropriatezza delle indagini	Richiesta TC HR urgenti dopo consulenza ORL	N° TAC effettuate dopo consulenza in pz. con sintomatologia vertiginosa che accedono al P.S.	N° di pz. che accedono al P.S. con sintomatologia vertiginosa che effettuano la consulenza	≤ 10%
Efficacia	TAC richieste	N° TAC positive per vertigini	N° TAC richieste in pz. con sospetta vertigine	≥ 30%
Garantire l’appropriatezza dei ricoveri	Riduzione numero di ricoveri	N° di pz. ricoverati con diagnosi di vertigine	N° di pz. con diagnosi di vertigine in P.S.	≤ 10%

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il 16 marzo 2011 è stata realizzata una giornata di formazione del personale sanitario medico e non medico. Al momento è in corso il monitoraggio degli indicatori. Entro il 2012 è previsto un Audit.

Interventi in fase di sviluppo o in corso



“La Prima Crisi Epilettica nell’adulto”

A seguito delle indicazioni della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna è stato convocato in maggio 2011 un gruppo di Lavoro Aziendale con il coinvolgimento del 118 sull’Epilessia dell’Adulto. Il progetto, intende articolarsi su diversi sottoprogetti rivolti ai numerosi e diversi aspetti che l’epilessia può di per sé evocare.

Risultati raggiunti

Si è partiti a livello locale con il costituire un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare e Multiprofessionale, avvantaggiandosi della presenza all’interno dell’Azienda: di una rete costituita da strutture dedicate alle persone con epilessia in età adulta “Centro Epilessia”, già operativo da oltre 30 anni; e di personale con comprovata esperienza nella materia che assicura al paziente con epilessia la presa in carico.

Il Gruppo di Lavoro sull’Epilessia dell’adulto si è orientato verso la definizione di due percorsi:

- Il percorso “ La Prima Crisi Epilettica nell’Adulto” in fase di elaborazione,
- Il Percorso “Lo Stato di Male Epilettico” (da avviare successivamente).

Di seguito vengono brevemente descritti gli obiettivi che si intende perseguire nella definizione del percorso dedicato alla prima crisi:

a. Ridurre il rischio di ritardata o errata diagnosi

In molte circostanze e soprattutto quando non siano presenti testimoni diretti, esiste il rischio di una errata diagnosi o quantomeno di una diagnosi intempestiva. Molte condizioni, talora di natura non neurologica, sono in grado di causare disturbi di coscienza che possono essere di difficoltosa interpretazione. Poiché l'elettroencefalogramma (EEG) può in molti casi dirimere dubbi o quantomeno indirizzare ad un sospetto più preciso di crisi, è opportuno che possa essere eseguito invariabilmente in tutte le circostanze di crisi sospetta quanto prima possibilmente entro le 24 ore o con differimento massimo entro 36 ore a discrezione dello specialista neurologo.

b. Contenere il numero di ricoveri inappropriati e garantire il successivo percorso ambulatoriale

La grande maggioranza delle prime crisi non evoca la necessità del ricovero e la breve osservazione condotta nelle diverse fasi del percorso può risultare sufficiente a gestire una dimissione in condizioni di garanzia. Ancora oggi tuttavia si rileva un dato numerico di ricoveri ingente a dispetto delle indicazioni delle linee guida e ciò ha un riflesso negativo sia sugli indici di occupazione impropria che sulle aspettative del paziente. Pertanto, fatta eccezione per le crisi sintomatiche documentate, per la presenza di traumi conseguenti alla crisi e ai casi che presentino una seconda crisi ravvicinata, è buona regola non far ricorso al ricovero. Si valuta che a fronte di una corretta applicazione del protocollo prima crisi, questo obiettivo sia agevolmente perseguibile soprattutto se la presa in carico ambulatoriale potrà consentire di acquisire una osservazione a breve termine di tutti i casi. La possibilità di programmare, sin dalla dimissione dal PS, un appuntamento entro 15 giorni al Centro Epilessie aziendale, definisce un percorso di continuità assistenziale più congruo e rispondente alle esigenze di cura e alle attese degli assistiti.

Benché la stima richieda una verifica sul campo, si ritiene che il raggiungimento di questo obiettivo possa positivamente riflettersi anche sulla gestione delle crisi recidive, sia in termini di minori accessi al PS che di migliorata conoscenza da parte del paziente del percorso più vantaggioso ed economico da seguire.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

La definizione del percorso al momento è ancora in corso. Dopo la definitiva stesura, il personale sanitario medico e non medico sarà informato e formato relativamente al percorso specialistico attraverso una giornata di formazione programmata per il 2012.

Criticità rilevate

La Sclerosi multipla

Nell’ottobre 2011 è stato costituito il gruppo di lavoro relativo al Percorso Diagnostico Terapeutico della “Sclerosi Multipla” dell’Azienda, sulla base delle linee guida della Regione Emilia-Romagna pubblicate nel maggio 2011 con opportuni adattamenti alla situazione locale.

Risultati raggiunti

Il percorso si propone di fornire Linee Guida a tutti gli operatori dell’Azienda che, a vario titolo, vengano in contatto con un paziente con Sclerosi Multipla accertata o sospetta, dal momento diagnostico iniziale alla presa in carico della fase cronica progressiva. Il percorso conterrà anche indicazioni per la gestione del trattamento con farmaci innovativi nelle varie fasi della malattia e prevede diversi indicatori di qualità riguardo all’applicazione del protocollo e della sua efficacia nel confronto della gestione della malattia

Si è partiti a livello locale con il costituire un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare e Multiprofessionale , avvantaggiandosi della presenza all’interno dell’Azienda di una rete costituita da strutture dedicate alle



persone con Sclerosi Multipla "Centro Sclerosi Multipla", già operativo da quasi 30 anni. Il percorso assistenziale vuole assicurare la presa in carico del paziente e garantire: la diagnosi tempestiva di malattia; il monitoraggio clinico-strumentale; il trattamento secondo un progetto personalizzato che comprende: trattamento degli eventi acuti; trattamenti rivolti a modificare l'evoluzione della malattia (terapia con farmaci immunomodulanti, biologici, immuno-soppressori, altro); terapie sintomatiche; cure palliative. Tra gli obiettivi che verranno perseguiti:

Persistenza in terapia: la percentuale di pazienti che persistono nel trattamento con farmaci modificanti il decorso della malattia può essere considerato un indice di qualità dell'attività di un Centro SM. In quanto, in tutte le patologie croniche una parte di pazienti abbandona le cure dopo un lasso variabile di tempo, per vari motivi sia psicologici (insofferenza verso una terapia che ricorda al paziente il suo stato di malattia; agorafobia nel caso di terapie parenterali, come sono quelle della SM, eccetera) sia fisici (effetti collaterali dei farmaci). Si tratta di un indice dall'eziologia composita, che dipende da molti fattori, uno dei quali sicuramente è rappresentato dalla validità dell'alleanza terapeutica stretta tra équipe di cura e paziente, che sarà tanto più convinto a proseguire la terapia quanto più sarà consapevole dei benefici che potrà trarne e pienamente edotto del rapporto beneficio/rischio del farmaco che assume.

Aderenza alla terapia: anche l'aderenza alla terapia, che è il rapporto tra quantità di farmaco effettivamente utilizzata rispetto alla quantità di farmaco distribuita, analogamente alla persistenza in terapia, è in certo grado una misura della validità dell'alleanza terapeutica stabilita tra paziente ed équipe curante, pur dipendendo anch'essa da molti variabili inerenti: il paziente (età, sesso, status socio-culturale, eccetera), il Centro SM (instaurazione di una relazione positiva col paziente, disponibilità all'ascolto, eccetera) e il farmaco (effetti collaterali, via e frequenza di somministrazione, efficacia percepita, eccetera).

Efficacia della presa in carico: indice composito, che concorre comunque a misurare la validità dell'offerta di cura proposta al paziente e, per usare un termine preso a prestito dal marketing, la fidelizzazione del paziente verso la struttura di cura.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

La definizione del percorso al momento è ancora in corso, al suo termine il personale sanitario medico e non medico sarà informato e formato relativamente al percorso specialistico attraverso una giornata di formazione.

Criticità rilevate

Programma Stroke Care

Completamento della definizione delle reti Stroke provinciali, potenziamento dell'accesso alla terapia trombolitica e partecipazione all'audit clinico organizzativo secondo quanto indicato al punto 12.8 della delibera 1544/2010.

Risultati raggiunti

Nell'ambito del Programma Stroke Care, nel 2011, sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- Gestione intra-ospedaliera del paziente con stroke
Consolidamento delle 2 aree dedicate allo stroke (stroke unit), realizzate nel 2010, con un incremento del numero complessivo da 20 a 22 posti letto. Otto posti letto sono collocati nell'area stroke della Neurologia destinati ad accogliere i pazienti fino a 70-75 anni e tutti i pazienti sottoposti a trombolisi i.v. e/o ad altre procedure intra-arteriose (trombolisi intra-arteriosa meccanica e/o farmacologica, stenting carotideo). 14 posti letto sono collocati nella "SS stroke" della Clinica Geriatrica per i pazienti di età superiore a 70-75.
- Documento PDT - ictus cerebrale (primo evento e recidive delle forme ischemiche ed emorragiche e del TIA)
E' in corso la revisione del documento PDT e del relativo programma informatizzato, già operativo fin dal 2003.
- Verifica del grado di implementazione e di efficacia del PDT ictus
I dati del 2011 sono sostanzialmente sovrapponibili agli anni precedenti. L'analisi degli indicatori conferma l'esecuzione della TAC nel 100% dei pazienti che accedono con sospetto ictus, l'80% dei pazienti viene correttamente allocato nelle 2 aree stroke, la valutazione fisiatrica entro 48 ore viene eseguita nel 90% dei pazienti, il 95% viene correttamente allocato alla dimissione, infine il 95% esegue la prima visita di follow up ad 1 mese dall'evento acuto.
- Attività ambulatoriale
Nel corso del 2011 l'attività ambulatoriale clinica per le malattie cerebrovascolari, integrata con l'attività di diagnostica neurosonologica ambulatoriale, è stata ulteriormente incrementata.



L'attività clinico-strumentale è principalmente rivolta al:

- 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;
- diagnostica neurosonologica dei TSA, doppler trans-cranico e ricerca del PFO.
- Integrazione tra AOU e AUSL di Parma
Prosegue il processo di integrazione tra l'AOU e l'AUSL di Parma relativamente alla fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera.
- Protocollo Trombolisi
Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Protocollo Trombolisi è stato attivato il 1° ottobre 2008 e vede coinvolte le seguenti U.O.: Centrale Operativa 118, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Neuroradiologia, Neurologia, Laboratorio Analisi Chimico Cliniche, Neurochirurgia e Neurochirurgia- Neurotraumatologia. 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, in accordo con i requisiti richiesti dal D.M. 24 luglio 2003. La terapia trombolitica i.v è attualmente limitata ai pazienti eleggibili di età ≤ 80 anni ed entro 3 ore dall'esordio dei sintomi.
Nel 2011 sono stati effettuati 23 trattamenti di trombolisi i.v. e 5 trattamenti endovascolari. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è in possesso di tutti i requisiti aggiuntivi previsti dal D.G.R. n. 1720/2007 e pertanto si pone come centro di riferimento in grado di erogare non solo la terapia trombolitica i.v., ma anche tutte le altre terapie innovative, come la trombolisi intra-arteriosa meccanica e/o farmacologica, stenting carotideo ed intracranico, tromboendarteriectomia.
- Audit Clinico-Organizzativo
Nel corso del 2010 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato al "Progetto Stroke Care: un Programma Nazionale di Audit Clinico-Organizzativo nell'ambito del Programma Strategico coordinato dalla Regione Emilia-Romagna - Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale".

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Sono in corso 2 progetti:

1- "Trial clinico randomizzato per valutare l'effetto di una strategia di educazione della comunità sui tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto".

Questo progetto vede la partecipazione di tutte le stroke unit delle Aziende Sanitarie aderenti all'Area Vasta Emilia Nord. Uno degli obiettivi principali è il miglioramento del percorso relativo all'ictus acuto, con incremento delle trombolisi effettuate.

2- PROGETTO CCM 2010

Accordo di collaborazione del 19 Luglio 2010 per la realizzazione del Progetto dal Titolo "La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione "Protocollo studio prospettico multicentrico osservazionale" Ictus cerebrale coordinato da Salvatore Ferro.

Criticità rilevate

Non sono state evidenziate criticità da segnalare.

Efficienza gestionale

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

Gli obiettivi in materia di acquisto di beni e servizi sono stati individuati dalla Regione in termini di consolidamento dei dati di adesione del 2010 alle convenzioni Intercent-ER. In ambito aziendale, si è perseguito l'obiettivo della razionalizzazione e ottimizzazione dei percorsi di acquisto, del contenimento dei costi dei beni ed il miglioramento dei servizi appaltati.



Risultati raggiunti

- L'Azienda ha mantenuto ai massimi livelli l'adesione alle convenzioni Intercent-er ed ha attivamente partecipato alle gare di Area Vasta, in particolare seguendo come capofila la complessa fase di redazione del capitolato tecnico delle protesi ortopediche, di interesse strategico a livello regionale. Sono state concluse nel 2011 42 gare aggregate per € 172.568.786,69 considerando tutte le gare di Area vasta e in collaborazione con Intercent-ER.
- Al fine di migliorare la qualità dei servizi alberghieri, direttamente percepita da utilizzatori interni e pazienti, sono state poste le basi, da parte di tutti i servizi aziendali coinvolti, per la complessiva ridefinizione delle procedure di controllo dei servizi esternalizzati.
- Per conseguire inoltre una maggiore sinergia ed omogeneità procedurale nell'ambito dell'acquisizione di beni d'investimento (attrezzature, arredi, lavori) è stato creato all'interno del Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento un nuovo settore di coordinamento (Acquisizione e Gestione Beni d'investimento) con la finalità di concentrare tutte le attività connesse all'affidamento ed alla gestione amministrativa. Tale settore ha assorbito le funzioni amministrative precedentemente svolte all'interno del Servizio Attività Tecniche, del settore Patrimonio e di due settori del Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento.
- La costante attività di monitoraggio della spesa relativa ai beni sanitari, pur nel massimo rispetto della qualità, ha consentito per il 2011 il pieno rispetto delle previsioni di bilancio.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Sono in fase di attivazione numerose procedure di gara di Area Vasta di notevole impatto economico nelle quali l'Azienda è capofila, con previsione di conclusione di diverse gare entro la fine del 2012.
- Il servizio approvvigionamenti è stato complessivamente riorganizzato nel settore dispositivi medici e magazzino economici per meglio rispondere alle esigenze interne ed in prospettiva dell'attivazione, il prossimo anno, del magazzino AVEN.
- Sono in corso di aggiornamento tutte le procedure di acquisto del servizio, sia per beni sanitari che per servizi appaltati e beni d'investimento.

Criticità rilevate

La criticità rilevata a livello di Area Vasta e di intercent-er in molte procedure di gara (soprattutto in quelle particolarmente innovative o complesse) è l'eccessiva durata delle stesse, dovuta principalmente al coinvolgimento di numerose professionalità e numerosi uffici dislocati in diverse aziende. La Direzione Operativa di Aven sta valutando, congiuntamente al Dipartimento interaziendale acquisti (DIA), al quale l'Azienda afferisce, strumenti di monitoraggio più efficaci onde evidenziare tempestivamente eventuali criticità.

In appendice al volume, è presentata la sintesi delle attività dell'Area Vasta Area Vasta Emilia Nord (anno 2011).

Ridefinizione del processo di Budget

Il processo di budget 2011 è stato completamente rivisto e riorganizzato in tutte le varie fasi, sia dal punto di vista strutturale che da quello più propriamente operativo.

La scelta è stata quella di mettere in stretta relazione il budget e quindi gli strumenti operativi a supporto, con la teoria della balanced scorecard, che consente alle organizzazioni di tradurre la missione e le strategie aziendali in obiettivi e misure tangibili; è uno strumento multidimensionale che traduce "la strategia in elementi misurabili che comunichino univocamente l'indirizzo di un'organizzazione" (R. Kaplan e D. Norton 'The balanced Scorecard'). Lungo questa direttrice ci si è mossi per la predisposizione sia delle Linee Guida al Budget che delle schede di Budget dei Dipartimenti ad Attività Integrata, strutturate partendo dalle 4 prospettive della BSC, adattate alla realtà aziendale, ossia: *Innovazione e crescita, Reti integrate e processi interni, Cittadini-utenti, Risorse e investimenti*.

Il percorso di Budget è stato disegnato su due livelli di negoziazione, il primo si è realizzato attraverso incontri di pre-budget tra ciascun Dipartimento ad Attività Integrata e gruppo di lavoro Budget (Direzione Medica di Presidio e Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione), durante i quali è stata presentata sia la nuova metodologia che la proposta degli obiettivi da negoziare per l'anno 2011, corredati da analisi sulle performance registrate nell'anno precedente. Tale proposta è stata poi esaminata dal Dipartimento per eventuali modifiche/integrazioni. Il secondo livello di negoziazione si è concretizzato negli incontri ufficiali di negoziazione tra Direzione Strategica e ciascun Dipartimento ad Attività Integrata, nei quali si è definito il budget 2011 alla luce anche delle eventuali modifiche/integrazioni apportate dai professionisti e discusse nell'incontro. Al termine di questa fase è stato ufficializzato il budget 2011.



Terminata la fase della negoziazione si è aperta quella di monitoraggio del budget che è stata alimentata trimestralmente, attraverso la predisposizione da parte dell'ufficio Programmazione e Controllo di Gestione dei fascicoli di monitoraggio infrannuale (con il supporto, per le parti di competenza, anche degli altri uffici centrali e di staff), inviati ai Dipartimenti in vista degli incontri con la Direzione strategica che si sono tenuti per analizzare e discutere le performance trimestrali dei Dipartimenti ad Attività Integrata verso gli obiettivi di Budget negoziati e valutare eventuali azioni correttive. La rendicontazione annuale, invece, è stata effettuata in concomitanza degli incontri di pre-budget 2012.

Potenziamento del sistema informatico a supporto del sistema informativo

Interventi di potenziamento e costituzione del sistema informatico a supporto del sistema informativo aziendale e del patrimonio del sistema informativo della sanità e politiche sociali.

Risultati raggiunti

Ai fini del potenziamento del sistema informatico a supporto del sistema informativo aziendale si riassumono gli interventi effettuati di maggiore valenza:

- sviluppo del progetto allineamento anagrafiche dipendenti e creazione dell'utenza del sistema informatico contestualmente alla fornitura del nuovo badge. Inserimento del sistema di reset password per gli utenti del sistema informatico;
- sviluppo della scheda SOS.net nel contesto del Registro Operatorio informatizzato;
- progetto del sistema allineato di identificazione degli eventi di pronto soccorso di pre-ricovero e di ricovero;
- progetto del sistema gestionale della specialistica ambulatoriale con integrazione con il sistema SOLE, l'anagrafe aziendale dei pazienti e l'architettura SOLE;
- prosecuzione del progetto di identificazione del paziente tramite Anagrafe Centrale: integrazione del sistema APC con il sistema AREAS-ADT;
- condivisione dello strumento di compilazione delle ricette rosse con AUSL;
- estrazione del flusso ASA relativo all'ALPI dal sistema cassa;
- ammodernamento sistema PIESSE contenente il modulo di predisposizione – invio telematico dei certificati INAIL;
- realizzazione del sistema di gestione e consultazione del Repertorio Aziendale dei Dispositivi Medici;
- acquisizione del sistema informatico del Servizio Prevenzione E Protezione;
- ammodernamento del sistema di postalizzazione dei referti di anatomia patologica ed integrazione con il programma di screening AUSL;
- realizzazione nel contesto del cruscotto personale ed ai fini della dematerializzazione del sistema di cedolino web;
- progetto del sistema informatico di gestione del catasto aziendale.

Si ritiene inoltre significativo riportare alcuni dei progetti realizzati anche per l'integrazione dei sistemi informatici aziendali con le realtà esterne:

- progetto integrazione del sistema informatico dell'emofilia (di rilevanza regionale) con il portale SOLE;
- integrazione del sistema informatico del centro trasfusionale con il sistema informatico dell'AVIS;
- supporto all'attivazione del sistema informatico regionale dello screening neonatale;
- progetto di rilevazione dei dati ADR e dei Sospetti Traumi Maggiori nel sistema informatico di PIESSE.

Per ultimo, nell'ambito dei numerosi interventi realizzati per il mantenimento dei flussi informativi regionali e all'alimentazione del patrimonio del sistema informativo della sanità e politiche sociali si ritiene, in particolare, di citare l'attività svolta per consolidare la qualità dei flussi PS-118 e DIME.



3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

Acceleratore lineare

È entrato in funzione, già nel 2010, il nuovo acceleratore Varian DHX, che consente la personalizzazione della terapia grazie alla modulazione dell'intensità del fascio radiante (IMRT/RapidArc), al monitoraggio della posizione esatta della malattia (IGRT) e al costante controllo dei movimenti del corpo per effetto della respirazione (Gating Respiratorio).

Il vantaggio prodotto dall'insieme di queste tecniche è dato dalla possibilità di erogare una elevata dose di radiazioni sulla lesione neoplastica, salvaguardando gli organi sani, con riduzione degli effetti collaterali dovuti alle radiazioni.

Il trattamento ad intensità modulata (IMRT), nella sua variante ad arco RapidArc, trova elettiva applicazione nelle situazioni in cui il bersaglio tumorale è posto in stretta vicinanza con organi critici (esempio midollo spinale) e/o organi il cui danno può causare la comparsa di sintomi gravi e/o ridurre significativamente la qualità di vita del paziente (esempio: ghiandole salivari, vie ottiche, intestino eccetera). In linea generale, ha la sua massima espressione nelle terapie a finalità curativa in cui è opportuno erogare dosi elevate, ma può essere indicata anche in casi di palliazione, qualora la sede da trattare sia in una posizione critica, e nella re-irradiazione.

Una seduta di RapidArc avviene in tempi brevissimi: meno di due minuti in tutto. Il tempo contenuto dell'applicazione incide infatti sull'efficacia del trattamento stesso e sul successo complessivo della cura.

Tale metodica, applicata fino ad ora in pochi centri italiani ed europei, è stata introdotta per la prima volta a livello regionale dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

A dicembre 2011 sono stati trattati con tecnica RapidArc circa 100 pazienti: il 50% era affetto da carcinoma alla prostata, il 25% tumori della regione testa-collo, il 15% da tumore polmonare, risultando alta la percentuale di casi complessi, così come quella dei trattamenti potenzialmente curativi.

L'implementazione di tale metodica ha permesso la re-irradiazione in 10 pazienti già sottoposti a trattamento radiante nella medesima sede, possibilità negata con le altre tecniche.

Grazie alle caratteristiche di RapidArc -alta dose al target e bassa dose agli organi critici- nell'anno 2011 è stata ottimizzata l'individuazione del cosiddetto "biological target", per mezzo della PET-TC; in circa 10 pazienti è stata avviata una procedura di centratura radioterapica PET-guidata, per le neoplasie prostatiche (PET-colina) e per quelle del testa-collo (PET-Fdg 18), al fine di aumentare la dose alla malattia biologicamente attiva (dose painting).

Durante lo stesso periodo è stato esteso alla quasi totalità dei pazienti in trattamento sugli acceleratori lineari il protocollo IGRT (radioterapia guidata dalle immagini), secondo le due modalità (on line, off line).

Servizio di accoglienza ostetrico – ginecologico

Nel 2011, è stata completata la nuova area di prima accoglienza per le pazienti con problematiche di tipo ostetrico-ginecologico, con l'attivazione di 2 nuovi ambulatori e 4 postazioni di osservazione temporanea. Nell'ambito dell'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, nel corso del 2011, sono state eseguite 8.536 prestazioni urgenti, di queste 6.377 in ambulatorio e 2159 in sala parto.

La nuova area, completamente ristrutturata e riqualificata, è dotata di un ambulatorio di accettazione (in funzione 24 ore su 24 per la paziente con patologia ginecologica, mentre nelle ore notturne e nei giorni festivi la donna che ha superato le 22 settimane di gestazione sarà direttamente indirizzata in sala parto), dove avviene la prima accoglienza e l'assegnazione di un codice di priorità all'utente e di un ambulatorio medico-specialistico all'interno del quale si svolge l'iter diagnostico.

La riorganizzazione dell'area ostetrico-ginecologica si inserisce in un percorso di innovazione attuato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria con l'istituzione del "Percorso centro nascita" (sul percorso nascita cfr. il paragrafo "Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto" nel presente capitolo) e si propone di facilitare l'accesso al servizio e al percorso successivo, indirizzando la paziente alle visite ambulatoriali o a eventuali controlli programmabili, anche attraverso una particolare attenzione al rapporto tra utente e operatore.

Le pazienti che accedono al servizio, dopo la valutazione della sintomatologia (triage infermieristico/ostetrico), vengono visitate e trattate in base alla priorità clinica. Il modello operativo di triage adottato è spot check, secondo linee guida regionali per il Pronto Soccorso. Nel caso di pazienti



gravide, l'ostetrica collabora con il medico nelle attività di visita e di osservazione temporanea con l'obiettivo di regolare l'accesso alle cure mediche in base alla condizione clinica della donna e al benessere fetale.

In base alla diagnosi, la paziente che si rivolge alla struttura può essere indirizzata verso un ricovero ordinario presso il reparto di degenza ostetrica o presso la degenza ginecologica o, in caso di travaglio in fase attiva, in sala parto, oppure verso la dimissione.

Nel caso, invece, di patologie, che richiedono di perfezionare la diagnosi ed impostare una prima terapia, sono a disposizione 4 postazioni per un periodo di osservazione temporanea.

L'accoglienza viene svolta dall'ostetrica (per le pazienti gravide) e dall'infermiera (per le pazienti ginecologiche). Ostetrica e infermiera sono le figure di riferimento per la fase dell'ascolto delle richieste poste dall'utente, chiamate ad identificare e comprendere l'effettivo bisogno espresso e l'urgenza/emergenza. In questa fase, se le condizioni lo consentono, si offrono alla paziente informazioni sul Servizio, sulle modalità d'accesso e sulle prestazioni offerte, proponendo e illustrando eventuale materiale informativo e fornendo informazioni sulla scelta di possibili altri percorsi, con relativo invio ad altri Servizi. L'ambulatorio, attraverso il dialogo e la disponibilità all'ascolto della paziente, svolge una funzione di sensibilizzazione dell'utenza a una maggiore educazione sanitaria e a un corretto accesso ai servizi, in collaborazione con le strutture territoriali e i medici di medicina generale.

Ecografia e risonanza magnetica nella diagnosi delle patologie dell'encefalo fetale e neonatale: percorso multidisciplinare

L'ecografia è la metodica elettiva per lo screening delle anomalie fetali, poiché fornisce immagini con ottima risoluzione spaziale, è facilmente fruibile, ripetibile e non presenta effetti nocivi per la madre e il feto. Tuttavia, nel caso di anomalie complesse, l'ecografia non sempre consente di ottenere informazioni sufficienti per una diagnosi precisa, ad esempio numerose le patologie dell'encefalo riescono ad avere una migliore diagnosi attraverso l'uso combinato e consecutivo dell'ecografia fetale e della risonanza magnetica materno-fetale.

La risonanza magnetica materno-fetale è un esame complesso (senza rischi per il feto e la mamma), che richiede una specifica competenza da parte del medico neuroradiologo: metodologica, per ovviare ai naturali movimenti del feto (l'esame infatti viene svolto senza alcuna sedazione della madre), ma anche professionale, per la corretta interpretazione dei risultati.

Nei casi di sospetta patologia cerebrale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha definito, già dal luglio 2010, un percorso multidisciplinare tra diverse strutture coinvolte al fine di consentire una valutazione clinico-strumentale il più possibile accurata e fornire alla famiglia gli strumenti corretti per la comprensione completa della patologia riscontrata. Si tratta di un percorso ben codificato per le anomalie dell'encefalo fetale, in modo da seguire la patologia dal feto al neonato. L'obiettivo è garantire continuità assistenziale sia durante la gravidanza che successivamente alla nascita del bambino

Sono coinvolte in questo percorso la Neuroradiologia e le strutture di Ostetricia e ginecologia e di Neuropsichiatria infantile, per l'applicazione della risonanza magnetica fetale come strumento di diagnosi di secondo o terzo livello.

Il percorso prevede quattro passaggi:

1. l'ecografia presso il servizio di Ecografia e diagnosi prenatale nelle gravidanze a rischio;
2. in caso di sospetta anomalia, l'ecografia viene ripetuta in presenza del neuropsichiatra infantile. In questa fase, viene proposta, dopo un counselling adeguato alla patologia rilevata, una risonanza magnetica, che è in grado di offrire immagini anatomiche dettagliate del cervello fetale e di caratterizzare le diverse patologie;
3. vengono definiti tempi (valutazione della settimana in cui eseguire l'esame se la diagnosi è stata posta più o meno precocemente) e modi (percorso rapido, percorso in elezione) per l'esecuzione della risonanza magnetica;
4. dopo la nascita, sono previsti controlli clinici seriati presso la Neuropsichiatria infantile e un esame di risonanza magnetica entro il primo anno di vita.

Questa opportunità diagnostica viene svolta da un numero limitato di ospedali in Italia, ed è stata attivata in AOU, a supporto delle province dell'Emilia occidentale.



Innovazione tecnologica

- Acquisire nuovi sistemi diagnostico-terapeutici dedicati all'interventistica radiologica e neuroradiologica con sistemi di detezione digitale diretta e completi di software di elaborazione dedicati a tecniche interventistiche avanzate;
- Realizzare un polo di interventistica che possa garantire l'applicazione di tecniche avanzate.

Risultati raggiunti

Nello corso del 2011, si è completata la procedura di acquisizione di apparecchiature, e la progettazione esecutiva del polo di interventistica radiologica e neuroradiologica e la definizione della parte tecnologica.

Sono stati avviati anche i lavori di realizzazione del polo.

Le apparecchiature acquisite sono allo stato dell'arte e complete con la dotazione hardware e software necessaria ad eseguire applicazioni avanzate in ambito diagnostico e terapeutico.

Il progetto si completa con una sala operatoria ibrida nella quale vengono combinate tecnologie utilizzate in un ambiente tipicamente chirurgico con sistemi radiologici ad elevate prestazioni e di ultima generazione per l'esecuzione di trattamenti percutanei e procedure endovascolari applicate all'intero sistema vascolare a limitata invasività con conseguenti riduzioni dei tempi di recupero e minimizzazione dei rischi operatori. Il progetto così strutturato rappresenta una soluzione estremamente avanzata, che permette di garantire una maggior sicurezza oltre a un incremento di efficienza e qualità, riducendo quindi i rischi di complicanze legati all'eventuale riconversione. È una scelta che si sviluppa sulla linea dell'aggiornamento tecnologico per assicurare il massimo delle competenze e delle possibilità operatorie ad oggi disponibili.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il progetto sarà completato nel corso del 2012.

È già operativa la prima sala con l'angiografo biplano, mentre è attualmente in fase di realizzazione la seconda fase che comprende l'angiografo monoplanare e la sala operatoria ibrida.

Criticità rilevate

Non sono presenti criticità.

Utilizzo di tecniche avanzate per la radioterapia

Risultati raggiunti

L'Acceleratore Lineare, acquisito di recente, 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) che permette una maggior precisione di trattamento, un minor tempo di esecuzione ed una maggiore capacità di conformazione di dose per proteggere i tessuti sani e gli organi a rischio circostanti.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il sistema è stato installato e collaudato, attualmente è in fase di sviluppo l'applicazione dei trattamenti in ambito clinico.

Criticità rilevate

Non sono presenti criticità.


OBI - Osservazione breve intensiva

Risultati raggiunti

È stata recentemente completata l'area di Osservazione breve intensiva che completa l'offerta assistenziale del Pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e con nuovi spazi dedicati all'Ambulatorio per i codici di minore gravità dell'Azienda Usl, direttamente integrati nell'area ospedaliera.

Una struttura all'avanguardia per l'Osservazione breve intensiva, dedicata alle urgenze sanitarie in accesso dal Pronto soccorso, con necessità di inquadramento diagnostico a breve termine tale da permettere un appropriato percorso diagnostico-terapeutico al domicilio o per terapie brevi.

Il profilo tecnologico è uno degli aspetti che contraddistingue questa nuova area. Caratteristica principale è la vicinanza della tecnologia al paziente. 6 delle 14 postazioni di assistenza sono dotate di pensile attrezzato con monitor e strumentazione sanitaria di emergenza per il controllo dei parametri vitali (ECG, respiro, SpO2, pressione non invasiva). I segnali sono visualizzati su display del posto letto e trasmessi alla centrale di monitoraggio alla postazione di lavoro per la costante supervisione dei



professionisti. Altre 8 postazioni sono dotate di telemetrie per la visualizzazione del battito cardiaco e centralina di controllo nella zona centrale di lavoro. Medici e operatori avranno a disposizione computer integrati con il sistema gestionale del Pronto soccorso.

La realizzazione e l'allestimento del nuovo reparto sono stati completati nel corso del 2011.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il reparto è pienamente operativo da marzo 2012.

Criticità rilevate

Non sono presenti criticità.

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.

Nel corso degli ultimi mesi del 2010 e dei primi sei mesi del 2011 il Comitato di Indirizzo non si è riunito in quanto decaduto e in attesa di eventuale rinnovo. Il Comitato di Indirizzo si è insediato nel mese di Luglio 2011.

- **Bilancio di Esercizio 2010**

E' stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Esercizio 2010 per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo.

Il Comitato ha ritenuto che le risultanze inserite in tale documento siano coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario e del Sistema sanitario provinciale; ha ritenuto, 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.

Il Comitato di Indirizzo esprime parere positivo sul documento presentato.

- **Bilancio di Missione – Anno 2010**

Il Comitato ha analizzato i vari capitoli in cui è suddiviso il documento, esaminando con particolare attenzione i capitoli dedicati alla produttività, al contributo della Azienda alla copertura dei LEA, alla promozione della eccellenza (clinica, tecnologica, organizzativa) alla integrazione con la Università degli Studi di Parma, allo sviluppo della edilizia ospedaliera con il completamento in corso del Nuovo Ospedale.

Il Comitato di Indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2010 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione dell'attività svolta nel corso dell'anno dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dei rapporti di collaborazione tra Azienda ed Università degli Studi di Parma, e confermi l'ottimo posizionamento dell'Azienda nell'ambito dell'assistenza sanitaria provinciale e regionale.

Esprime, pertanto, parere favorevole sul documento.

- **Espressione parere sugli Strumenti della programmazione pluriennale 2010/2012 e sul Programma di Bilancio 2011**

Sono stati illustrati ai componenti del Comitato di Indirizzo, per l'espressione del relativo parere, i seguenti documenti: Piano Programmatico e Programma degli Investimenti del triennio 2011-2013, Preventivo Economico Pluriennale 2011-2013 e Preventivo Economico dell'Esercizio 2011.

Dalla documentazione allegata alle deliberazioni del Direttore Generale n. 157 del 25.05.11 (adozione degli "Strumenti della programmazione pluriennale 2011-2013") emerge come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma abbia pianificato le proprie attività conformemente alle "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011".

Il Comitato di Indirizzo ha condiviso i programmi relativi all'ammodernamento strutturale e tecnologico e la prosecuzione del progetto di completamento del Nuovo Ospedale di Parma. In merito alle linee strategiche indicate dall'Azienda con particolare riferimento all'integrazione con la Facoltà di Medicina e



Chirurgia si ritiene meriterebbero riferimenti specifici gli stanziamenti, erogati annualmente dalla Regione Emilia-Romagna. E' verosimile, peraltro, che tali strategie necessitino di un attento riesame in considerazione della sfavorevole congiuntura economica, che potrebbe comportare condizioni di realizzazione differenti rispetto a quelle preventivate.

In relazione a quanto sopra riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo ai suddetti documenti.

Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali

Il consolidamento del processo di integrazione con l'Università, avviato con l'Accordo Attuativo Locale e con l'Atto Aziendale, ha rappresentato uno dei principali obiettivi dell'anno 2011, considerati sia i principi concernenti la collaborazione tra SSR e Università sia la qualificazione dell'Azienda quale azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università.

Il piano di azione, sulla base delle previsioni contemplate dal Protocollo d'intesa RER/Università di cui alla D.G.R. n. 297/2005, si è orientato alle seguenti linee direttrici:

- adeguamento degli assetti organizzativi aziendali al fine di assicurare l'integrazione fra le attività di assistenza, didattica e ricerca;
- armonizzazione della gestione dei professionisti;
- sviluppo delle sinergie nel campo della formazione medico-specialistica.

Riguardo alla prima linea di azione, la forte riduzione per pensionamento dei docenti universitari con compiti assistenziali, intervenuta nel mese di novembre 2010 e in corso d'anno 2011, che non ha potuto essere accompagnata da pari immissioni ed ha contestualmente comportato una carenza in alcuni settori scientifico-disciplinari, ha condotto ad una valutazione in prospettiva, effettuata in modo congiunto con il Rettore, volta a garantire e sviluppare i processi primari (assistenza- didattica-ricerca)

Entro tale logica la Direzione Generale, a fronte della vacanza direzionale registratasi in strutture complesse a direzione universitaria, ha conferito, d'intesa con il Rettore, tra il mese di gennaio 2011 ed il mese di dicembre 2011 n. 7 incarichi di direzione ad altrettanti professori universitari di adeguato profilo professionale inseriti in attività assistenziale e afferenti alle strutture aziendali interessate alla copertura, ai quali è altresì stata affidata da parte degli organi accademici, in relazione al settore scientifico disciplinare di appartenenza, la direzione della scuola di specializzazione.

L'assegnazione degli incarichi ha riguardato le seguenti Unità Operative Complesse:

- Clinica e Terapia Medica,
- Semeiotica,
- Clinica Pneumologica,
- Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale,
- Clinica Ortopedica,
- Ematologia e C.T.M.O.,
- Dermatologia.

La necessità di garantire un'adeguata risposta alle funzioni di assistenza, didattica e ricerca unitamente al consolidamento della collaborazione con l'Ateneo si è espressa anche con riferimento al riassetto direzionale della U.O. a direzione universitaria di Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia, peraltro promosso attraverso la partecipazione organizzativa della Giunta del Dipartimento ad Attività Integrata Testa-Collo, nonché nel riassetto direzionale del Dipartimento ad Attività Integrata Materno-Infantile, ove il livello manageriale-organizzativo dei processi primari costituisce fattore determinante per la realizzazione del progetto del Nuovo Ospedale dei Bambini.

In ordine alla seconda linea, in aderenza ai principi contenuti nelle fonti legislative e pattizie, è stato mantenuto costante l'impegno a favorire il processo di equiparazione retributiva dei docenti universitari attraverso la realizzazione di azioni di riequilibrio economico volte a garantire ai medesimi docenti, in applicazione dello specifico verbale d'intesa 2007 RER/Università, un trattamento economico aggiuntivo coerente con il trattamento economico dei dirigenti medici ospedalieri a parità di posizione e responsabilità.

Il disegno di armonizzazione tra i professionisti universitari e ospedalieri si è dispiegato anche con riferimento alla valorizzazione delle competenze professionali, delle capacità gestionali ed organizzative garantendo pari opportunità di accesso, di assegnazione e di verifica degli incarichi dirigenziali intermedi sulla base delle proposte formulate dai Direttori delle articolazioni aziendali.



Nell'ambito del percorso di collaborazione avviato dal Servizio Sanitario Regionale con le Università, per quanto concerne l'integrazione con le Facoltà di Medicina e Chirurgia relativamente alla formazione medico-specialistica, punto cardine è rappresentato dall'incentivare il pieno utilizzo della rete formativa di ciascuna Scuola di Specializzazione e prioritariamente delle strutture di sede, come strumento di miglioramento della didattica e della formazione professionalizzante.

A livello locale, sulla base di quanto già sottolineato dall'Atto Aziendale e dal correlato Accordo Attuativo Locale, lo specifico Accordo sulla formazione medico-specialistica, stipulato nel novembre 2008, ha declinato, attraverso il concorso delle rispettive autonomie, tutti i principi volti a garantire un flusso costante di innovazione del sistema in ordine allo sviluppo della formazione professionalizzante.

Entro tali logiche l'Accordo Attuativo Locale sulla formazione specialistica ha accentuato la disponibilità delle strutture di sede a direzione ospedaliera a soddisfare le esigenze formative, ha focalizzato le sinergie dei Consigli delle Scuole di Specializzazione, dei Dipartimenti ad Attività integrata, dei Dipartimenti Universitari e del Collegio di Direzione, ha evidenziato la condizione di privilegiare l'offerta formativa delle strutture di sede prima di ricorrere all'accensione di convenzioni con strutture collegate e complementari.

Il consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione ha condotto ad un perfezionamento dei flussi informativi necessari all'Azienda in ordine:

- alla composizione della rete formativa,
- alle strutture frequentate 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 SSR.

L'offerta formativa delle strutture di sede afferenti all'Azienda, a fronte del numero complessivo dei medici in formazione specialistica iscritti a Parma nell'anno accademico 2010/2011 pari a n. 529 unità secondo la rilevazione effettuata nel precedente capitolo 2.4, ha riguardato n. 502 medici in formazione specialistica con contratto di formazione, iscritti alle Scuole di Specializzazione Autonome ed Aggregate con sede amministrativa a Parma.

A tale entità numerica si devono aggiungere gli ulteriori medici in formazione specialistica, pari n. 44 (non compresi nella tabella specifica di cui al capitolo 2.4), frequentanti le scuole di specializzazione aggregate della Facoltà di Medicina di Parma ma iscritti nelle sedi amministrative di altri Atenei in qualità di Scuole Capofila.

Adeguate rilievo è stato attribuito al ruolo e alla valorizzazione dei professionisti ospedalieri nell'ambito del processo di formazione degli specializzandi anche al fine di realizzare il pieno utilizzo della rete ospedaliera.

Considerabile è risultato infatti l'apporto didattico registrato nell'anno accademico 2010/2011 che ha riguardato n. 240 professionisti ospedalieri cui sono stati conferiti incarichi didattici ripartiti secondo la seguente tipologia di incarico:

- ⇒ n. 131 incarichi di solo docenza
- ⇒ n. 42 incarichi di solo tutoraggio
- ⇒ n. 67 incarichi di docenza e tutoraggio

Si riportano in tabella le strutture aziendali coinvolte nell'attività didattica:

Strutture	numero docenti/tutor
DIREZIONE GENERALE	1
RICERCA E INNOVAZIONE	1
SERVIZIO FISICA SANITARIA	1
SERVIZIO ORGANIZZAZIONE E GESTIONE	2
SERVIZIO DI MED. PREV, IGIENE OSP. E SICUREZZA	1
CLINICA E TERAPIA MEDICA	1
EMATOLOGIA E C.T.M.O.	2
ENDOCRINOLOGIA	1
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA	2
NEFROLOGIA	4
GENETICA MEDICA	1
SEMEIOTICA MEDICA	1
MALATTIE INFETTIVE ED EPATOLOGIA	16
ONCOLOGIA MEDICA	4
CARDIOLOGIA	17
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1



MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGUL	2
PNEUMOLOGIA ED ENDOSCOPIA TORACICA	3
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	3
NEUROLOGIA	3
CLINICA GERIATRICA	3
LUNGODEGENZA CRITICA	4
GERIATRIA	2
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA	1
CHIRURGIA TORACICA	1
CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO	2
NEUROCHIRURGIA - NEUROTRAUMATOLOGIA	1
CLINICA ORTOPEDICA	2
NEUROCHIRURGIA	2
ATTIVITA' COMUNI DIP. NEUROSCIENZE	1
MAXILLO-FACCIALE	3
ODONTOSTOMATOLOGIA	1
OCULISTICA	4
CARDIOCHIRURGIA	8
UROLOGIA	5
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI	6
DERMATOLOGIA	2
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2
NEONATOLOGIA	3
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	2
CLINICA PEDIATRICA	4
GASTROENTEROLOGIA	2
CHIRURGIA PEDIATRICA	3
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	2
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9
2° ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	40
SCIENZE RADIOLOGICHE	4
RADIOLOGIA	10
NEURORADIOLOGIA	6
MEDICINA NUCLEARE	1
RADIOTERAPIA	3
VIROLOGIA	1
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA	4
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	6
MEDICINA RIABILITATIVA	6
COORDINAMENTO ATTIVITA' SPECIALISTICHE AMBULATORIA	1
MEDICINA INTERNA, REUMATOLOGIA E SEZIONE DETENUTI A	1
TRATTAMENTO INTENSIVO DEL DIABETE E DELLE SUE COMP	1
BIOCHIMICA AD ELEVATA AUTOMAZIONE	1
MALATTIE DEL RICAMBIO E DIABETOLOGIA	1
DAY HOSPITAL DIPARTIMENTALE	1
PATOLOGIA DELL'APPARATO LOCOMOTORE	4
DAY SURGERY	1
OTORINOLARINGOIATRIA	1
ASTANTERIA PEDIATRICA	2
RADIOLOGIA PEDIATRICA	3
TOTALE	240

Laboratori della comunicazione per il Corso di laurea in Infermieristica

La comunicazione tra medici, pazienti e infermieri è una componente chiave dell'effettiva cura della salute. Il rapporto tra infermieri e pazienti può essere considerato una delle componenti principali del processo di guarigione dell'individuo. (Pensieri, 2007). Tuttavia anche se comunicare avviene in modo istintivo, questo non può dirsi per una comunicazione efficace, che deve essere una condizione necessaria per promuovere la salute, per aiutare la persona a superare la malattia o a convivere con essa, per fornire sostegno nel dolore o nella sofferenza.

Il corso di Infermieristica nell'A.A. 2011/2012 ha visto attivare due tipologie di laboratorio rispettivamente destinate agli studenti del primo e del secondo anno e agli studenti del terzo ciclo. Le modalità didattiche (role playing, esercizi pratici, presentazione di casi) utilizzate nelle due tipologie di laboratorio sono finalizzate al coinvolgimento di ogni studente sia in attività di gruppo sia in discussioni in



plenaria, con lo scopo di favorire un apprendimento attivo e l'acquisizione di nuove abilità e non solo di conoscenze teoriche. Gli studenti sono stati ripartiti in gruppi di lavoro composti da non più di 20 partecipanti.

Laboratorio sulla comunicazione (primo e secondo anno del corso di Laurea in Infermieristica)

Obiettivo dei laboratori della comunicazione, per il primo e secondo anno di corso accademico, è quello di approfondire alcune delle tematiche principali legate alla psicopedagogia della comunicazione

Il ciclo attivato ha la durata di 10 ore totali ripartite in quattro distinti moduli. I docenti per ogni modulo sono due, rispettivamente con formazione specifica infermieristica e psicologica, allo scopo di integrare i due saperi e fornire agli studenti contenuti qualificati.

I contenuti vertono su quattro tipologie di argomenti: l'abilità di aiuto e il prestare ascolto, la comunicazione efficace e l'assertività, l'accoglienza infermieristica e l'impatto con la persona nel fine vita. Costituiscono tematiche generali delle prime due aree: l'abilità di aiuto e in particolare il prestare attenzione, il rispondere e facilitare l'esplorazione, il personalizzare l'interazione e facilitare l'auto-comprensione, iniziare e facilitare l'azione e la comunicazione assertiva, infine l'approfondimento della comunicazione efficace. Le altre due aree prevedono l'approfondimento di tematiche inerenti la relazione infermiere-paziente in due contesti specifici: l'ospedalizzazione come evento inatteso e destabilizzante per il paziente e il fine vita, come esito di una patologia grave e altamente invalidante. E' oggetto di approfondimento l'accoglienza infermieristica con i suoi aspetti relazionali e la focalizzazione su alcuni dei temi centrali dell'interazione infermiere - paziente. Il modulo sul fine vita intende fornire una prima visione delle principali teorie riguardanti il tema della morte, sensibilizzare gli studenti alla complessità di tale argomento, offrendo alcune chiavi di lettura e strumenti operativi. Uno degli obiettivi è fornire strumenti che possano supportare gli studenti qualora si dovessero relazionare con un paziente morente nel contesto del loro tirocinio.

Laboratorio sulle relazioni interprofessionali (terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica)

La finalità principale di tale attività didattica è l'acquisizione di capacità di analisi di dinamiche di gruppo e di variabili strutturali e organizzative. I contenuti vertono sulle diverse dimensioni: interpersonale, organizzativa e strutturale delle pratiche lavorative quotidiane e su tematiche relazionali in ottica interprofessionale.

Il laboratorio è strutturato in due moduli da 4 ore: il primo condotto da una psicologa, il secondo da un sociologo.

Nello specifico il primo modulo intende condurre gli studenti a porre attenzione alle componenti emotive delle relazioni interprofessionali, alle dinamiche di gruppo che incidono sul clima lavorativo e quindi anche sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Costituiscono oggetto di analisi e discussione, in quanto influenti sulle diverse tipologie di relazione tra professionisti: ruolo, motivazioni, emozioni, stile di attaccamento e dipendenza/indipendenza dal contesto. Si intende offrire l'opportunità di analizzare le variabili individuali che portano alla genesi e alla gestione del conflitto. Sono proposte alcune basi teoriche e alcuni esercizi pratici inerenti il costrutto dell'assertività.

Il secondo modulo focalizza l'attenzione sulle caratteristiche macrostrutturali che incidono sulla tipologia delle relazioni interpersonali e sulle stesse dinamiche collaborative o competitive agite.

Vengono evidenziate le principali implicazioni che le dinamiche di gruppo possono avere sulle pratiche lavorative e le relazioni interprofessionali. Dall'identificazione delle proprietà che caratterizzano i gruppi di lavoro, con la presentazione di una tassonomia che ne evidenzia i principali punti di forza e limiti in relazione a dimensioni, differenziazione di ruolo e grado di coesione sociale, si passa alla discussione delle due tipologie di relazioni interprofessionali: la collaborazione e la competizione. Tali dinamiche non vengono discusse in astratto ma inserite all'interno della cornice della propria comunità di pratiche mediante attività di tipo partecipativo che vedono gli studenti sperimentare attivamente le tensioni che muovono i gruppi verso la collaborazione o la competizione.

Il laboratorio si propone di affrontare le implicazioni che la dimensione strutturale delle aziende sanitarie possono avere sulle pratiche di cura e sulle relazioni interprofessionali. La corretta identificazione delle caratteristiche strutturali è essenziale per una rappresentazione realistica delle opportunità messe a disposizione dall'azienda e, allo stesso tempo, dei vincoli che ogni struttura aziendale necessariamente pone al comportamento dei propri dipendenti. Si mostrerà come la qualità delle relazioni interprofessionali possa risentire di rappresentazioni distorte del presente e di idealizzazioni, storie e "mitologie" inscritte nella cultura locale ma scarsamente aderenti alla concreta struttura aziendale.



Valutazione di ricaduta dei laboratori

Il presente anno accademico ha visto una buona percentuale di partecipazione degli studenti ai laboratori proposti. Quasi la totalità degli studenti del primo e del secondo anno ha partecipato a ciascuno dei 4 incontri, mentre la frequenza degli studenti del 3° anno è stata circa l'80% del totale (il percorso formativo riguarda anche parte del 2012).

Nello specifico, sono stati formati 180 studenti del primo e secondo anno del corso di laurea di infermieristica, divisi in piccoli gruppi di 20 persone.

Per il terzo anno del corso di laurea di infermieristica sono stati formati 110 studenti, attraverso 8 ore di formazione, in piccoli gruppi di 20 persone.

Ogni incontro prevede la presentazione di materiale teorico, come spunto iniziale per la riflessione e per potenziare negli studenti le competenze di analisi delle dinamiche interprofessionali nelle organizzazioni. Tali spunti teorici sono poi esplicitati attivamente, attraverso attività di tipo esperienziale che vedono gli studenti coinvolti personalmente nella risoluzione di case study oppure in esercitazioni di gruppo quali role playing e simulazioni.

È prevista l'analisi della ricaduta formativa attraverso la somministrazione di un test pre e post intervento formativo con raccolta dati di tipo quantitativo, relativo alle capacità relazionali sviluppate dagli studenti. L'analisi verrà effettuata su un campione di 40 studenti.

È, inoltre, prevista una valutazione certificativa degli argomenti trattati, attraverso un test integrato nella prova di esame di Psicologia e Pedagogia Speciale della comunicazione, per il primo e il secondo anno di corso e durante la prova finale di tirocinio per il terzo anno di corso.



3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

4

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

Il quarto capitolo è volto a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali del personale. La valorizzazione delle competenze professionali può trovare diverse declinazioni a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna Azienda privilegia. Il capitolo sviluppa numerose tematiche, individuate di seguito.

- La "carta di identità" del personale
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e sicurezza
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- Sistema informativo del personale
- Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze
- Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori







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

4.1 La "carta di identità" del personale

Questo paragrafo è dedicato all'analisi del "capitale umano" che svolge la propria attività all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Come già evidenziato nei bilanci degli anni precedenti tale fattore riveste un'importanza fondamentale all'interno dell'organizzazione aziendale, sia in termini di delicatezza delle mansioni svolte sia in termini di entità numerica.

La consistenza complessiva del personale operante nelle strutture aziendali, alla data del 31 dicembre 2011, ammonta a 4.169 unità.

Si conferma la netta prevalenza del personale con rapporto di lavoro subordinato sia a tempo indeterminato che determinato dipendente dal SSN (91%), mentre per quanto riguarda il personale universitario che svolge attività assistenziale si mantiene il trend in diminuzione.

Si rileva un incremento, rispetto all'anno precedente, di contratti di lavoro flessibile, legati all'espletamento di progetti aziendali, anche connessi ad attività di ricerca, finanziati con fondi extra aziendali. Complessivamente il lavoro flessibile riguarda il 3,1% del totale delle professionalità presenti in Azienda.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2009-2011

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Tempo indeterminato*	31.12.2009	2409	6	942	194	3551
	31.12.2010	2475	8	967	187	3637
	31.12.2011	2450	8	951	187	3596
Tempo determinato	31.12.2009	82	1	59	1	143
	31.12.2010	108	0	52	3	163
	31.12.2011	143	0	68	2	213
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2009	136	2	4	8	150
	31.12.2010	108	0	2	6	116
	31.12.2011	120	0	5	9	134

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

Tabella 2 Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario per ruolo, anni 2009-2011

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Personale universitario*	31.12.2009	240	0	4	37	281
	31.12.2010	212	0	5	33	250
	31.12.2011	192	0	5	32	229

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri utilizzati per il personale ospedaliero



Analisi di genere del personale

Si offrono di seguito alcuni spunti per un'analisi di genere del personale operante nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, considerata la marcata prevalenza della componente di sesso femminile (il 71% sul totale) rispetto a quella maschile.

Le amministrazioni dovrebbero infatti prestare attenzione agli aspetti di genere nella programmazione ed attuazione di tutti gli interventi (ottica di *mainstreaming*), assumendo la consapevolezza delle differenze personali, familiari, sociali, lavorative ed economiche che caratterizzano uomini e donne, nonché la conseguente capacità di valutare come tali differenze impattino diversamente sotto l'aspetto economico e sociale e quindi possano connotare diversamente gli interventi da adottare.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per età e per genere, anni 2009-2011

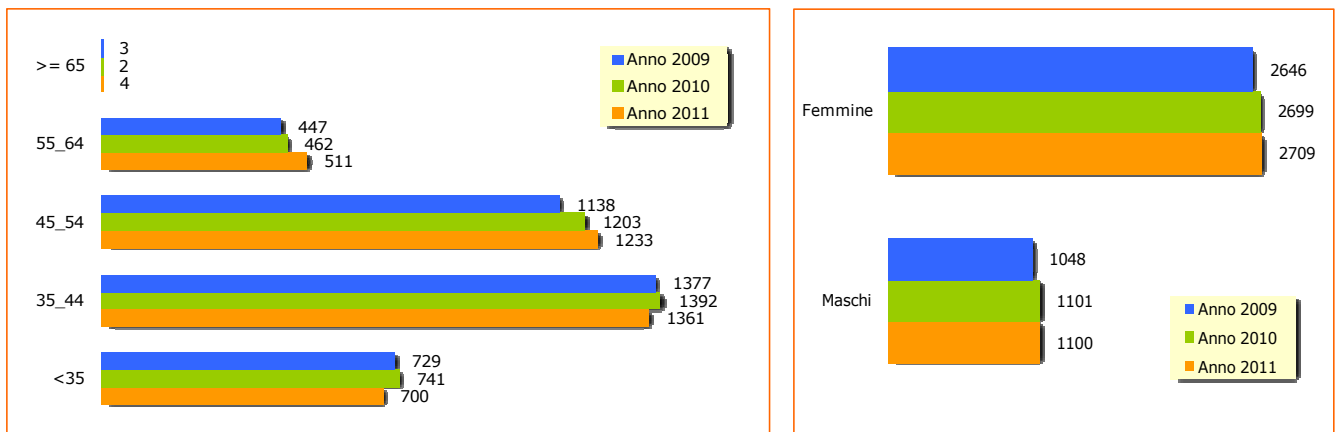


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e per genere, anni 2009-2011

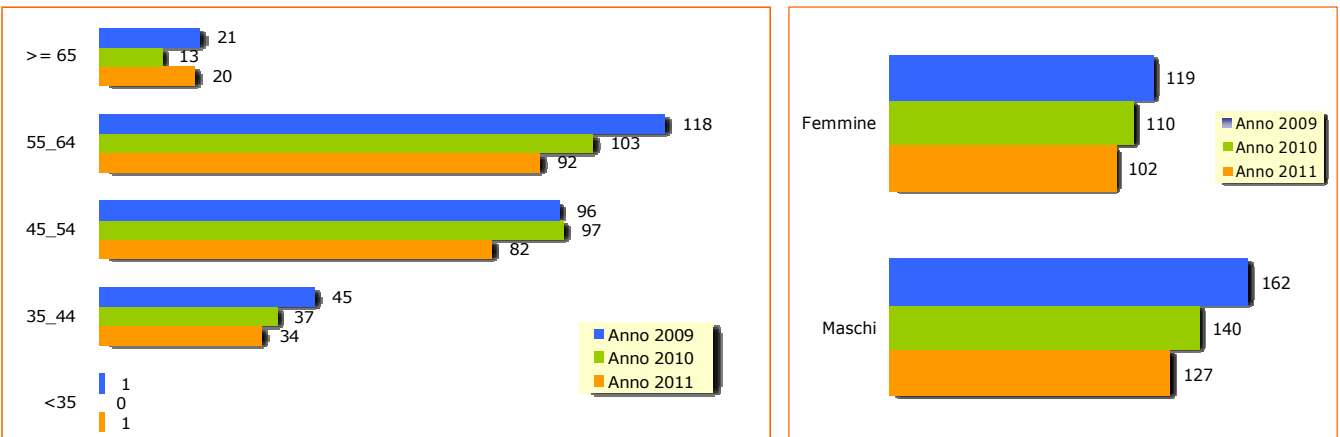


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori percentuali), anno 2011

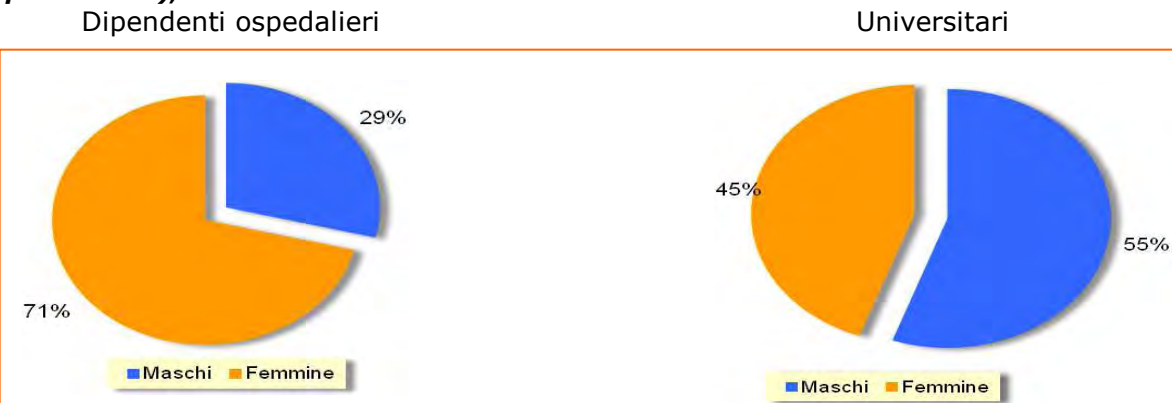
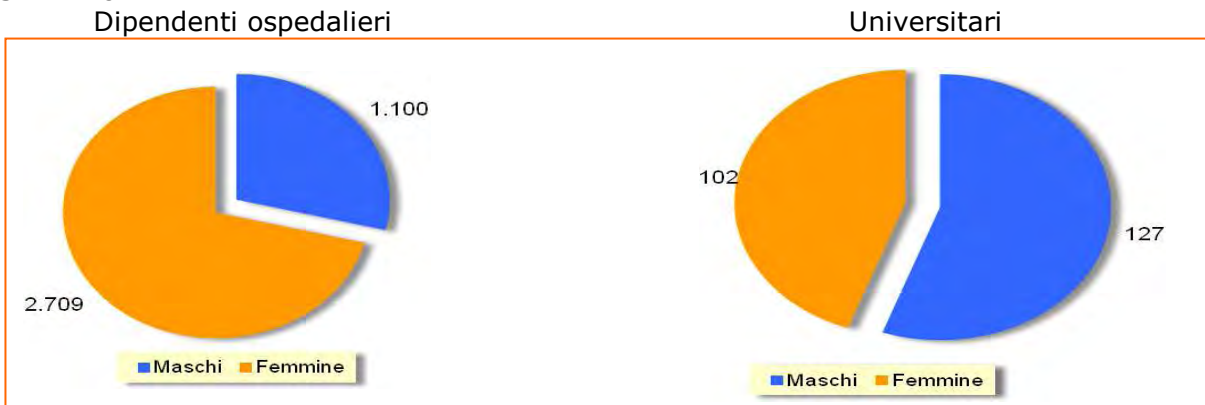




Grafico 4 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori assoluti) al 31.12.2011



Dall'esame dei grafici 1 e 2, in merito all'età anagrafica, si evince che il personale dipendente del SSR si colloca prevalentemente nella fascia 35-44, sebbene l'andamento triennale mostri uno spostamento verso le classi di età più alte. Mentre il personale universitario risulta maggiormente rappresentato nella fascia 55-64.

Quanto al genere, si osserva una netta prevalenza della componente femminile nei dipendenti del SSR (con un divario pari a due terzi) e al contrario una maggioranza maschile nel personale universitario.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2009-2011

al 31.12.2009 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	254	162	0	0	0	9	254	171	425
Altri dirigenti (sanitari - APT)	17	43	0	0	0	3	17	46	63
Personale infermieristico	284	994	1	19	12	289	297	1302	1599
Personale della riabilitazione	5	38	2	2	1	7	8	47	55
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	104	162	1	0	0	15	105	177	282
Altro personale ruolo tecnico	150	210	2	0	4	20	156	230	386
Personale OTA, OSS, ausiliario	130	372	0	3	5	46	135	421	556
Personale amministrativo	25	120	0	3	0	37	25	160	185
Totale	969	2101	6	27	22	426	997	2554	3551
al 31.12.2010 Categorie	M	F	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
	tempo pieno	tempo pieno	part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	266	180	0	0	0	7	266	187	453
Altri dirigenti (sanitari - APT)	20	45	0	0	0	3	20	48	68
Personale infermieristico	310	1004	0	22	10	292	320	1318	1638
Personale della riabilitazione	7	37	2	2	1	6	10	45	55
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	105	160	0	0	0	15	105	175	280
Altro personale ruolo tecnico	157	222	2	0	3	24	162	246	408
Personale OTA, OSS, ausiliario	136	369	0	3	2	47	138	419	557
Personale amministrativo	27	114	0	1	0	36	27	151	178
Totale	1028	2131	4	28	16	430	1048	2589	3637



al 31.12.2011 Categorie	M tempo pieno	F tempo pieno	M	F	M	F	Totale M	Totale F	Totale
			part time <=50	part time <=50	part time oltre 50	part time oltre 50			
Dirigenti medici	254	189	0	0	0	7	254	196	450
Altri dirigenti (sanitari - APT)	19	48	0	0	0	3	19	51	70
Personale infermieristico	310	998	0	20	8	285	318	1303	1621
Personale della riabilitazione	7	35	2	2	1	7	10	44	54
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	104	153	0	0	0	17	104	170	274
Altro personale ruolo tecnico	153	217	2	0	3	26	158	243	401
Personale OTA, OSS, ausiliario	132	363	0	3	2	48	134	414	548
Personale amministrativo	26	120	0	1	0	31	26	152	178
Totale	1005	2123	4	26	14	424	1023	2573	3596

Nota: La distinzione sulle tipologie di part-time si riferisce alla percentuale di riduzione oraria.

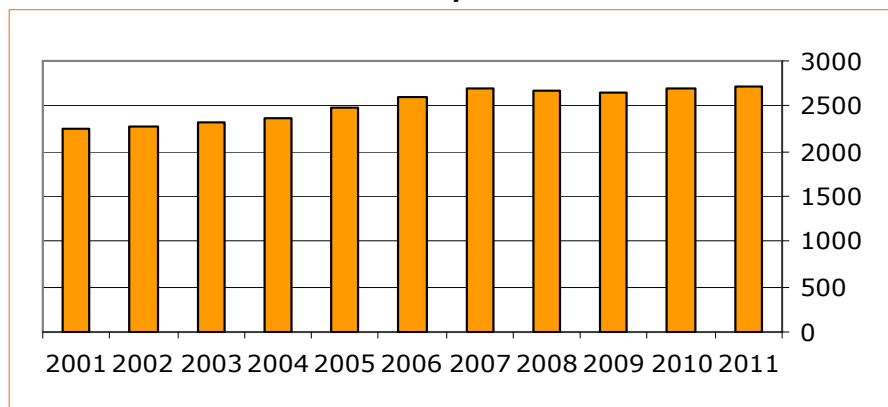
Focalizzando l'attenzione sui dati del ricorso al part time (circa il 13% del personale complessivo), si conferma ancora una volta il principio secondo cui si tratta di una scelta prevalentemente femminile e, in particolare, del personale dell'area del comparto.

Tabella 4 Distribuzione per genere ed aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2011

Aree contrattuali	%F	%M	Totale
Comparto	90,51	74,45	3.271
Dirigenza	9,49	25,55	538
Totale	100,00	100,00	3.809

Nella tabella 4 si vuole analizzare la distribuzione per genere tra il personale dirigente e il personale del comparto. Il 90,51% della popolazione femminile opera nell'area comparto, mentre solo il 9,49% afferisce alla dirigenza. Per la popolazione maschile il 74,45% lavora nell'area comparto, mentre il 25,55% afferisce alla dirigenza. Pertanto, considerando il totale dei dipendenti, quasi 1 su 7 appartiene alla dirigenza; nello specifico, nell'ambito della popolazione lavorativa maschile è dirigente 1 su 4 dipendenti, mentre tra la popolazione femminile le dirigenti sono meno di una su 10.

Grafico 5 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2001-2011



Come si può notare nei grafici 5 e 6, nell'arco temporale 2001-2011, la componente femminile dei lavoratori presenti in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma manifesta un trend evolutivo in aumento.

Raffrontando tale dato con quello della popolazione maschile, si assiste, nel periodo considerato, ad una conferma dell'accentuazione, seppur lieve, dello squilibrio già rilevato tra i due generi.



Grafico 6 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2001-2011

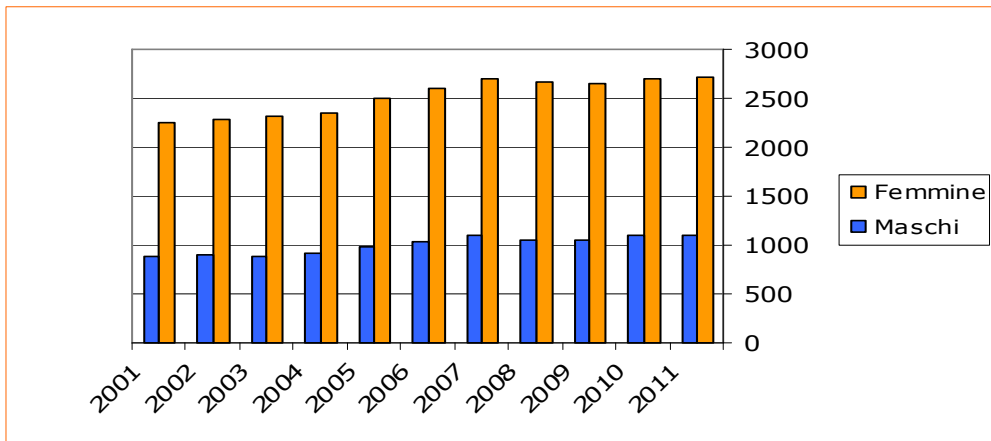


Tabella 5 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2011

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2593	68,08%	1857	68,55%	736	66,90%
Professionale	8	0,21%	1	0,04%	7	0,64%
Tecnica	1019	26,75%	691	25,51%	328	29,82%
Amministrativa	189	4,96%	160	5,90%	29	2,64%
Totale	3809	100,00%	2709	100,00%	1100	100,00%

Nella tabella 5, la popolazione aziendale è stata suddivisa per genere e per le 4 aree di afferenza sia del personale del comparto che dirigenziale. Le percentuali indicate rilevano l'incidenza della singola area di afferenza rispetto alla popolazione totale rispettivamente del genere femminile e del genere maschile. Si segnala una massiccia appartenenza delle dipendenti femmine all'area sanitaria, seguita dall'area tecnica, mentre le dipendenti amministrative costituiscono il 5,90% dell'intera popolazione femminile e solo lo 0,04% appartiene all'area professionale. La percentuale della popolazione aziendale maschile appartenente all'area sanitaria è pressoché invariato rispetto all'anno precedente; si registrano invece esigue percentuali maggiori per quanto concerne l'area professionale e tecnica. A dimostrazione di come il lavoro amministrativo sia ancora di stampo prettamente femminile, depone il dato della popolazione maschile appartenente all'area amministrativa.

Nelle tabelle e nei grafici che seguono si analizza la distribuzione di genere del personale in rapporto all'assunzione di incarichi di ruoli dirigenziali o di responsabilità.

Le statistiche europee indicano una persistente segregazione verticale ed orizzontale nei confronti delle donne sul mercato occupazionale. Permangono ruoli stereotipati di genere: la componente femminile della forza-lavoro tende infatti a collocarsi in prevalenza in determinati settori e ambiti professionali che richiamano le classiche forme e contenuti del lavoro domestico, che si concentrano per lo più nel settore dei servizi, della ristorazione, dell'educazione, dell'industria tessile, della sanità e della pubblica amministrazione.

Questa connotazione di genere è imputabile non solo alla trasmissione di stereotipi sociali che inducono le donne a scegliere percorsi scolastici rivolti per lo più al campo umanistico e sociale ma anche a rigidità organizzative che producono forme di autoesclusione dell'offerta lavoro femminile, a seguito di orari meno regolari e incompatibili con le responsabilità familiari fortemente vincolanti.

Anche il fenomeno della segmentazione è sempre più presente: nei diversi ambiti professionali non si presenta una uniformità distributiva per cui ad esempio nel settore medico le donne si orientano per lo più all'area pediatrica o medica rispetto a quella chirurgica.

Il trend attuale rivela tuttavia un'inversione di tendenza, grazie anche ad una crescente flessibilità e specializzazione delle professioni. Infatti, il confronto tra le tabelle 11 e 12, presentate più avanti, evidenzia una evoluzione nella distribuzione per genere all'interno delle discipline specialistiche: la forbice che si rileva tra maschi e femmine, soprattutto nell'ambito delle discipline chirurgiche, risulta sensibilmente meno ampia guardando la distribuzione per genere degli specializzandi nelle diverse



discipline e in certi casi, come nelle discipline mediche, si assiste a una inversione di tendenza con una prevalenza della componente femminile.

Tabella 6 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali a tempo indeterminato e determinato per genere al 31.12.2011

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	519	96,47%	250	97,28%	269	95,73%
Professionale	8	1,49%	1	0,39%	7	2,49%
Tecnica	2	0,37%	0	0%	2	0,71%
Amministrativa	9	1,67%	6	2,33%	3	1,07%
Totale	538	100,00%	257	100,00%	281	100,00%

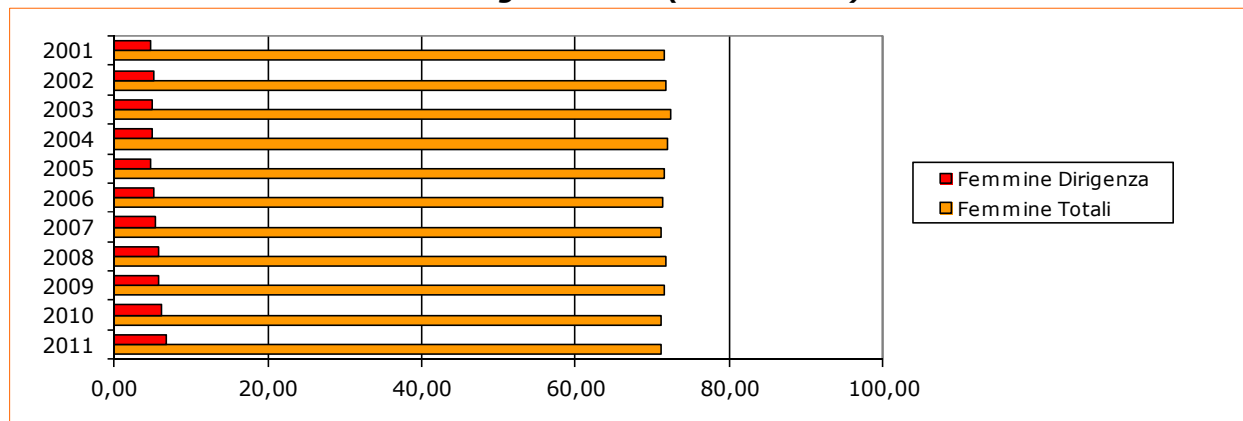
Nel dettaglio della Tabella 6 di distribuzione per area del personale dirigenziale, rispetto alla situazione generale rappresentata nella Tabella 5, si evidenzia come i dirigenti siano in valore assoluto più numerosi rispetto alle dirigenti, ad eccezione dell'area amministrativa.

Tabella 7 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere al 31.12.2011

Ruolo	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2074	63,41%	1607	65,54%	467	57,02%
Professionale	0	0%	0	0%	0	0%
Tecnico	1017	31,09%	691	28,18%	326	39,80%
Amministrativo	180	5,50%	154	6,28%	26	3,18%
Totale	3271	100,00%	2452	100,00%	819	100,00%

La situazione dettagliata della distribuzione per ruolo e per genere del personale appartenente all'area comparto conferma lo stesso schema distributivo dell'analisi generale di cui alla Tabella 5.

Grafico 7 Personale femminile e dirigenti donne (2001 - 2011)



Nell'arco dell'arco temporale 2001-2011, si registra un lento aumento della componente dirigenziale femminile, a fronte di una sostanziale stabilità di quella maschile.

Tabella 8 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri del personale a tempo indeterminato per genere al 31.12.2011

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totale	% totale
Direttore Dipartimento	1	0,40%	3	1,10%	4	0,77%
Direttore UO/Servizio	7	2,83%	24	8,79%	31	5,96%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	4	1,62%	8	2,93%	12	2,31%
Responsabile struttura semplice	9	3,64%	19	6,96%	28	5,38%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	0,40%	8	2,93%	9	1,73%
Incarico di alta specializzazione	27	10,93%	42	15,38%	69	13,27%
Case Manager Esperto	111	44,96%	107	39,19%	218	41,92%
Case Manager	87	35,22%	62	22,71%	149	28,65%
Totale	247	100,00%	273	100,00%	520	100,00%



La distribuzione degli incarichi ospedalieri al personale dirigenziale (senza considerare gli incarichi conferiti al personale universitario), mostra che gli incarichi apicali (Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O./Servizio, Responsabile S.S.D) affidati alle dirigenti donne sono in valore assoluto e percentualmente inferiori rispetto a quelli assegnati ai dirigenti uomini. Al contrario l'affidamento degli incarichi di livello più basso (Case Manager e Case Manager Esperto) si inverte la situazione rispetto ai totali per genere dei dirigenti, con una maggiore rappresentazione del personale femminile. Risulta confermato il principio secondo cui le posizioni apicali sono ancora per la maggior parte "maschili".

Tabella 9 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2011

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
Sanitario	27	1,10	8	0,98	35
Professionale	0	0	0	0	0
Tecnico	3	0,12	5	0,61	8
Amministrativo	19	0,77	1	0,12	20
Totale	49	2,00	14	1,71	63

Le percentuali sono calcolate rispettivamente sul totale della popolazione femminile e di quella maschile del comparto

Considerando la situazione relativa alla titolarità delle posizioni organizzative, che connotano posizioni di responsabilità nell'area del comparto, assiste ad una lieve inversione di tendenza: la percentuale delle lavoratrici sul totale della popolazione femminile titolari di P.O. risulta superiore a quella dei lavoratori rapportati all'intera popolazione maschile.

Tabella 10 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2011

Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
112	4,57%	28	3,42%	140

Le percentuali sono calcolate rispettivamente sul totale della popolazione femminile e di quella maschile del comparto

Anche relativamente agli incarichi di coordinamento, rispetto al totale della popolazione del comparto divisa per genere, le coordinatrici sono in maggioranza, sia numerica che percentuale.

Nell'ambito della popolazione medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, le donne sono percentualmente prevalenti nell'area di sanità pubblica, in lieve maggioranza nell'area della medicina diagnostica e dei servizi, in leggera minoranza nell'area delle specialistiche mediche, e sottorappresentate nell'area chirurgica (a conferma del principio di segregazione orizzontale).

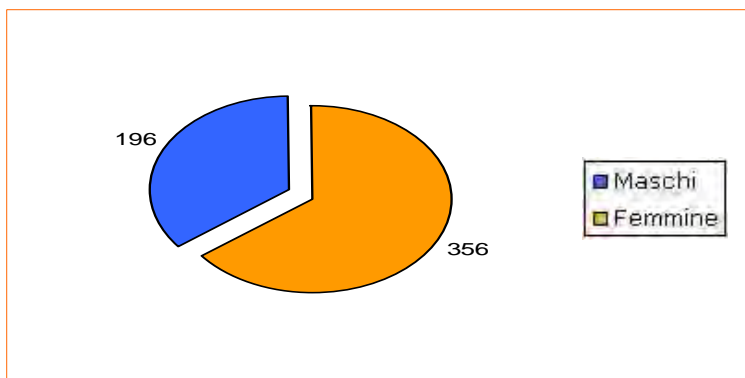
Tabella 11 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2011

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	40,91%	59,09%
DERMATOLOGIA	33,33%	66,67%
EMATOLOGIA	100,00%	0,00%
GASTROENTEROLOGIA	50,00%	50,00%
GENETICA MEDICA	100,00%	0,00%
GERIATRIA	37,50%	62,50%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	35,71%	64,29%
MALATTIE INFETTIVE	43,75%	56,25%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	52,00%	48,00%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	66,67%	33,33%
MEDICINA INTERNA	44,90%	55,10%
NEFROLOGIA	57,14%	42,86%
NEONATOLOGIA	33,33%	66,67%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00%	0,00%
ONCOLOGIA	45,45%	54,55%
PEDIATRIA	77,78%	22,22%
RADIOTERAPIA	40,00%	60,00%
REUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
SUBTOTALI	49,77%	50,23%



DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	0,00%	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	14,29%	85,71%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	28,57%	71,43%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0,00%	100,00%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	33,33%	66,67%
NEUROCHIRURGIA	15,38%	84,62%
OFTALMOLOGIA	33,33%	66,67%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,00%	100,00%
UROLOGIA	27,27%	72,73%
SUBTOTALI	15,22%	84,78%
DISCIPLINE AREA DI ODONTOIATRIA	% Femmine	% Maschi
ODONTOIATRIA	0,00%	100,00%
SUBTOTALI	0,00%	100,00%
DISCIPLINE AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI	% Femmine	% Maschi
ANATOMIA ED IST. PATOLOGICA	42,86%	57,14%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	55,56%	44,44%
MEDICINA TRASFUSIONALE	37,50%	62,50%
MEDICINA LEGALE	0,00%	100,00%
MEDICINA NUCLEARE	100,00%	0,00%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	75,00%	25,00%
NEURORADIOLOGIA	30,00%	70,00%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	66,67%	33,33%
RADIODIAGNOSTICA	48,48%	51,52%
SUBTOTALI	52,05%	47,95%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	% Femmine	% Maschi
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	66,67%	33,33%
SUBTOTALI	66,67%	33,33%
Totale	43,78%	56,22%

Grafico 8 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2011



Dal grafico 8, relativo ai medici in formazione specialistica delle Scuole di Specializzazione della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Parma che frequentano le strutture di sede presso l'Azienda,



emerge, come già rimarcato nei dati dello scorso anno, il processo di "femminilizzazione del SSN", con l'accentuazione della presenza femminile nella dirigenza.

Tabella 12 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2011

Area Medica e delle specialità mediche				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Allergologia ed immunologia clinica	6	85,71	1	14,29
Cardiologia	7	53,85	6	46,15
Dermatologia e venereologia	6	100,00	0	0,00
Ematologia	6	100,00	0	0,00
Endocrinologia e malattie del ricambio	4	80,00	1	20,00
Gastroenterologia	7	87,50	1	12,50
Geriatria	9	69,23	4	30,77
Malattie dell'apparato respiratorio	13	76,47	4	23,53
Malattie dell'apparato cardiovascolare	6	60,00	4	40,00
Malattie infettive	3	75,00	1	25,00
Medicina d'emergenza-urgenza	9	56,25	7	43,75
Medicina fisica e riabilitazione	11	73,33	4	26,67
Medicina interna	18	66,67	9	33,33
Nefrologia	10	66,67	5	33,33
Neurologia	12	70,59	5	29,41
Neuropsichiatria infantile	17	89,47	2	10,53
Oncologia	9	69,23	4	30,77
Pediatria	36	85,71	6	14,29
Psichiatria	15	75,00	5	25,00
Radioterapia	9	81,82	2	18,18
Scienza dell'alimentazione	0	0,00	3	100,00
Totale	213	74,22	74	25,78
Area di Chirurgia e delle specialità chirurgiche				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Cardiochirurgia	1	25,00	3	75,00
Chirurgia generale	8	29,63	19	70,37
Chirurgia maxillo facciale	5	35,71	9	64,29
Chirurgia plastica e ricostruttiva	4	40,00	6	60,00
Chirurgia toracica	3	60,00	2	40,00
Chirurgia vascolare	1	20,00	4	80,00
Ginecologia e ostetricia	15	75,00	5	25,00
Oftalmologia	4	44,44	5	55,56
Ortopedia e traumatologia	4	23,53	13	76,47
Otorinolaringoiatria	5	71,43	2	28,57
Urologia	1	25,00	3	75,00
Totale	51	41,80	71	58,20
Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Anatomia patologica	6	60,00	4	40,00
Anestesia e rianimazione	12	54,55	10	45,45
Anestesia rianimazione terapia intensiva	12	60,00	8	40,00
Biochimica clinica	2	100,00	0	0,00
Medicina legale	5	83,33	1	16,67
Radiodiagnostica	31	57,41	23	42,59
Totale	68	59,65	46	40,35



Area di sanità pubblica				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Igiene e medicina preventiva	7	77,78	2	22,22
Medicina del lavoro	17	85,00	3	15,00
Totale	24	82,76	5	17,24

La distribuzione per genere, nelle diverse scuole di specializzazione dei medici in formazione specialistica che frequentano le strutture di sede, denota una maggior presenza femminile in tutte le aree mediche, mentre nell'area chirurgica è ancora prevalente la componente maschile.

L'analisi della popolazione aziendale, in un'ottica di *diversity management*, oltre al profilo del genere e dell'età, non può prescindere anche dal considerare la nazionalità.

Dalla tabella che segue si può evincere che l'Azienda conta tra i propri operatori anche personale straniero, proveniente in prevalenza da paesi dell'Unione Europea ma anche da paesi extracomunitari.

Si tratta per la quasi totalità di lavoratori dedicati all'assistenza (infermieri, operatori socio sanitari).

Tabella 13 Personale straniero al 31.12.2011 – Distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
ALBANESE	2	100%	0	0,0%
ARGENTINA	1	100%	0	0,0%
GRECA	0	0,0%	1	100%
MAROCCHINA	1	100%	0	0,0%
PARAGUAIANA	20	91,30%	2	9,09%
POLACCA	4	100%	0	0,0%
SPAGNOLA	1	100%	0	0,0%
RUMENA	45	95,74%	2	4,26%
SERBA	1	100%	0	0,0%
UCRAINA	1	100%	0	0,0%
LETTONE	1	100%	0	0,0%
LITUANA	1	100%	0	0,0%
Totale	78	93,98%	5	6,02%

Mobilità del personale

Nella tabella 14 si osserva la dinamica degli ingressi e delle uscite delle risorse umane presenti in Azienda nel corso degli anni 2009-2011, rilevati secondo i criteri previsti per il conto annuale, considerando il personale a tempo indeterminato.

Nel triennio considerato si rileva nell'Azienda un incremento complessivo di personale pari a 96 unità. Tuttavia nell'anno 2011, si assiste ad un decremento di 41 unità rispetto all'anno precedente.

La definizione delle politiche delle risorse umane nell'ambito dell'Azienda ha risentito sostanzialmente del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento (in particolare dei principi contenuti nella recente manovra economica e nelle misure di razionalizzazione della finanza pubblica del D.L. 78/2010 convertito con legge n. 122/2010). Tali disposizioni impongono, anche per il futuro, misure di contenimento della spesa del personale operante presso le aziende e gli enti del SSR e l'adozione di conseguenti misure di riorganizzazione.

Compatibilmente con tali principi, la politica di gestione delle risorse umane dell'Azienda è stata prevalentemente orientata verso il personale dedicato all'assistenza.

L'Azienda è stata interessata da adeguamenti assistenziali che hanno determinato temporanei incrementi nelle necessità di personale, soprattutto tecnico sanitario e infermieristico, in modo particolare per le attività correlate all'attuazione dei progetti del Nuovo Ospedale.

L'incremento rilevato riguarda in misura quasi esclusiva il personale dedicato all'assistenza e, segnatamente, il personale medico, il personale del ruolo tecnico - OSS - e il personale infermieristico.

Il reclutamento di personale appartenente all'area assistenziale del comparto, è avvenuto nell'ambito della progressiva attuazione del progetto del Nuovo Ospedale e all'avvio di progetti aziendali, quali:



- o la realizzazione del progetto del Nuovo Ospedale dei Bambini quanto alla valutazione dell’impatto nel modello organizzativo assistenziale;
- o il programma di riorganizzazione del Dipartimento Emergenza-urgenza che ha previsto l’attivazione di una nuova struttura di Medicina interna, con il conseguente trasferimento della struttura di Medicina d’urgenza;
- o l’attivazione della Lungodegenza a gestione infermieristica – dedicata a pazienti geriatrici già in carico all’U.O. Lungodegenza critica le cui condizioni non richiedono più il monitoraggio costante del medico ma che necessitano del completamento di un piano terapeutico già ben definito dall’équipe medica (cfr. il Bilancio di missione 2010, capitolo 7);
- o il completamento del turno in accettazione ostetrico-ginecologica e in sala parto.

Tuttavia, la parte preponderante delle assunzioni, che si è concentrata nei mesi centrali dell’anno 2011 per poi diminuire verso la fine dello stesso esercizio, è correlata all’attivazione del nuovo Pronto Soccorso, la cui innovativa struttura ha imposto l’adozione di diversi modelli organizzativi per l’erogazione delle prestazioni assistenziali, determinando la necessità di potenziare l’organico, anche del personale medico e di supporto.

Inoltre, con specifico riferimento all’area medica, nell’anno 2011 si è data completa attuazione alle politiche di graduale trasformazione delle posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato, in applicazione dei piani pluriennali previsti dagli indirizzi regionali contenuti nei protocolli già sottoscritti con le OO.SS. (protocolli del 30 luglio 2007, trasmessi con nota PG 209145 dell’8 agosto 2007).

Tabella 14 Mobilità del personale, anni 2009-2011

Mobilità in uscita	2009	2010	2011	2009-2011
Limite età	10	5	6	21
Dimissioni	41	96	78	215
Passaggio altra amm.ne	96	80	68	244
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0	0
Altre cause	5	11	2	18
Mobilità in entrata	2009	2010	2011	2009-2011
Provenienti altre amm.ni	12	25	42	79
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0	0
Procedure concorsuali	181	247	70	498
Altre cause	9	7	1	17
Differenza	+50	+87	-41	+96



Tabella 15 Cessati per categorie, 2009-2011

Categorie	Passati altra amm.ne	Dimissio ni	Limite età	Altre cause
Anno 2009				
Dirigenti medici	4	7	0	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	0	2	0
Personale infermieristico	65	17	3	2
Personale della riabilitazione	0	0	0	1
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	8	7	0	0
Altro personale ruolo tecnico	0	5	5	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	16	2	0	0
Personale amministrativo	2	3	0	0
Anno 2010				
Dirigenti medici	8	19	1	2
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	3	3	0	2
Personale infermieristico	27	29	1	0
Personale della riabilitazione	0	2	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	10	12	1	1
Altro personale ruolo tecnico	1	16	1	5
Personale OTA, OSS, ausiliari	29	7	0	0
Personale amministrativo	2	8	0	1
Anno 2011				
Dirigenti medici	11	19	0	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	0	0	1
Personale infermieristico	27	23	0	0
Personale della riabilitazione	1	0	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	10	10	1	0
Altro personale ruolo tecnico	0	11	4	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	19	8	1	0
Personale amministrativo	0	7	0	0

Tabella 16 Assunti per categorie, 2009-2011

Categorie	Provenie nti altre amm.ni	Procedure concorsua li	Altre cause
Anno 2009			
Dirigenti medici	1	17	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	2	1
Personale infermieristico	9	60	5
Personale della riabilitazione	0	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	0	25	0
Altro personale ruolo tecnico	0	10	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	59	0
Personale amministrativo	0	8	3
Anno 2010			
Dirigenti medici	6	49	3
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	7	1
Personale infermieristico	11	84	0
Personale della riabilitazione	0	3	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	20	0
Altro personale ruolo tecnico	2	9	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	74	0
Personale amministrativo	2	1	2
Anno 2011			
Dirigenti medici	6	20	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	1	0
Personale infermieristico	18	15	0
Personale della riabilitazione	0	1	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	3	12	1
Altro personale ruolo tecnico	1	4	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	10	11	0
Personale amministrativo	3	6	0



Pari Opportunità

L'anno 2011 si è caratterizzato dall'istituzione, in attuazione alla Legge n. 183/2010, del Comitato Unico di Garanzia (CUG) che in sostanza, sostituisce, unificando le competenze, i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati per il Mobbing, in un solo organismo che esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale dell'Azienda, dirigente e non. La costituzione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è avvenuta in data 28 marzo 2011 con atto deliberativo n. 104.

La moltiplicazione dei comitati anche all'interno di una stessa amministrazione ha causato, negli anni, una frammentazione delle competenze, in quanto al CPO erano attribuite quelle relative al contrasto alle discriminazioni di genere e alle molestie sessuali e ai Comitati mobbing quelle relative alla tutela del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici e alla sfera della violenza/molestia di carattere psicologico.

Il CUG, seppure in una logica di continuità con i Comitati Pari Opportunità e Mobbing, si afferma come soggetto nuovo, attraverso il quale il legislatore, tenendo conto delle criticità esistenti, intende raggiungere più obiettivi.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed opera in collaborazione con la Consigliera Nazionale di Parità; contribuisce inoltre all'ottimizzazione della produttività e del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Nell'ambito delle attività svolte dal Comitato, nel 2011 è stata intrapresa in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Parma, una ricerca sulla difficoltà di progressione della carriera per le donne medico.

L'interrogativo principale della ricerca consiste nel fatto che la professione medica si sta sempre più femminilizzando, ma nonostante questo esistono ancora disparità tra uomini e donne nella vita professionale e privata. La donna è entrata in modo sempre più massiccio nel mondo del lavoro, continuando a farsi carico quasi completamente delle responsabilità familiari e domestiche. La non equa distribuzione del lavoro familiare e domestico diventa un ostacolo per la progressione di carriera delle donne. Importante è capire qual è la situazione delle donne nella professione medica e come queste si spiegano il loro vissuto attuale. La professione medica ha delle specificità: turni, alto carico di lavoro, competizione, status sociale elevato, la tendenza a sposarsi tra medici.

Alcune delle aree indagate dal questionario sono:

- Informazioni anagrafiche e sociodemografiche: età, anno di laurea, anni di servizio, specialità scelta, tipologia di contratto, stato civile, numero di figli.
- Il tempo trascorso tra la fine della specializzazione e il primo incarico.
- Le motivazioni della scelta della specialità: passione scientifica, rapporto umano, orari di lavoro, relazione d'aiuto, orientamento tecnologico.
- La divisione del lavoro orizzontale (cioè la tipizzazione per genere di certe specialità: ad esempio se uno dei motivi per cui le donne scelgono certe specialità è una maggiore possibilità di conciliare vita privata e lavoro) e la divisione verticale (il "soffitto di cristallo"), le donne non ricoprono ruoli all'apice neanche in quelle professioni in cui sono in maggior numero.

Esempi di item che indagano le possibili discriminazioni sul lavoro possono essere:

1. le donne trovano difficoltà nel diventare medici
 2. credere che ci siano barriere nell'avanzamento della carriera medica
 3. l'esistenza di eque opportunità per la progressione nella professione medica
 4. la discriminazione esiste nella professione medica
 5. prendere permessi per le responsabilità familiari nuocerà alla professione.
- La conoscenza da parte dei medici della legislazione vigente in materia di tutela della famiglia e di tutela dell'uguaglianza tra uomini e donne sul lavoro, ad esempio il divieto di licenziamento e di demansionamento. Si è voluto indagare se realmente è noto il significato e se sono stati utilizzati: congedi di maternità e di paternità, parentali, per malattia del figlio, riposi giornalieri, eccetera.
 - Quali strategie vengono utilizzate per trovare una conciliazione tra vita professionale, familiare e domestica: il ricorso a personale di servizio per il lavoro domestico, babysitter, asili nido, nonni per la cura dei figli, eccetera.
 - La distribuzione del lavoro domestico e della cura dei figli da parte dei due partner in casa: chi fa cosa e il tempo medio impiegato in ogni attività, la percezione dei due partner relativa ai rispettivi contributi e quale secondo loro sarebbe la distribuzione ideale del lavoro domestico tra uomo e donna (indagine sulla divisione del lavoro e sulle politiche sociali).



I risultati dell'indagine saranno disponibili alla fine dell'anno 2012 e saranno oggetto di rendicontazione nel prossimo bilancio di missione.

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha innovato e attivato strumenti e percorsi per rendere sempre più effettiva la partecipazione dei professionisti e degli operatori, che quotidianamente prestano la loro fondamentale opera per garantire la miglior assistenza e cura ai cittadini che si rivolgono alle strutture dell'ospedale, aderendo al disegno scaturente dalla legislazione regionale e dal "Piano sociale e sanitario 2008-2010".

In tale quadro, il Collegio di Direzione rappresenta un momento decisionale fondamentale per la Direzione aziendale sia nella fase di pianificazione degli obiettivi, sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale.

In particolare nell'anno 2011, 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, sono stati sottoposti al parere del Collegio di Direzione i seguenti progetti:

- Riorganizzazione delle Chirurgie: l'obiettivo è la realizzazione di un nuovo modello che tenga conto di una suddivisione dei reparti secondo un'organizzazione per intensità di cure ed aree omogenee, garantendo vantaggi in termini di miglioramento della continuità assistenziale;
- Nuovo Ospedale dei Bambini: l'obiettivo è unire tutte le competenze pediatriche in un unico luogo, agevolando a pazienti e familiari l'accesso alle cure;
- Progetto posti letto Dipartimento Geriatrico Riabilitativo: l'obiettivo è garantire la gestione clinica del paziente fragile polipatologico in un rapporto collaborativo e sinergico con l'Azienda territoriale, prevedendo l'attivazione di n. 18 posti letto per acuti da riservare a pazienti fragili/polipatologici istituzionalizzati, per completare la rimodulazione per intensità di cure dell'area della medicina interna del DAI Geriatrico-riabilitativo;
- Progetto Ospedale Territorio senza Dolore: l'obiettivo è assicurare il controllo del dolore, sia cronico sia acuto, in modo sistematico per tutti i pazienti;
- Piano Equità: gli ambiti di interesse previsti dal Piano Equità sono:
 - Disuguaglianze in ambito sanitario,
 - Equità di accesso ai servizi sanitari,
 - Meccanismi generatori delle disuguaglianze,
 - Disuguaglianze nei contesti organizzativi e approccio di diversity management.

Il Piano prevede l'istituzione, all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, di un Gruppo di Coordinamento per le iniziative e le azioni per l'equità. Il Programma annuale delle attività predisposto da suddetto Gruppo viene approvato dalla Direzione Aziendale e dal Collegio di Direzione e formalizzato dagli strumenti di programmazione aziendali (budget).

È stata inoltre validata dal Collegio di Direzione la modifica del Regolamento dell'attività libero professionale.

Il Collegio di Direzione costituisce il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico ed ha il compito di collaborare all'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 2011, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2011 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2011.

Inoltre, sono stati presentati al Collegio gli obiettivi specifici dei direttori di dipartimento e di unità operativa.

Nel corso del 2011 sono state discusse e condivise dal Collegio di Direzione la programmazione delle attività, le modalità di attuazione e i relativi sistemi di monitoraggio inerenti i temi del governo clinico, gestione del rischio, qualità e accreditamento.

Il Collegio di Direzione ha affrontato le strategie e gli obiettivi generali e specifici del governo clinico, inseriti nelle Linee di indirizzo al Budget 2011, in particolare :

- Area governo clinico:



- Audit clinici e organizzativi
- Percorsi diagnostici terapeutici
- Area rischio clinico
- Aree di intervento per la gestione del rischio
- Gestione del rischio infettivo
- Area accreditamento
- Area qualità percepita
- Pianificazione delle indagini mediante questionari regionali sulla qualità percepita dei pazienti nelle degenze dei Dipartimenti Emergenza-urgenza, Chirurgico, Neuroscienze.
- Pianificazione delle indagini mediante questionari regionali sulla qualità percepita dei pazienti e dei loro familiari nelle Terapie Intensive dei Dipartimenti Emergenza-Urgenza, Chirurgico, Neuroscienze.

Sono state validate l'analisi e la discussione della strategia aziendale per la promozione del governo clinico. In particolare all'esame sono stati trattati gli argomenti inerenti la qualità, la sicurezza e i sistemi di valutazione con particolare riferimento a:

- modalità per la diffusione della cultura della sicurezza,
- sviluppo delle reti multiprofessionali e multidisciplinari,
- coinvolgimento degli utenti e del volontariato,
- promozione del Sistema Qualità aziendale.

Inoltre, sono state condivise con il Collegio di Direzione le interfacce e i rispettivi ruoli della SSD Governo clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento nei confronti del Collegio stesso, dei Dipartimenti ad Attività Integrata, delle Strutture Aziendali e degli Staff della Direzione Generale.

Il Collegio di Direzione ha, altresì, affrontato il tema degli Indicatori clinici e degli Indicatori di ospedalizzazione inseriti nel Programma Nazionale Esiti del Ministero della Salute. In particolare sono stati presentati e discussi i dati relativi agli indicatori 2009 del PNE dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, nel confronto con le altre Aziende Regionali e Nazionali.

In tale occasione è stato presentato al Collegio di Direzione il progetto "Applicazione del braccialetto identificativo al paziente degente nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma".

Con riferimento all'attività di ricerca e sviluppo dell'innovazione (che rappresenta il punto di collegamento e di trasferimento all'interno dell'Azienda di innovazioni organizzative e di programmi regionali di formazione orientati a coloro che hanno la responsabilità diretta della gestione della tecnologia) su proposta del Collegio di Direzione è stato istituito il Board della Ricerca e Innovazione, in attuazione delle indicazioni della delibera regionale 1495/2010, con il compito sia di vigilare sull'attività di ricerca sia di supportare la funzione propositiva del Collegio stesso, in merito all'attuazione delle seguenti attività:

- predisposizione del Piano Aziendale di Ricerca e Innovazione;
- valorizzazione dei professionisti e sostegno delle attività di ricerca.

Sempre in merito all'attività di ricerca, il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali.

A tale scopo, nel 2011 sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti:

- Programma di Ricerca Regione Università Area 1 "Ricerca Innovativa": area riservata a "Programmi" (aggregazione di più progetti finalizzati a raggiungere un insieme di obiettivi tra loro coerenti) fondati su problemi sanitari assistenziali e/o patologie nel cui ambito sarà necessario migliorare le conoscenze scientifiche e le capacità di trasferimento;
- Programma di Ricerca Regione Università 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;
- Ricerca finalizzata e Bando Giovani ricercatori, finanziato dal Ministero della Salute;
- Progetti di Modernizzazione, bando RER.

In tema di formazione il Collegio di Direzione ha validato il Piano Aziendale della Formazione, quale documento programmatico che illustra le attività di formazione previste dall'Azienda che comprendono gli obiettivi alla base delle scelte formative proposte, l'impegno economico, i destinatari delle azioni formative, i sistemi di verifica e di valutazione di qualità e di efficacia degli interventi programmati.

Dovendo ridefinire le nuove linee di orientamento della formazione per gli anni 2011-2012, si è deciso di utilizzare lo strumento 'analisi del fabbisogno formativo' come elemento fondante affinché la formazione divenga concretamente non la sommatoria di singoli eventi - che si aprono e si chiudono in un lasso di tempo anche molto breve - ma quel processo essenziale per lo sviluppo di professionalità e dell'innovazione nell'organizzazione, che ha nella valutazione iniziale del contesto e del problema oggetto



di formazione, in una adeguata programmazione educativa e nella valutazione del risultato di ricaduta organizzativa i suoi componenti fondanti.

Sono stati ridefiniti gli strumenti della governance della formazione, identificati, in specifico nei seguenti:

- Piano Aziendale della Formazione (PAF), che si chiede venga sempre più legato a quelli che sono gli obiettivi di sviluppo e di innovazione delle strutture aziendali
- Rapporto Annuale della Formazione (RAF)
- Dossier formativo: strumento che dovrà essere gestito in collaborazione tra il Settore Formazione e il Collegio di Direzione. Il dossier può essere individuale e di gruppo. L'Azienda, con scelta condivisa anche dalle altre aziende della regione, ha deciso di lavorare sul dossier di gruppo, identificando il gruppo con il singolo Dipartimento, per i seguenti motivi:
 1. superare la frammentazione della nostra formazione, prevalentemente orientata allo sviluppo di competenze specialistiche del singolo, per andare anche in direzione di percorsi formativi maggiormente integrati e su competenze trasversali e di gruppo;
 2. orientare maggiormente la formazione agli obiettivi di sviluppo del singolo Dipartimento;
 3. favorire la formazione dell'intera équipe multiprofessionale, sempre per facilitare il cambiamento e l'innovazione a livello di UO.

Già nel 2010, è stato messo a punto un dossier formativo di Dipartimento, in specifico per il Dipartimento geriatrico riabilitativo. Questo strumento costituisce un prototipo che è in corso di implementazione ad alcuni altri Dipartimenti, con l'obiettivo di avere Dossier formativi di gruppo in tutti i Dipartimenti.

Il Dossier formativo è costituito dalle seguenti aree:

- analisi del fabbisogno formativo e definizione degli obiettivi formativi annuali,
- programmazione della formazione,
- realizzazione di questa e produzione di evidenze,
- valutazione di ricaduta della formazione.

Dai risultati dell'analisi di fabbisogno emergono tre linee di orientamento per la formazione:

- mantenere una forte e sostanziale correlazione tra formazione manageriale e sviluppo delle potenzialità dei sistemi organizzativi e operativi aziendali;
- favorire la conoscenza e lo scambio di comunicazione tra i diversi livelli di responsabilità all'interno dei dipartimenti e, più in generale, tra dipartimenti e servizi trasversali e di supporto;
- considerare la differenza di genere come elemento rilevante del percorso formativo manageriale: un dato significativo dell'indagine mostra un 'disagio' spesso descritto dalle donne nella vita organizzativa che è stato attribuito, anche dalle donne stesse, a incapacità o incompetenza individuale. Studi recenti sulle differenze di genere hanno cominciato a far comprendere che in realtà ciò si verifica in buona parte in quanto le organizzazioni sono storicamente disegnate sulle caratteristiche maschili.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

La normativa in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/08) impone il rispetto di determinati obblighi, allo scopo di assicurare il mantenimento dei parametri di sicurezza stabiliti dal testo normativo stesso. L'attenzione dedicata a questo argomento, ribadita dalla D.G.R. 732/2011 in sede di assegnazione alle Aziende sanitarie degli obiettivi, ha impegnato nel corso dell'anno 2011 l'Azienda nel perseguimento delle seguenti finalità:

- 1) Aggiornamento dei documenti di valutazione del rischio, finalizzati al miglioramento degli ambienti di lavoro sotto gli aspetti legati alle tematiche della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori,
- 2) diffusione formativa su tematiche specifiche,
- 3) attività di aggiornamento e perfezionamento delle procedure in essere inserite nel contesto dei Piani di Emergenza Interna.



Risultati raggiunti

Efficace prosecuzione del percorso di informazione e sensibilizzazione del personale dipendente sulle tematiche dell'emergenza e contestuale familiarizzazione delle procedure contenute nei documenti aggiornati, unitamente ad una graduale correzione comportamentale da parte di quelle figure che, dal punto di vista della competenza professionale e degli aspetti di formazione e predisposizione culturale, sono quotidianamente dedicate ad occuparsi di tematiche differenti da quelle della gestione dell'emergenza e dei rischi connessi. Certo l'obiettivo ultimo, auspicato apertamente dalla vigente normativa di settore, consiste nel conseguimento di parametri di attenzione sufficientemente adeguati in funzione dell'ambito fisico di lavoro e della tipologia di incarico lavorativo espletato; però ad oggi si può senz'altro affermare che il percorso è da ritenersi ben avviato, sia dal punto di vista qualitativo che sotto l'aspetto quantitativo, in considerazione dell'elevato numero di lavoratori aziendali coinvolti.

Interventi realizzati nel corso del 2011

- o realizzazione del sistema **SICURWEB**: sistema software per la gestione completa della sicurezza nei luoghi di lavoro per la redazione dei DVR (Documento di Valutazione dei Rischi), Piano di Miglioramento, Piano di Emergenza ed Evacuazione, eccetera. Il sistema consente l'attuazione di un modello organizzativo ai sensi della normativa OHSAS 18001:2007. Infatti è possibile gestire tutte le fasi dell'iter di attuazione del modello ed in particolar modo effettuare la valutazione dei rischi.
- o aggiornamento documento di valutazione dei rischi relativo alle apparecchiature che utilizzano laser (espressamente richiesto dalla normativa per laser in categoria 3B e 4): detti documenti contengono al loro interno le misurazioni di sicurezza effettuate per ciascuna apparecchiatura con strumentazioni collaudate e tarate, che permettono di costruire un report sullo stato dell'arte in ordine alla sicurezza dei lavoratori esposti a seguito dell'utilizzo di dette apparecchiature. E' stato attivato un modulo formativo di 12 ore rivolto agli operatori che utilizzano apparecchiature laser, per renderli edotti sulle corrette modalità di utilizzo in sicurezza, che ha prodotto, oltre ad una sensibilizzazione degli operatori, un contestuale abbassamento dei parametri di rischio intrinseco
- o formazione sull'utilizzo in sicurezza dei gas medicinali in bombole: stoccaggio, movimentazione e utilizzo - scopo allarmi e relative azioni da intraprendere: l'intervento formativo è stato proposto a tutte le UU.OO., con particolare riferimento a quelle all'interno delle quali risultano in dotazione gas medicinali in bombole. I corsi, tutti articolati su moduli a lezione frontale, hanno prodotto una fondamentale sensibilizzazione alle tematiche della sicurezza in ordine alla conoscenza delle procedure e dei principi da tenere in attenta considerazione nell'ambito delle rispettive mansioni.
- o Ultimazione delle collocazioni dei cartelli che indicano le aree che costituiscono i Punti di Raccolta da raggiungere in caso di evento incidentale che impone l'abbandono tempestivo dei padiglioni: la vigente normativa di settore relativa alle pianificazioni obbligatorie da proceduralizzare nell'ambito della stesura dei piani di emergenza, richiede infatti l'individuazione, ad integrazione delle procedure di evacuazione sviluppate all'interno di tali documenti, di idonei PUNTI DI RACCOLTA, possibilmente per ciascun edificio esistente. Si tratta di spazi aperti ove si ritiene che sussistano le condizioni per ritenersi sufficientemente distanti da fonti di pericolo (per esempio di tipo impiantistico) e dalle possibili conseguenze derivanti da un evento naturale (nel caso specifico si è considerato l'evento sismico e l'incendio). Infatti la loro corretta individuazione ed indicazione risulta indispensabile durante le fasi di evacuazione/sgombero degli edifici a seguito di una emergenza, allo scopo di adottare idoneo punto di ritrovo, per operatori, pazienti e ospiti in area sicura ubicata all'esterno di ciascun edificio; in tal modo, concentrando tutti i pervenuti nei punti prestabiliti per padiglione, sarà reso più celere ed efficace il lavoro di registrazione dei presenti da parte del personale incaricato, come da procedura del piano di emergenza. Il personale ospedaliero e tutti gli ospiti della struttura, in caso di evento incidentale con conseguente abbandono tempestivo dell'edificio, deve raggiungere attraverso il percorso disponibile più breve e sicuro, il luogo ove, secondo le procedure in essere, il personale incaricato accerterà il numero di presenti, consentendo di stimare quante persone non hanno ancora abbandonato l'edificio.
- o Elaborazione del documento di sintesi dell'andamento statistico degli infortuni in Azienda: rappresenta un importante momento consuntivo, dal quale poter desumere trend fondamentali legati all'adozione delle corrette indicazioni da porre in essere per il mantenimento della salute e sicurezza nell'espletamento delle attività lavorative di ciascun operatore ospedaliero.

Sorveglianza sanitaria

Il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato, anche nel 2011, in linea con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.



Protocolli di sorveglianza sanitaria

Durante l'anno è stata data applicazione ai protocolli sanitari predisposti dal coordinatore nominato.

I controlli sono stati effettuati sulla scorta della scheda valutazione dati occupazionali dei singoli dipendenti, elaborate tenendo conto della valutazione dei rischi prodotta dal Servizio Prevenzione e Protezione aziendale.

Nel corso delle visite mediche preventive e periodiche i dipendenti sono stati informati sul significato degli accertamenti sanitari, sui rischi cui sono sottoposti, sull'importanza dell'impiego dei dispositivi di protezione individuale, in relazione allo specifico rischio professionale.

I dipendenti sono tutti informati dei risultati emersi dai controlli preventivi e periodici effettuati e viene consegnata loro copia dei referti delle indagini strumentali e laboratoristiche eseguite e delle visite specialistiche eventualmente effettuate.

La sorveglianza sanitaria relativa all'anno 2011 è sintetizzabile come segue:

	Anno 2011
n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria	1400
n. lavoratori idonei alla mansione	1247
n. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	151 (n. complessivo di lavoratori con prescrizioni e/o limitazioni)
n. lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	35 (n. complessivo di lavoratori con prescrizioni e/o limitazioni; vengono rivalutati annualmente)
n. lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	5
n. lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	0

Le principali cause di idoneità parziali sono riconducibili alle seguenti problematiche:

- patologia osteoarticolare
- allergopatie
- patologia infettiva

Le diverse inidoneità sono gestite a livello aziendale tramite una linea guida condivisa tra i servizi coinvolti.

In particolare, è stata attivata una Commissione Aziendale per la gestione delle "Idoneità Difficili" finalizzata all'impiego più appropriato del personale.

Il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico avviene tramite il programma SIROH presente presso il Servizio di Igiene. L'andamento evidenziato è risultato essere sostanzialmente in linea con lo scenario.

Formazione

Per i neoassunti, sono state condotte iniziative di informazione/formazione sui temi della sorveglianza sanitaria e dei rischi relativi alle diverse mansioni.

Inoltre, tenendo conto dei fabbisogni aziendali, delle indicazioni regionali e delle esigenze di singole unità operative, sono stati parimenti progettati e realizzati incontri formativi ai sensi del D. Lgs. 81/2008.

In particolare nel corso dell'anno è stata largamente approfondita la tematica del rischio biologico e della Tuberculosis.

Infortunati biologici

Come da protocollo aziendale, tutti gli operatori che accedono al Pronto Soccorso per denuncia di infortunio a rischio biologico (puntura/taglio con ago e taglienti, contaminazione muco-cutanea), vengono indirizzati al Servizio di Medicina Preventiva per le misure da adottare ed i controlli da effettuare al fine di ridurre il potenziale rischio di sieroconversione/malattia per HBV, HCV e HIV.

Tali situazioni diventano anche occasione di formazione relativamente alle procedure da seguire e alla scelta ed uso dei dispositivi medici appropriati.

Nel corso dell'anno è stato aggiornato il protocollo relativo alla Profilassi post esposizione degli infortuni biologici.



	Anno 2011
n. infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	216
n. infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	83 (+ 3 a giorni 0)
n. infortuni a matrice biologica	122 (denunciati: 7)
Totale infortuni denunciati	424
Totale di giornate di assenza per infortunio	11.711

Vaccinazioni

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in Azienda. Le vaccinazioni vengono proposte in modo attivo e gratuito. Vengono effettuate routinariamente campagne di promozione e sensibilizzazione nei confronti delle principali vaccinazioni.

È stata resa operativa anche una chiamata attiva dei singoli operatori che non risultano immunizzati, sulla base del rischio infettivo a cui sono risultati esposti.

Tutto il personale neoassunto viene sottoposto agli interventi vaccinali previsti.

Un particolare impegno è stato riposto nella vaccinazione contro l'influenza.

Nella realizzazione della campagna di vaccinazione sono rese operative le indicazioni pervenute dalla Regione e sono stati realizzati seminari di formazione e informazione, con produzione di materiale informativo cartaceo e informatico e sono stati realizzati ambulatori vaccinali dipartimentali a supporto di quello centralizzato esistente. Continuo è il monitoraggio del rischio tubercolare.

Gestione degli infortuni

Il fenomeno infortunistico che coinvolge il personale dipendente è, da alcuni anni a questa parte, attentamente e sistematicamente monitorato e valutato, sia in relazione all'impatto che lo stesso determina sulle assenze dal lavoro, sia in relazione all'adozione delle misure preventive atte a ridurre le possibili sorgenti di rischio (fisico, chimico, biologico eccetera).

Grazie alla manutenzione ed aggiornamento, da parte del Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, del database appositamente creato per la rilevazione degli infortuni con finalità di statistica descrittiva, il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale dispone di un supporto operativo per l'analisi statistica e di dettaglio degli infortuni e conseguentemente di un riferimento nella valutazione del rischio e di sostegno alla definizione di priorità nella prevenzione.

Nel corso dell'anno 2011, il numero complessivo di eventi infortunistici registrato è pari a 424, per un totale di giornate lavorative perse di n. 11711. Nonostante l'entità numerica del fenomeno infortunistico sia in decremento rispetto allo scorso anno (n. 491), le correlate giornate di assenza risultano tuttavia in aumento rispetto ai dati dell'anno 2010 (n. 11003).

In rapporto al numero complessivo di 3809 operatori con rapporto di lavoro subordinato, l'influenza quantitativa del fenomeno infortunistico è pari al 11,13%, (numero di infortuni denunciati all'INAIL /N° totale dipendenti * 100). Nell'ambito degli infortuni denunciati, l'incidenza degli infortuni a rischio biologico è pari al 33% circa .

L'analisi relativa alla natura dei 424 infortuni evidenzia che:

- o n. 136 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico" e hanno provocato mediamente assenze di almeno 1 giorno dal lavoro, mentre per 18 di loro non vi è stata assenza dal servizio;
- o n. 49 infortuni sono da ricondurre a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 784

Inoltre, 724 giornate di assenza sono riconducibili a infortuni accaduti nel 2010, la cui durata si è protratta nell'esercizio successivo, con un'incidenza sull'anno 2011 del 6,18%.

Considerando il fenomeno sotto un profilo di genere, si osserva la seguente distribuzione:

- o maschi infortunati: 131 pari al 11,91% del totale della popolazione maschile;
- o femmine infortunate: 293 pari al 10,82% del totale della popolazione femminile.

Il dato va letto con riferimento alla diversa distribuzione della popolazione femminile rispetto al totale (2709 femmine contro 1100 maschi), come rappresentato nella parte del capitolo dedicata alla "carta di identità" del personale (tabella 5).

Il dato va letto in stretta correlazione alla maggioranza numerica della popolazione femminile rispetto al totale, come rappresentato nella parte del capitolo dedicata alla "carta di identità" del personale.

Relativamente alla tipologia dell'evento infortunistico, si evidenziano i seguenti dati:



Tabella 19 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2011

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Spostando /Sollevando	101	3486
Percutaneo	67	124
Caduto	33	1369
Contatto con	29	164
Colpito da	11	181
Scivolando	14	983
In Itinere	64	2762
Movimento non coordinato	3	133
Piede in fallo	17	858
Urto contro	28	661
Inc. alla guida	1	13
Si tagliava	13	35
Schiacciato da	22	424
Imprecisato	11	438
Affaticamento muscolare	1	14
Aggredito	6	51
Si schiacciava	1	13
Morso da	2	2
Totale	424	11711

Anche per l'anno 2011 si conferma che la principale causa degli infortuni è determinata dalle lesioni da sforzo, sia in termini numerici che di giornate lavorative perse.

Dall'analisi della tabella 20, ancora una volta si evince che il personale dedicato all'assistenza, a causa delle peculiarità delle mansioni svolte, si presenta come la classe di lavoratori più esposta al rischio infortunistico:

Tabella 20 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	183	5153
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	124	3914
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	13	381
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	13	332
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	12	284
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	12	161
CAT.C -INFERMIERE GENERICO ESPERTO	2	31
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	1
CAT B OP. TECN. ADD. ALLE ATT. ALBERGH.	1	2
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	3	86
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	2	85
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	0	16
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	2	17
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	14
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	8	93
CAT. B OPERAT. TECN. DI FARMACIA	1	56
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	1	1
CAT.B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	3	31
CAT.B-SUP. OP. TEC. ADD. ASSISTENZA	2	2
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	1	37
CAT.. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	2	28
CAT. D COLLAB. PROF. SANIT. OSTETRICA	1	1
C-OP. TECNICO SPEC. ESP. AUTISTA AMB.	1	34
CAT. B-SUPER OP. TECN. SPEC. CUCINA	0	84
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	1	3
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	1	16
CAT. C - ASS. TECNICO ADD. SERVIZI SANITARI	1	3
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	2	57
CAT.C-ASS. TECNICO DI FARMACIA	2	62
CAT. C-ASS.TECNICO AUTISTA	1	6
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	1	13
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	1
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	2	9



Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT. D COLL. PROF. SANIT. FISIOTERAPISTA	0	123
CAT. C-ASS. TECNICO NECROFORO NECROSCOPO	1	1
CAT. D COL.P.S.T.FIS.CARDIOC ccnl 20.9.01	1	2
CAT. DS-COLL.PROF.SANIT. ESP. - OSTETRICA	1	124
CAT. DS-COLL. PROF. SAN. ESP.-FISIOTERAPISTA	1	42
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	1	1
CAT. DS-COLL. PROF. SAN. ESP.T.SAN.LAB.MED.	1	1
DIRIG. MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	2
D COLL.PROF.ASS SOCIALE ccnl 20.9.01	1	117
DIRIG. MED.-MALATTIE DELL'APPARATO RESPIR.	2	3
DIRIG. MEDICO-DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	3	134
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	1	4
DIRIGENTE MEDICO-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	1	1
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	0	0
CAT.D-COLL.TECNICO PROF.LE/SETT. TECNICO	1	19
DIRIGENTE MEDICO -CARDIOCHIRURGIA	1	80
DIRIGENTE MEDICO - CARDIOLOGIA	2	4
DIRIGENTE MEDICO - CHIRURGIA GENERALE	1	8
DIRIGENTE MEDICO - NEUROLOGIA	1	30
DIRIGENTE OFTALMOLOGIA	1	1
Totale	424	11711

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

La valorizzazione e lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori risulta essere un elemento strategico per le aziende sanitarie, costantemente chiamate alla realizzazione di obiettivi orientati alla qualità e all'appropriatezza delle cure.

La scelta della Direzione del Servizio Assistenziale si è pertanto indirizzata all'individuazione di ambiti specifici in cui le professioni sanitarie possano realizzare un pieno sviluppo delle competenze scientifiche e tecnico professionali, anche attraverso l'attribuzione di ruoli di responsabilità nei processi assistenziali e la partecipazione alle scelte tecniche e organizzative.

La complessità dei bisogni di salute richiede inoltre una presa in carico globale del cittadino, realizzabile attraverso interventi multiprofessionali sia nelle fasi decisionali che in quelle di realizzazione dei processi di cura. I percorsi intrapresi hanno permesso di avviare e/o consolidare processi di innovazione gestionale e assistenziale ed hanno richiesto il coinvolgimento dell'intera équipe di cura.

La Direzione del servizio assistenziale (D.S.A.): l'assetto della D.S.A. è stato rivisitato in funzione degli obiettivi strategici aziendali, sono state pertanto attivate posizioni funzionali che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi aziendali e di governo clinico, valorizzando le competenze dei professionisti. Le aree di Responsabilità centrale prevedono l'attribuzione di nuove responsabilità in tema di Risk management e responsabilità professionali ed aspetti disciplinari. Nelle Aree Trasversali di Progetto vengono individuati nuovi ambiti di intervento che convogliano le competenze organizzativo-gestionali dei professionisti su argomenti specifici quali: Progetto Ospedale del Bambino, Progetto Assistenza Perioperatoria al paziente chirurgico, Progetto di Integrazione dei percorsi Assistenziali del Nuovo Pronto Soccorso. Le Aree Professionali vengono integrate con l'inserimento di una responsabilità per lo Sviluppo Professionale dell'Area Ostetrica.

I modelli organizzativo-assistenziali multiprofessionali: la rivisitazione del modello assistenziale monoprofessionale, iniziata nel 2005 nelle unità operative dei Dipartimenti Medici con l'inserimento dell'Operatore Socio Sanitario, risulta essere una strategia efficace per lo sviluppo dei professionisti nei diversi setting assistenziali, con positive ricadute in termini di razionalizzazione delle risorse infermieristiche ed ostetriche. La formazione degli operatori, fatta precedentemente al cambiamento organizzativo, e la partecipazione dei professionisti alla riorganizzazione dei piani di attività hanno permesso il mantenimento di adeguati standard assistenziali. L'inserimento degli O.S.S. è stato quindi riproposto e realizzato nelle UU.OO. del Dipartimento Emergenza-Urgenza, in occasione di



riorganizzazioni più complessive delle UU.OO., ed infine esteso alle Sale Operatorie. In tali ambiti è stato raggiunto il duplice obiettivo di ridefinire il ruolo degli infermieri di sala operatoria, individuando nuovi ambiti di responsabilità, e di incrementare il livello di competenza del personale di supporto sino ad allora rappresentato da personale Ausiliario.

Il Percorso Nascita: il modello organizzativo adottato dalla Clinica Ostetrica con il progetto "Percorso Nascita" (cfr. anche il capitolo 3, paragrafo "Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto") ha favorito la valorizzazione dell'ostetrica ridefinendo gli ambiti di competenza. L'adozione del modello rooming-in e lo sviluppo delle competenze necessarie per la cura del neonato sano ha riproposto la centralità dell'ostetrica come professionista di riferimento per il nucleo assistenziale madre-bambino. L'ulteriore sviluppo del progetto, con la riorganizzazione del servizio di Accettazione Ostetrica-Ginecologica e della funzione di OBI, consente all'ostetrica di organizzare e gestire in prima persona l'accoglienza della gravida, e realizzare una tempestiva presa in carico delle donne con gravidanze a termine a decorso fisiologico.

Il ruolo del Case Manager nell'assistenza al percorso Stroke: L'implementazione del percorso stroke (cfr. anche il capitolo 3, paragrafo "Programma Stroke Care") ha previsto l'inserimento del Case Manager infermieristico con un ruolo centrale sia nel percorso di cura ospedaliero che nella fase di dimissione, in relazione alla continuità delle cure in ambito territoriale. L'esperienza di inserimento del Case Manager è nata in Azienda nel 2010 presso la Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica, struttura organizzativa che accoglie pazienti particolarmente fragili sul piano familiare e sociale, con ripercussioni positive sul piano di cura dei pazienti e sulla gestione delle dimissioni e della continuità delle cure. Tale scelta risulta inoltre importante per la valorizzazione del percorso formativo, realizzato in stretta collaborazione con l'Università degli Studi di Parma, che ha permesso a un gruppo di infermieri di acquisire il "Master in Infermieristica in geriatria: Case Management in Ospedale e sul territorio".

Il PICC Team nell'AOU-PR: L'attività della PICC Team ha evidenziato, già nella prima fase di sperimentazione, che i vantaggi descritti in letteratura si traducono in concreti benefici per i pazienti sottoposti all'impianto traducendosi in una diminuzione del numero delle infezioni correlate all'utilizzo di dispositivi intravenosi e una minore incidenza di complicanze sia nella fase di inserzione che nel periodo di permanenza del catetere. Le competenze acquisite dai professionisti della PICC Team e l'opera di sensibilizzazione verso i colleghi delle unità operative di degenza hanno velocemente incrementato le richieste di impianto del dispositivo ed un aumento particolarmente significativo si è evidenziato nel corso del 2011.

Nella tabella il confronto tra gli anni 2010 e 2011:

Anni	Impianti Richiesti	Impianti Eseguiti	Richieste Inevase
2010	215	151	64
2011	456	296	160

L'integrazione delle competenze nel Dipartimento di Diagnostica per Immagini e

Neuroradiologia: l'Azienda ha proseguito nel percorso di innovazione tecnologica in ambito radiologico, con forte coinvolgimento dei gruppi multi-professionali dedicati, allo scopo di offrire prodotti diagnostici di qualità. Per garantire elevati standard qualitativi e rispondere alle esigenze di integrazione dei gruppi professionali dedicati alle diverse diagnostiche è stato intrapreso un percorso di integrazione tra metodiche diverse che ha determinato l'acquisizione di competenze più complesse per la quasi totalità del gruppo professionale dei TSRM.

Il percorso di apprendimento, realizzato per il profilo professionale tecnico, è stato esteso al gruppo infermieristico ottenendo la condivisione delle diverse metodiche TC e RM e delle differenti organizzazioni del lavoro.

Le procedure di addestramento del personale neo-inserito sono state rivisitate nell'ottica della nuova organizzazione e, al termine del percorso di inserimento, il personale Infermieristico e TSRM è in grado di operare su varie metodiche di alta complessità, con un buon grado di autonomia, garantendo adeguati standard qualitativi.

L'integrazione delle competenze nel Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio: il complesso contesto organizzativo dipartimentale impone una particolare attenzione allo sviluppo e all'integrazione delle competenze distintive dei TSLB. I modelli operativi di gestione devono soddisfare sia



le esigenze di espressione dell'autonomia e dello specifico professionale del personale tecnico, sia le necessità organizzative di flessibilità, ottimizzazione del servizio e velocità di risposta. Una prima concreta azione, per rispondere a tali molteplici esigenze, è stata realizzata con la strutturazione di un percorso di formazione/addestramento degli operatori appartenenti ai diversi ambienti di laboratorio. Il percorso di integrazione ha previsto lo svolgimento dell'attività lavorativa del personale in settori specialistici diversi da quelli di assegnazione. I risultati ottenuti sono da riferirsi all'acquisizione di competenze anche complesse e ad una maggiore flessibilità organizzativa. Particolare attenzione è stata posta al mantenimento degli standard qualitativi, a garanzia della sicurezza ed affidabilità delle prestazioni di laboratorio erogate. Da una iniziale strutturazione del percorso limitato ai settori specialistici della stessa Unità Operativa, l'evoluzione del progetto prevede l'estensione a percorsi di integrazione intradipartimentale ed extradipartimentale.

La Movimentazione Manuale dei Pazienti - un'esperienza formativa: la professionalità e le competenze del gruppo dei Fisioterapisti sono state messe a disposizione dei professionisti coinvolti nella movimentazione dei pazienti attraverso un progetto pluriennale, avviato nel 2007, di interventi informativi ed educativi. Il progetto è nato dall'evidenza dell'elevato numero di infortuni dovuti alle manovre di spostamento, o sollevamento di pazienti e a movimenti scorretti dal punto di vista ergonomico. Esso si pone l'obiettivo della riduzione del rischio di infortuni, sia per l'operatore che per il paziente, favorendo l'appropriatezza delle attività di movimentazione e l'utilizzo di ausili idonei. Le numerose edizioni dei corsi hanno permesso la formazione di oltre 350 operatori, prevalentemente personale infermieristico e OSS, in quanto categorie esposte. Gli obiettivi educativi sono stati indirizzati allo sviluppo tra i partecipanti della consapevolezza della necessità di una corretta gestione e prevenzione del rischio legato alla movimentazione manuale dei carichi e all'acquisizione delle necessarie conoscenze teoriche e pratiche. La realizzazione dei corsi ha comportato un iniziale periodo di addestramento dei fisioterapisti per l'approfondimento e lo sviluppo delle competenze necessarie all'attività di formazione del personale assistenziale. Un'analisi, condotta nel 2010, ha evidenziato i seguenti risultati: il 90% degli operatori che ha frequentato il corso ha cambiato le modalità lavorative, vi è stato un innalzamento dello standard di sicurezza utilizzato durante le attività di movimentazione e un aumento dell'utilizzo degli ausili minori. Sull'uso degli ausili sono state contestualmente individuate alcune criticità: una diffusione non ottimale dei presidi nelle unità operative, il persistere di valenze negative tra gli operatori che percepiscono un rallentamento dell'attività lavorativa con conseguente non uso, o uso non continuativo e poco frequente, degli ausili. Sulla scorta dei risultati dell'indagine, nel corso del 2011, il team dei fisioterapisti ha realizzato una seconda fase del progetto attraverso la realizzazione di corsi di formazione indirizzati ai Coordinatori allo scopo di incentivare l'acquisizione e l'uso degli ausili per la movimentazione dei pazienti. E' stata inoltre formalizzata la procedura per l'attivazione di consulenza del Terapista Occupazionale finalizzata alla valutazione e all'individuazione degli ausili idonei per la tipologia dei pazienti in carico alle diverse unità operative o per un'appropriata presa in carico assistenziale del singolo paziente, anche in previsione di trasferimento o dimissione.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

La retribuzione di risultato del personale dirigente è basata su principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e in ambito aziendale è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture Organizzative Aziendali, prefissati e concordati con i Direttori dei Dipartimenti in sede di negoziazione di budget.

Per l'anno 2011 è stato confermato l'impianto generale della retribuzione di risultato così come delineato nei precedenti accordi aziendali a far tempo dall'anno 2006, ribadendo i seguenti criteri generali:

- definizione di un sistema premiante collegato al raggiungimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni aziendali (dipartimenti) e alle strutture organizzative (strutture complesse, strutture semplici tenuto conto delle risorse assegnate) secondo i risultati prefissati in occasione della negoziazione di budget 2011;
- processo a cascata nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- attribuzione di obiettivi di équipe connessi alla retribuzione di risultato;



- o informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie;
- o chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica;
- o valutazione dei direttori di dipartimento e dei direttori delle strutture organizzative sulle modalità adottate nel processo di riassegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono stati definiti con riferimento alle specifiche aree di attività sottoelencate e riportate nelle schede di budget 2011:

- o Produzione
- o Sviluppo nuovi modelli organizzativi e progetti specifici
- o Governo Clinico
- o Gestione del rischio infettivo
- o Reti integrate
- o Accessibilità
- o Accoglienza ed umanizzazione
- o Governo Economico
- o Risorse Umane e Formazione
- o Aven e politiche di acquisto
- o Investimenti

Costituiscono altresì obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori di Unità Operativa e Responsabili di struttura semplice le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, il rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, l'invio delle evidenze necessarie, nonché l'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget e oggetto di incentivazione tramite l'invio di relazioni trimestrali.

Il processo di attribuzione degli obiettivi si realizza annualmente attraverso la "cascata" delle responsabilità, partendo dalla concertazione degli obiettivi di équipe tra la Direzione Strategica Aziendale e i Direttori di Dipartimento. Successivamente i Direttori di Dipartimento e a scendere i Direttori di Struttura complessa e di struttura semplice, attraverso appositi incontri interni, attribuiscono gli obiettivi a tutti i dirigenti di afferenza.

La fase valutativa avviene a consuntivo e con cadenza annuale da parte della Direzione strategica aziendale per tutti i dirigenti circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni /strutture di riferimento e per i Direttori di Dipartimento e di struttura relativamente agli obiettivi individuali come più sopra declinati.

In seconda istanza, il Nucleo di Valutazione verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di avvalorarne l'esito definitivo.

In caso di parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi di équipe definiti in sede di budget e correlati alla retribuzione incentivante, l'abbattimento della retribuzione di risultato, risulta:

- o Totale se la percentuale di conseguimento è inferiore o pari al 70,
- o Parziale e pari al 40% se la percentuale di conseguimento è tra 71 e 80,
- o Parziale e proporzionale alla percentuale di mancato raggiungimento se il conseguimento è tra 81 e 89,
- o Nullo se la percentuale di conseguimento è tra 90 e 100.

La corresponsione delle quote individuali di retribuzione avviene a consuntivo dei risultati totali o parziali raggiunti.

Le quote individuali spettanti a ciascun dirigente sono differenziate in base ai seguenti criteri:

- o tipologie degli incarichi dirigenziali previsti nell'assetto organizzativo aziendale in connessione con un coefficiente definito per ogni tipologia di incarico,
- o effettiva presenza in servizio,
- o grado di raggiungimento degli obiettivi complessivi di équipe verificato a seguito del processo valutativo.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto

Il sistema d'incentivazione della produttività collettiva per il personale dell'area del comparto non ha subito nell'anno 2011 variazioni rispetto all'impianto complessivamente delineato in sede di contrattazione integrativa per l'anno 2010, sia per quanto riguarda i criteri generali sia per le modalità di gestione già adottati nei precedenti accordi, se non per quanto riguarda la correlazione della quota



spettante alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle strutture organizzative aziendali prefissate in sede di budget. Il percorso di condivisione con gli operatori e la successiva verifica si svolge in analogia con quanto già esplicitato per il sistema di incentivazione per il personale dirigente. La specificità per l'area comparto consiste nel fatto che l'incentivo di produttività ricorrente viene erogato in acconti mensili, la cui valorizzazione è determinata dai seguenti parametri:

- qualifica funzionale d'inquadramento,
- profilo orario per il personale assistenziale impiegato nella turnistica,
- effettiva presenza in servizio.

In sede di conguaglio annuale, si tiene altresì conto della percentuale di raggiungimento degli obiettivi negoziati, dando luogo ad un abbattimento nel caso in cui i medesimi siano stati raggiunti in percentuale inferiore al 90%.

4.6 Formazione

I dati di attività

L'anno 2011 è stato un anno di grandi novità per quanto riguarda la formazione. Infatti, sono entrate in vigore le nuove regole per l'Educazione Continua in Medicina, emanate dalla Commissione Nazionale per la Formazione E.C.M. il 13 Gennaio 2010, finalizzate a garantire un'offerta formativa di qualità. La prima novità ha riguardato l'accreditamento nazionale e regionale dei Provider ECM, quali erogatori di alta formazione. In questa fase di passaggio al nuovo regime è stato mantenuto il sistema di accreditamento ECM degli eventi già in essere, che proseguirà fino a che non si arriverà ad avere l'accreditamento provvisorio come provider ECM, previsto per l'anno 2012. Nel corso del 2011 sono cambiati i criteri di attribuzione dei crediti ECM alle iniziative formative che hanno diversificato la valutazione della qualità formativa in termini di crediti per le diverse forme di aggiornamento previste dal nuovo sistema ECM (formazione residenziale; convegni e congressi; formazione residenziale interattiva; training personalizzato; gruppi di miglioramento, di studio, comitati; formazione alla ricerca, audit Clinico o assistenziale; autoapprendimento senza tutoraggio (FAD) autoapprendimento con tutoraggio (FAD), docenza e tutoring). Infatti, sino all'anno 2010, le modalità di attribuzione dei crediti ECM agli eventi erano essenzialmente due: quella regionale, che aveva standardizzato, rispetto ai vari eventi, l'attribuzione di 1 credito per ogni ora di formazione e quella nazionale che aveva già una diversificazione di crediti per tipologia di evento residenziale. Dal 2011, in termini di valutazione e di assegnazione dei crediti formativi agli eventi formativi, è stata favorita l'interattività degli eventi formativi (1,5 crediti/ora per la formazione residenziale interattiva che non supera i 25 partecipante, contro i 0,2 crediti/ora dei convegni).

Gli effetti di questo cambiamento si sono avvertiti nelle dinamiche formative aziendali nel precedente anno, come meglio illustrato di seguito.

Durante l'anno 2011, si mantiene costante l'incremento delle attività di formazione promosse dai servizi trasversali, che possono essere riassunte nelle seguenti aree di intervento:

- adeguamento informatico/tecnologico,
- formazione alla sicurezza dei luoghi di lavoro,
- miglioramento delle relazioni interprofessionali,
- relazione familiare-paziente-operatore/comunicazione,
- accreditamento delle strutture sanitarie,
- gestione del rischio clinico,
- nuovi modelli organizzativi,
- sviluppo della ricerca e della formazione alla ricerca in ambito psicosociale per professioni sanitarie,
- interculturalità - equità in sanità,
- valorizzazione e sviluppo del capitale intellettuale,
- monitoraggio e controllo del dolore,
- formazione nell'area dell'emergenza urgenza,
- formazione per tutor clinici.

L'attività di consulenza e di progettazione svolta dal Settore formazione ha riguardato iniziative relative alle relazioni interprofessionali, con l'attivazione di Focus Group, lo sviluppo del dossier formativo dipartimentale, i nuovi modelli organizzativo gestionali. Importante è stato inoltre il supporto fornito per



la rilevazione del fabbisogno formativo nell'ambito della formazione dell'emergenza ed urgenza con l'attivazione dei corsi ACLS-AMCO.

L'elemento che ha caratterizzato l'attività formativa dello scorso anno, è stato il ricorso alla formazione sul campo (FSC) che ha concorso al raggiungimento degli obiettivi della formazione dipartimentale, dall'area organizzativo-gestionale all'area comunicativo-relazionale, dall'area tecnico-professionale all'area della ricerca. Infatti, accanto alle tradizionali forme dei gruppi di miglioramento e dell'attività di addestramento, si registra lo sviluppo dell'Audit. L'attivazione di questo tipo di formazione ha permesso inoltre di garantire un buon livello qualitativo di formazione a costi contenuti che ha valorizzato le risorse umane e professionali presenti in Azienda.

Durante l'anno 2011, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha progettato, realizzato ed accreditato presso la Commissione Regionale ECM complessivamente 582 momenti formativi (il 24,2% in più rispetto lo scorso anno) di cui:

- 371 eventi residenziali (formazione residenziale interattiva, corsi tecnico-pratici, organizzativo gestionali, convegni, seminari), di cui 25 re-editati per l'Ordine dei Medici e Chirurghi della provincia di Parma e per l'IPASVI di Parma,
- 209 iniziative di Formazione sul Campo (l'incremento di questa tipologia di formazione è stato del 22% rispetto lo scorso anno),
- 2 progetti formativi (gruppi di singoli eventi collegati) riguardanti la formazione alla ricerca.

Il numero complessivo delle ore di formazione erogate nell'anno 2011 si attesta intorno alle 89.901, di cui n. 64.798 di aggiornamento interno e n. 25.102 ore di aggiornamento esterno, come specificato nella tabella sottoriportata:

Tabella 21 Ore di formazione – Raffronto anno 2010 e anno 2011

Ore di formazione	Anno 2010	Anno 2011	Decremento in %
FORMAZIONE INTERNA	91.829	64.798	29,45%
FORMAZIONE ESTERNA	27.012	25.102	7,07%
TOTALE	118.841	89.901	24,35%

Rispetto all'anno precedente (2011) si registra un decremento delle ore di formazione relative ai corsi organizzati all'interno dell'Azienda (- 29,45%) che imputiamo fondamentalmente a quattro fattori:

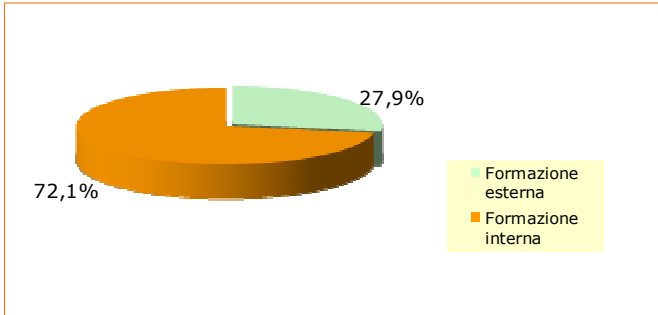
- La diversificazione dell'attribuzione dei crediti ECM in relazione alle tipologie formative. Rispetto allo scorso anno le iniziative accreditate ECM sono aumentate (da 441 a 582), ma è cambiata complessivamente l'offerta formativa. Rispetto ai seminari, convegni, corsi teorico- professionali si sono privilegiati i corsi interattivi, con un target contenuto (max 25 partecipanti/corso), che a parità di ore assegnano almeno un terzo in più di crediti ECM. Quindi, i professionisti frequentando meno ore di corso riescono a maturare più crediti ECM necessari.
- Nell'anno 2010 si è chiuso il programma di acquisizione crediti del triennio 2008-2010, che ha visto una "corsa" da parte dei professionisti per acquisire i crediti mancanti per raggiungere i 150 crediti ECM dovuti e che ha fatto registrare un aumento delle ore di formazione frequentate.
- L'aumento dell'attività di formazione sul campo (FSC) che prevede parte dell'attività in orario di servizio. Inoltre, sempre dallo scorso anno, la FSC ha previsto l'attribuzione di un maggior numero di crediti ECM a parità di ore (per esempio, per 65 ore di gruppo di miglioramento venivano attribuiti al massimo 15 crediti nel 2010, mentre nel 2011, 20 crediti ECM venivano assegnati per 20 ore della stessa attività).
- L'organizzazione di iniziative formative legate maggiormente agli obiettivi dipartimentali ed all'analisi di fabbisogno realizzata. Ciò ha permesso di limitare le iniziative a "pioggia" e ad accesso libero, selezionando la composizione del target in base agli obiettivi dei progetti formativi.

Nel 2011 si registra anche una leggera flessione dell'accesso alle iniziative esterne, che si attestano a circa n. 1363 corsi, a cui hanno partecipato n. 2085 operatori sanitari, per un numero medio di 12 ore annue procapite (tale dato è rimasto pressoché invariato rispetto lo scorso anno).

Come si rileva anche dal grafico sotto riportato, il rapporto fra l'aggiornamento esterno ed interno, in termini di monte ore, è di 1 a 4:



Grafico 9 Rapporto aggiornamento interno ed esterno anno 2011



Il numero di operatori formatosi attraverso l'aggiornamento interno si attesta complessivamente intorno a 2.677, per un numero medio di 24,9 ore procapite.

Al 31/12/2011 il numero complessivo di professionisti con obbligo ECM erano 2.469 ossia il 64,8 % rispetto al totale 3.809. Quindi, se si considera che nel corso dell'anno 2011 le ore di sola formazione ECM erogate sono state complessivamente 82.114, mediamente ogni professionista con obbligo ECM ha avuto accesso a 33,25 ore di formazione.

Il numero di professionisti sanitari ECM che hanno frequentato corsi ECM interni erogati direttamente dall'Azienda sono stati n. 2.283 ed hanno maturato complessivamente n. 63.490 crediti ECM. (conseguendo mediamente 29 crediti procapite)

Si considera che la percentuale dei professionisti che ha maturato il numero di crediti ECM richiesti solo attraverso la partecipazione ad iniziative formative residenziali sia stimata attorno al 60%, in quanto il dato non comprende i dati relativi ai crediti ECM conseguiti attraverso la partecipazione ad iniziative esterne, tramite corsi in FAD e tramite l'attività di tutoraggio nei Corsi di Laurea, che verrà certificata dagli Ordini/collegi/Associazioni di appartenenza, come da indicazioni della Commissione Nazionale ECM. Possiamo comunque stimare che dalle ore di formazione, i professionisti presenti in Azienda hanno conseguito complessivamente circa 82.114 crediti ECM.

I professionisti dell'Azienda che hanno svolto attività di tutor in iniziative ECM sono stati 130 per un totale di 2.600 crediti ECM erogati, mentre chi ha maturato crediti ECM come relatore/docente sono 279 per un totale di 2.232 crediti ECM conseguiti.

Anche in questo caso l'incremento dei docenti aventi diritto ai crediti ECM è giustificato, oltre che dall'aumento delle iniziative formative, dai cambiamenti dei criteri di attribuzione crediti ai relatori (si è passati da 2 crediti ECM attribuiti ad ogni ora consecutiva di docenza nel 2010 a 1 credito ECM ogni mezz'ora di docenza).

Nel 2011, si registra un incremento della partecipazione alle iniziative organizzate dall'Azienda di professionisti provenienti da altri enti o da strutture private. I partecipanti esterni sono stati circa 1496 (contro i 1258 dell'anno precedente) ed hanno frequentato complessivamente 91 iniziative (contro le 59 dello scorso anno).

La spesa complessiva per la formazione è stata di Euro 500.420,00, ripartita nel seguente modo: 83,32 % per finanziare corsi organizzati all'interno dell'Azienda e 16,68% per il finanziamento della formazione al di fuori dall'azienda.

Tabella 22 Costi della formazione anno 2011

Costi della formazione	Anno 2010	%
FORMAZIONE INTERNA	416.790,00	83,29%
FORMAZIONE ESTERNA	83.630,00	16,71%
TOTALE	500.420,00	100%

Progetti principali attivati

Progetto: Formazione alle relazioni interprofessionali: "Stressor relazionali e outcome clinici". I fondamenti della collaborazione inter-professionale per l'efficacia della cura

Nel corso dell'anno 2011, l'Azienda ha inteso proseguire il percorso di formazione sulle relazioni professionali, attivatosi con l'analisi di fabbisogno condotta nel 2009 e integrata con una ricerca



qualitativa di approfondimento svolta nel 2010 e rendicontata nel relativo Bilancio di missione nel capitolo 4.

Nel corso del 2011, è stato elaborato un progetto di ricerca-intervento con la finalità di socializzare tali risultati ai professionisti che ricoprono ruoli dirigenziali negli 11 dipartimenti aziendali ad attività integrata e attivare un processo di riflessione e di sviluppo di consapevolezza da parte dei professionisti sul legame esistente tra qualità delle relazioni interprofessionali e outcome di cura.

Il progetto

Obiettivo principale della ricerca intervento è fornire strumenti metodologici che consentano ai professionisti di individuare e implementare interventi finalizzati ad affrontare gli stressors di natura relazionale quali la mancanza di fiducia, il conflitto interpersonale e la scarsa valorizzazione reciproca tra i professionisti, variabili che possono influire sull'attività e gli outcome di cura.

I destinatari del corso sono i dirigenti medici e infermieristici dei dipartimenti aziendali.

La metodologia adottata prevede l'implementazione congiunta di metodi di ricerca e di formazione, in particolare: raccolta di materiale documentario, gruppi di discussione, analisi di casi.

L'intervento è articolato in tre giornate da 4 ore ciascuna. Obiettivi specifici sono i seguenti:

- o analisi e discussione delle criticità interprofessionali, a partire dall'analisi dei dati raccolti nell'anno 2010-2011;
- o individuazione di possibili azioni risolutive concrete e praticabili;
- o elaborazione condivisa di ipotesi di intervento a partire dalla definizione delle priorità operative e delle specificità organizzative.

Il progetto prevede, a distanza di 6 mesi dal percorso formativo, una valutazione della implementazione delle eventuali azioni risolutive e un follow up della ricaduta del percorso stesso.

Il percorso formativo è stato implementato, per l'anno 2011, su un Dipartimento, a seguire, nel 2012, gli altri Dipartimenti.

Risultati preliminari

Le elaborazioni di gruppo hanno portato alla identificazione di alcuni fattori di vulnerabilità e altri di protezione che possono essere attribuiti ai distinti livelli che contribuiscono alla configurazione organizzativa aziendale complessiva: l'individuo, il gruppo, l'azienda.

A livello individuale l'alta professionalità che contraddistingue gli operatori aziendali costituisce un significativo fattore di protezione in situazioni potenzialmente stressanti.

Sulla dimensione del gruppo, quindi delle singole unità operative, incidono diverse variabili che possono aumentare la problematicità, come un limitato livello di fiducia professionale reciproca tra i componenti e più in generale uno scarso senso di appartenenza all'equipe di lavoro. L'operare con altre figure professionali può costituire viceversa l'occasione per sperimentare relazioni improntate alla collaborazione, attivare modalità maggiormente funzionali di vivere il contesto lavorativo ponendo attenzione ad aspetti qualitativi dell'interazione.

A carico della più ampia struttura aziendale pesano elementi di criticità ricondotti alle modalità comunicative adottate, che sono vissute dai nostri interlocutori come monodirezionali e discontinue. In particolare, è emersa una necessità condivisa di trovare spazi dedicati nei quali i professionisti possano esprimere il proprio punto di vista e possano sperimentare un maggiore coinvolgimento nelle decisioni aziendali: questo potrebbe generare una crescita del senso di responsabilità e di autonomia dei singoli andando ad incidere positivamente sul benessere lavorativo e pertanto indirettamente anche sugli esiti di cura. Un processo di burocratizzazione degli stili di interazione tra i diversi organismi aziendali è riconosciuto come fondamento di alcuni cattivi funzionamenti e di un'attribuzione eccessiva di significato ad aspetti di forma piuttosto che di contenuto nelle scelte operate a livello aziendale. Un sistema non ancora pienamente strutturato di riconoscimento del merito agisce negativamente sulla motivazione individuale e sull'investimento dei singoli di proprie risorse personali conducendo ad un impoverimento qualitativo degli esiti di cura. Coesiste, in questo quadro, la grande potenzialità, laddove si riscontrino lacune organizzative, di operare scelte improntate alla collaborazione e finalizzate al raggiungimento di un buon livello di efficienza organizzativa.

E' scaturita da quanto detto la valutazione di una certa polarizzazione delle criticità a livello aziendale e delle risorse a livello gruppale-individuale. E' emerso un limitato senso di identificazione dei professionisti con l'organizzazione intesa in una dimensione ampia e si è posta quindi la necessità di agire per superare la distanza incontrata favorendo l'attivazione dei singoli quali agenti di cambiamento nel proprio contesto di lavoro.

Il contesto di confronto offerto nel percorso formativo, connotato da neutralità, ha consentito un distanziamento dalle dinamiche quotidianamente sperimentate e l'assunzione di un punto di vista maggiormente obiettivo da parte dei professionisti: le criticità sono apparse ridimensionate e le



potenzialità sono emerse come risorse attivabili per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e di crescita degli indicatori di qualità.

La possibilità di porre attenzione a variabili processuali, quali le modalità interattive e comunicative che incidono sulla qualità della vita lavorativa ha fatto emergere nei professionisti il riconoscimento dell'importanza da attribuire a scelte organizzative che favoriscano lo sviluppo e la valorizzazione di tali componenti che influiscono indirettamente e in senso positivo sulla qualità degli outcome clinici.

Progetto: Formazione alla ricerca psicosociale per professionisti sanitari: corso base – avanzato e di terzo livello; i principali risultati di ricaduta dei percorsi formativi

Il "Corso teorico-pratico di formazione alla ricerca psicosociale nelle professioni sanitarie", giunto quest'anno alla terza edizione, si è posto sin dal principio diversi ordini di obiettivi: fornire gli strumenti teorico-concettuali che permettano di definire il contesto relazionale e organizzativo come oggetto specifico di ricerca in campo sanitario; condurre i partecipanti ad individuare le strategie di ricerca più congruenti con i problemi identificati in ambito assistenziale e organizzativo; creare gruppi di ricerca intra e inter-aziendali in grado di implementare autonomamente progetti di ricerca psicosociale e, infine, progettare modalità di diffusione dei risultati attraverso convegni nazionali e pubblicazioni scientifiche. Tali obiettivi si sono andati concretizzando su diversi livelli, diversificandosi nel tempo rispetto alle competenze acquisite dai partecipanti durante le lezioni teoriche e le esperienze di ricerca empirica realizzate.

In sintesi, il 2011 ha visto la conclusione della seconda edizione del corso di base e della prima edizione del corso avanzato, mentre, nell'autunno, il progetto formativo ha previsto la partenza della terza edizione del corso base, la seconda edizione del corso avanzato e la prima edizione del corso di II livello. Al corso *base*, tuttora rivolto alla formazione di professionisti alla prima esperienza di ricerca, nel 2011 si è affiancato il livello *avanzato*, destinato ad un più complesso e articolato livello di approfondimento delle tematiche psicosociali, sia dal punto di vista concettuale sia metodologico.

L'attuale edizione ha inoltre visto l'istituzione del *terzo* livello del corso, che si propone la costituzione di una équipe permanente di progettazione e ricerca sulle tematiche psicosociali, composta da professionisti afferenti alle diverse aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Tali professionisti, formati nelle edizioni precedenti del Corso, hanno dimostrato, nelle esperienze di ricerca realizzate, di aver acquisito un significativo livello di competenze teorico-metodologiche e di sensibilità epistemologica alle tematiche psicosociali. Tali competenze hanno così portato all'attivazione del terzo livello, in cui i professionisti sanitari divengono veri e propri progettisti e ricercatori, emancipandosi dalla figura del tutor che nelle edizioni base e avanzata contraddistingueva e guidava il lavoro empirico. Attraverso il terzo livello, il "gruppo in formazione" si trasforma in "équipe di ricerca", elaborando autonomamente gli obiettivi teorici di ricerca e identificando i metodi più adeguati per raggiungerli, avvalendosi della consulenza degli esperti in ricerca psicosociale messi a disposizione dal Corso. Tale risultato è stato possibile grazie all'elevato grado di padronanza degli strumenti sviluppata nelle diverse fasi del Corso e quindi all'efficacia del percorso realizzato.

Dalla prima edizione, si è registrata una significativa continuità di partecipazione da parte delle diverse Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, testimoniando un'esigenza a cui il Corso intende dare risposta. In particolare, il Corso contribuisce a rispondere alla necessità di produrre dati scientificamente attendibili sia per il miglioramento della qualità delle pratiche clinico-assistenziale, sia per una più ampia formazione del personale sanitario e lo sviluppo di competenze che possano accrescere il capitale intellettuale delle aziende. Nella tabella che segue è riportata la numerosità dei partecipanti alle diverse edizioni, suddivisi per azienda.

Tabella 23 I partecipanti alle tre edizioni del Corso per Azienda di afferenza

	Corso base 1°ed. aa. 2009-2010	Corso base 2°ed. aa. 2010-2011	Corso base 3°ed. aa.2011-2013	Corso avanz. 1° ed. aa. 2010-2011	Corso avanz. 2° ed. aa. 2011-2013	Corso III livello 1° ed. aa.2011-2013
AOU Parma	14	17	15	9	12	3
Ausl Parma	5	2	4	1	1	1
Hospice Langhirano (PR)		1				
AO Bologna	1	2	1			1
Ausl Bologna	1	1		1		1
AOU Ferrara	2			1		
Ausl Forlì		1	1			
Ausl Modena	2	2	1	1	1	
AO Modena			1		1	1



	Corso base 1°ed. aa. 2009-2010	Corso base 2°ed. aa. 2010-2011	Corso base 3°ed. aa.2011-2013	Corso avanz. 1° ed. aa. 2010-2011	Corso avanz. 2° ed. aa. 2011-2013	Corso III livello 1° ed. aa.2011-2013
AO Piacenza			1			
Ausl Piacenza			2		1	
INPS Piacenza		1			1	
AO Reggio Emilia	3	2		2		1
Ausl Reggio Emilia	1		1	2		
Hospice Madonna dell' Uliveto (RE)	2					
Altro		3	1	4		
Totale	31	32	28	21	17	7

I risultati dei lavori di ricerca sono stati diffusi attraverso diverse modalità comunicative. Ad un primo livello, ogni gruppo di ricerca ha predisposto un report scientifico. Un ulteriore livello di diffusione è rappresentato dalla partecipazione a convegni scientifici. Nel 2010, al IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia della Salute (Bergamo, 23-25 settembre) è stata presentata una comunicazione dal titolo "La cultura della sicurezza nei contesti sanitari: cosa ne pensano i professionisti sanitari". Un terzo livello di diffusione riguarda la pubblicazione dei risultati. Allo stato attuale, sono diversi i prodotti delle ricerche pubblicati, in corso di pubblicazione o in review in riviste scientifiche nazionali e internazionali. Nello specifico, i partecipanti alle diverse edizioni del Corso hanno prodotto i seguenti materiali sottoposti a procedura di revisione presso riviste scientifiche, in alcuni casi con esito positivo e relativa pubblicazione e in altri tuttora in fase di valutazione. Per un prospetto riassuntivo, si veda la tabella.

Tabella 24 I prodotti scientifici delle due edizioni del Corso concluse nel 2011

Ed. Corso	Gruppo	Prodotto	Stato di avanzamento
Seconda	Base	<ul style="list-style-type: none"> "L'intangibile negli intangibili: le interazioni sociali nelle aziende sanitarie", <i>Assistenza infermieristica e ricerca</i> 	Articolo in stesura
		<ul style="list-style-type: none"> "Work climate, work values and team commitment as predictors of job satisfaction in nurses", <i>Journal of Nursing Management</i> 	Articolo in review
<ul style="list-style-type: none"> "Psychosocial predictors of collaborative practice between nurses and physicians working in hospitals", <i>Journal of advanced nursing</i> 		In review	
<ul style="list-style-type: none"> "Professional and CU commitments and attitudes toward nurse autonomy: A social identity approach to the nurse-physician relationship", <i>Journal of health psychology</i> 		In review	
<ul style="list-style-type: none"> "Nurse-Physician Collaborative Scale (NPCS): primo contributo alla validazione italiana con i modelli di Rasch" 		In stesura	
	Avanzato	<ul style="list-style-type: none"> "Meet the needs of cancer patients (PART 1): exploring the representation of patients, relatives, health and social professionals", <i>Psycho oncology</i> 	In review
		<ul style="list-style-type: none"> "Meet the needs of cancer patients (PART 2): is there a need for an organizational change? <i>Psycho oncology</i> 	In review

A segnare un ulteriore significativo *milestone* del percorso di formazione avviato con l'istituzione del Corso, si sta predisponendo una pubblicazione collettiva contenente tutti i lavori di ricerca realizzati durante le tre edizioni. Il volume, che sarà pubblicato dall'editore EDISES, specializzato in testi scientifici e universitari, costituirà un importante risultato per la sensibilizzazione ai temi della ricerca psicosociale in ambito sanitario e per la valorizzazione delle professioniste sanitarie non mediche nell'area della ricerca, nel contesto italiano. Un meta-obiettivo che il Corso di propone, infatti, è quello di contribuire ad un cambiamento culturale che conduca ad una maggiore legittimazione della ricerca infermieristica anche in ambito italiano, al pari di quanto accade nei paesi anglosassoni, in cui le professioni sanitarie non mediche dialogano in modo continuativo con quelle mediche anche mediante il canale della ricerca scientifica.



Progetto: Utilizzo della narrazione nell'accertamento infermieristico e nell'educazione terapeutica in ambito pediatrico, geriatrico e onco-ematologico

Possedere uno schema di riferimento per interpretare i bisogni e le esigenze dei destinatari delle prestazioni, e più in generale del *care*, è utile agli infermieri e a tutti i professionisti sanitari per definire la propria competenza esclusiva, il proprio ruolo e offrire il proprio specifico contributo all'interno delle équipe multidisciplinare. Motivo per cui il Settore Formazione e Aggiornamento con la collaborazione e la partecipazione delle Unità Operative interessate (reparti afferenti al Nuovo Ospedale per Bambini [NOB], Dipartimento onco-ematologico e L.I.D.I.) hanno sentito il bisogno e l'esigenza di inserire la narrazione nei processi assistenziali di accertamento e di educazione terapeutica al fine di implementare una maggior attenzione sia al paziente, ai caregiver che agli operatori sanitari stessi. Dal momento che il senso non rappresenta un qualcosa di esterno rispetto ad una esperienza presunta come già data, ma la modella e la sviluppa creandola nel momento stesso in cui la definisce, narrare diviene una modalità importante per conferire un senso e un significato all'esperienza umana (Garro, Mattingly, 2000; La Sala, 2009). Come sottolineato da numerosi studi (ad es. Artioli, Amaducci 2007; Giarelli, et al. 2005; Marcadelli e Artioli, 2010; Marinelli, 2008; Maturo 2007) l'evoluzione del sistema delle cure e dell'assistenza ha evidenziato la necessità, in ambito sanitario, di un approccio più globale nei confronti dei problemi di salute. La dimensione della malattia deve comprendere, infatti, sia il suo profilo bio-fisico (disease), sia quello psicologico-percettivo (illness) sia quello socio-relazionale (sickness). Utilizzare la narrazione nell'assistenza infermieristica non significa modificare radicalmente l'approccio tradizionale, quanto piuttosto integrarlo, facendo sì che le informazioni raccolte con la narrazione possano offrire una visione più completa dei bisogni delle persone e della famiglia.

Primo progetto *"Sperimentare la narrazione nell'accertamento infermieristico: un progetto di formazione e ricerca presso l'U.O. L.I.D.I."*.

Berzins et al. (2010) attraverso una rassegna sulle determinanti del benessere di pazienti anziani lungodegenti sostengono che incentivare la cura di sé per le persone con malattie croniche è un obiettivo importante della politica sanitaria. L'educazione del paziente ha portato ad un incremento dei cambiamenti fisici, della conoscenza della malattia e ad una maggiore auto-efficacia.

Una recente revisione della letteratura sulle problematiche dell'anziano lungo-degente con deficit cognitivi (Robinson et al., 2010) ha messo in evidenza l'importanza di un approccio di case manager e di integrazione fra servizi nell'assistenza alla persona. Diversi studi hanno esplorato la potenzialità di una struttura di lungodegenza, attraverso un modello di assistenza in collaborazione fra infermieri, operatori sociali e il case manager. Questo modello individualizzato alla cura ha dimostrato miglioramento della qualità della cura, una maggiore soddisfazione degli utenti oltre che una diminuzione dello stress dei curanti (Callahan et al., 2006; Challis et al., 2002; Cherry et al., 2009; Cheryet al., 2004; Vickery et al., 2006).

Attraverso il coinvolgimento sia degli infermieri che del case manager gli obiettivi principali del progetto sono:

- Formazione degli infermieri e case-manager nell'utilizzazione della Narrazione come strumento di raccolta dati, nella fase dell'accertamento infermieristico.
- Definizione di strumenti "ad hoc" per l'implementazione, all'interno della cartella infermieristica dell'U.O.
- Sperimentazione effettiva dell'accertamento attraverso la narrazione.
- Analisi della ricaduta attraverso la rilevazione della percezione degli operatori, in merito all'introduzione della narrazione nell'accertamento infermieristico. Tale percezione verrà sondata attraverso la raccolta di narrazioni scritte, da un campione rappresentativo (del 30% circa sul campione totale di professionisti) di professionisti infermieri, in tre fasi:
 1. nella fase precedente alla sperimentazione sul campo (prima valutazione)
 2. durante il percorso di sperimentazione (valutazione intermedia)
 3. al termine del progetto (follow up).

Sviluppo operativo del progetto:

- Sensibilizzazione dei professionisti infermieri della L.I.D.I. alle potenzialità della narrazione nell'ambito dell'accertamento infermieristico (Novembre 2011).
- Co-costruzione degli obiettivi del progetto e stesura del piano di sperimentazione (Ottobre - Dicembre 2011).
- Formazione dei professionisti attraverso 2 incontri: "Come raccogliere dati narrativi" e "Come analizzare i dati narrativi". In particolare verrà incentivata la costruzione di uno strumento di raccolta narrativa da inserire all'interno della cartella infermieristica (Gennaio - Febbraio 2012).



- Analisi delle rappresentazioni esistenti in merito alla utilità, applicabilità e fattibilità, risultati attesi attraverso la raccolta di narrazioni scritte da parte dei professionisti. (Valutazione iniziale).
- Implementazione del progetto di sperimentazione attraverso la raccolta di narrazioni scritte e/o orali di pazienti ricoverati presso la U.O. L.I.D.I. .
- Valutazione intermedia della sperimentazione attraverso le narrazioni scritte dai professionisti, in merito alla utilità, applicabilità e fattibilità, risultati attesi.
- Valutazione finale (follow-up) attraverso la medesima modalità.

Secondo progetto: la narrazione nell'accertamento e nella educazione terapeutica in ambito pediatrico

Nell'ambito del nuovo ospedale del bambino (NOB) è stato istituito, in data 15 Settembre 2011 (prot. n. 0031995) un gruppo di lavoro infermieristico sul colloquio narrativo in ambito pediatrico, impegnato alla stesura del progetto intitolato "Progetto N.O.B.: la narrazione nell'accertamento e nella educazione terapeutica".

Una delle aree ove maggiormente il metodo del nursing narrativo può fattivamente essere applicato appare come suscettibile di un intervento mirato in pediatria, alla luce di due sostanziali considerazioni: la molteplicità delle voci specialistiche che in area pediatrica trovano espressione all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, quella oncoematologica in primis, e la opportunità di sviluppare moderni modelli assistenziali in concomitanza della realizzazione del Nuovo ospedale dei bambini.

Nello specifico gli obiettivi che il progetto si prefigge di raggiungere sono:

- Stato dell'arte relativo al metodo narrativo nell'ambito pediatrico (rassegna bibliografica nazionale e internazionale aggiornata)
- Socializzazione, discussione e condivisione del gruppo della revisione bibliografica
- Formazione degli infermieri, case-manager nell'utilizzazione della Narrazione come strumento di raccolta dati, nella fase dell'accertamento infermieristico.
- Analisi dell'esistente (verificare se il modello narrativo è già esistente nell'U.O. Pediatrica)
- Sperimentazione dell'accertamento e dell'educazione terapeutica attraverso la narrazione.
- Analisi della ricaduta attraverso un confronto fra narrazioni scritte da professionisti infermieri, con quelle ottenute dai caregiver e dai pazienti stessi

Sviluppo operativo del progetto:

- Stato dell'arte relativo al metodo Narrativo nell'ambito pediatrico (rassegna bibliografica nazionale e internazionale aggiornata) (Ottobre 2011).
- Formazione dei professionisti sull'utilizzo della narrazione nelle loro pratiche lavorative (Novembre 2011)
- Co-costruzione degli obiettivi del progetto e stesura del piano di sperimentazione (Dicembre 2011-Aprile 2012)
- Implementazione del progetto attraverso la raccolta di narrazioni scritte e/o orali dei pazienti, dei caregiver, fratelli/sorelle del paziente ricoverato (Giugno- Settembre 2012).
- Valutazione intermedia della sperimentazione attraverso le narrazioni scritte dai professionisti, in merito a alla utilità, applicabilità e fattibilità, risultati attesi (Ottobre-Novembre 2012).
- Valutazione post per verificare l'efficacia del metodo narrativo nell'educazione terapeutica, attraverso le interviste narrative (Dicembre 2012- febbraio 2013)
- Follow up di verifica a distanza. A conclusione del progetto formativo, si dovrà predisporre un questionario di gradimento del progetto (qualità percepita) compilato da tutti i partecipanti, uno strumento di valutazione della ricaduta organizzativa e una relazione finale redatta e firmata dal responsabile/tutor del progetto. La relazione finale dovrà esplicitare: il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi, il grado di impegno effettivamente prestato dai partecipanti, il tipo di documentazione prodotta, il grado di competenze acquisite e la ricaduta organizzativa.(2013)

Terzo progetto "La narrazione nell'accertamento, educazione terapeutica e assistenza nel Dipartimento onco-ematologico"

Questo progetto nasce dall'esigenza degli operatori che si trovano esposti in prima persona a dovere gestire l'impatto con la cronicità e la morte e spesso non ricevono una formazione adeguata sulle modalità relazionali con il paziente, sull'esplorazione del vissuto di malattia. Si è costituito, anche in questo caso, un gruppo di lavoro infermieristico con l'obiettivo di elaborare il progetto in collaborazione con il Settore Formazione. L'obiettivo del progetto è proprio quello di evidenziare i risultati degli studi che dimostrano l'importanza per gli infermieri di acquisire capacità nell'esplorare la soggettività del paziente oncologico per aiutarlo ad adattarsi alla sua nuova realtà e migliorare l'adesione al piano terapeutico (Cucchi, Pelusi, Alegi, Giambartolomei; 2011).



Il Nursing narrativo diviene il punto di partenza per sviluppare una migliore relazione tra operatori e pazienti e determinare positivi riscontri in termini di capacità da parte degli operatori di elaborare la relazione con particolari ambiti assistenziali ove, per complessità delle problematiche e fragilità dei soggetti assistiti, più alto può essere il rischio di burnout.

Nello specifico gli obiettivi che il progetto si prefigge di raggiungere:

- Stato dell'arte relativo al metodo narrativo nell'ambito oncologico (rassegna bibliografica nazionale e internazionale aggiornata)
- Socializzazione, discussione e condivisione del gruppo della revisione bibliografica
- Formazione degli infermieri, case-manager nell'utilizzazione della Narrazione come strumento di raccolta dati, nella fase dell'accertamento infermieristico.
- Analisi dell'esistente (verificare se il modello narrativo è già esistente nelle U.O. di Oncoematologia)
- Sperimentazione dell'accertamento e dell'educazione terapeutica attraverso la narrazione.
- Analisi della ricaduta attraverso un confronto fra narrazioni scritte da professionisti infermieri, con quelle ottenute dai caregiver e dai pazienti stessi

Sviluppo operativo del progetto:

- Stato dell'arte relativo al metodo Narrativo nell'ambito oncologico (rassegna bibliografica nazionale e internazionale aggiornata) (Fine Dicembre 2011).
- Formazione dei professionisti sull'utilizzo della narrazione nelle loro pratiche lavorative (Gennaio-Marzo 2012)
- Co-costruzione degli obiettivi del progetto e stesura del piano di sperimentazione (Aprile 2012)
- Analisi dell'esistente in merito alla utilità, applicabilità e fattibilità, risultati attesi, attraverso la lettura delle cartelle cliniche, ossia verificare se il metodo narrativo è già in uso nel reparto (Maggio 2012)
- Implementazione del progetto attraverso la raccolta di narrazioni scritte e/o orali dei pazienti, dei caregiver, del paziente ricoverato (Giugno-Settembre 2012).
- Valutazione intermedia della sperimentazione attraverso le narrazioni scritte dai professionisti, in merito a alla utilità, applicabilità e fattibilità, risultati attesi (Ottobre-Novembre 2012).
- Valutazione post per verificare l'efficacia del metodo narrativo nell'educazione terapeutica, attraverso le interviste narrative (Dicembre 2012-Gennaio-Febbraio 2013)
- Follow up di verifica a distanza. A conclusione del progetto formativo, si dovrà predisporre un questionario di gradimento del progetto (qualità percepita) compilato da tutti i partecipanti, uno strumento di valutazione della ricaduta organizzativa e una relazione finale redatta e firmata dal responsabile/tutor del progetto. La relazione finale dovrà esplicitare: il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi, il grado di impegno effettivamente prestato dai partecipanti, il tipo di documentazione prodotta, il grado di competenze acquisite e la ricaduta organizzativa. (Luglio-Settembre 2013)

Progetto: Mappatura delle competenze trasversali dei professionisti sanitari

Nell'ambito del Programma PAL "Sviluppo e valorizzazione del Capitale intellettuale", i sottogruppi afferenti agli obiettivi 6 -7 - 8, dopo avere lavorato sulla corrispondenza tra le competenze specialistiche e i curricula di base dei percorsi formativi universitari delle professioni sanitarie, hanno sentito l'esigenza di mappare le competenze trasversali, percorso effettuato attraverso un percorso di FSC di durata annuale.

Ricostruire, condividere, utilizzare mappe delle competenze rappresenta una opportunità a diversi livelli, organizzativi e professionali. Di seguito si offre uno spaccato di possibili significati e utilizzi nei processi di governance organizzativa, di scenari e prospettive per le persone e per la formazione che li potrebbe supportare. Ad esempio, in ambito organizzativo, il lavoro sulle competenze trasversali può dare corpo al lavoro di squadra, può agire in termini di sviluppo della professionalità e valutare le potenzialità; in relazione alla formazione sia di base che sul lavoro, mappare le competenze può significare selezionare i saperi necessari e offrire prospettive di innovazione.

Il gruppo di lavoro, che si è arricchito del contributo delle diverse professionalità presenti nelle strutture sanitarie provinciali, ha sentito inizialmente l'esigenza di condividere cosa si intende per competenza, prendendo a prestito contributi teorici diversi che probabilmente permettono anche di recuperare dimensioni della complessità dell'oggetto perché, come ogni cosa, non ha un unico risvolto e non può essere semplificata. Si è dunque provato a dare una definizione di competenza che potesse accompagnare nel lavoro di riflessione e ricostruzione, considerando che, trasversalmente, la competenza deve possedere 4 elementi importanti:

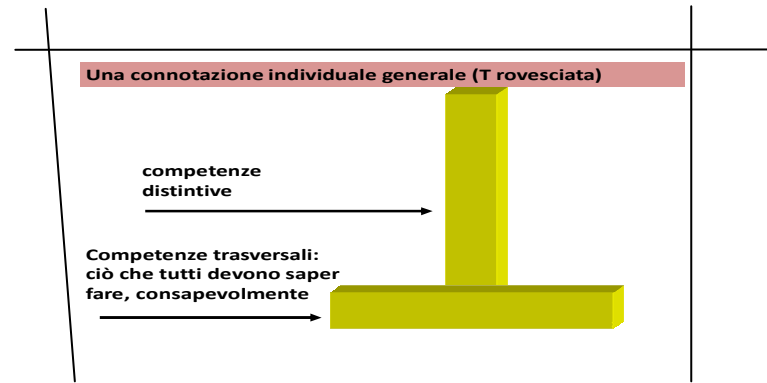
- Caratteristica intrinseca (motivazioni, tratti, immagini di sé, conoscenze,) e individuale



- Finalizzata: concreta ed espressa rispetto a qualcosa, a criteri, a risultati;
- Contestualizzata: specifica e contingente
- Saper agire ... consapevolmente

Preme sottolineare questo aspetto di concretezza, perché l'obiettivo non è tanto quello di declinare professioni e quindi competenze "astratte" ma disporre di professionisti competenti che sappiano vivere in modo attivo, da protagonisti il loro essere dentro le organizzazioni.

Una rappresentazione semplificata di questa integrazione tra competenze che distinguono i singoli e competenze trasversali che vanno a completare la mappa delle competenze di un professionista, è quello di una T rovesciata dove la barra verticale sono le competenze distintive e la barra orizzontale sono le competenze trasversali



Le competenze trasversali sono quelle competenze che ritroviamo come tessuto di sistema, sono ciò che definisce le relazioni tra sistema e professionista, sono il "fare consapevole" di tutti i professionisti.

Condivise le 'premesse', diventa scontato che la costruzione della mappe delle competenze in generale e di quelle trasversali, che sono l'oggetto del nostro lavoro, non possa essere delegato, né possa essere acquistato all'esterno, ma vada costruito con i professionisti.

Il percorso sviluppato è stato il seguente: a partenza dai valori guida degli Atti aziendali e delle Carte dei Servizi delle due Aziende, si sono definite le competenze trasversali e i loro comportamenti, mediante il lavoro del gruppo e la condivisione del lavoro prodotto con i professionisti attraverso 4 focus groups. Dopo avere individuato le competenze e averle definite, si sono declinati i comportamenti concreti, agiti da parte dei professionisti, fino a giungere a individuare alcuni indicatori di misurazione.

Le competenze trasversali declinate sono le seguenti:

- Ascolto e comunicazione
- Condivisione e gestione delle emozioni
- Sviluppo di relazioni positive sul lavoro
- Orientamento al cambiamento
- Lavorare in squadra
- Sapersi nel lavoro
- Visione di sistema

Scelta tra alternative e valutazione degli effetti delle decisioni

I Focus group hanno coinvolto diversi professionisti e diverse Unità Operative dell'Azienda Ospedaliero di Parma tra l'area dei tecnici di Laboratorio, della riabilitazione, l'area ostetrica e della formazione universitaria.

Dai risultati dei focus è emerso che le competenze prevalenti, espresse dai professionisti, sono la capacità di lavorare in squadra e di sviluppare buone relazioni sul lavoro. Questo aspetto si sostanzia nel rispettare probabilmente le opinioni dei colleghi, di sapersi coordinare all'interno dell'unità operativa con diversi professionisti e all'interno dell'equipe. Emerge come dominante l'idea del collegamento interprofessionale, della collaborazione fra colleghi e della disponibilità. Una importante area di competenza è quella di saper comunicare adeguatamente, con i colleghi e i neo-assunti, con i pazienti (in particolare, anziani e bambini e genitori), ma anche con il personale esterno, adattando il linguaggio all'interlocutore. La competenza di ascolto (non solo degli aspetti verbali, ma anche di quelli paraverbali o non verbali) si declina sia rispetto ai pazienti che ai colleghi. Per quanto attiene a condividere e gestire le proprie e le altrui emozioni, tale competenza si sostanzia in aspetti differenti: gestire i propri stati emotivi con i pazienti, con i colleghi e saper accogliere e saper gestire le emozioni di pazienti e familiari. La competenza "Non perdere di vista l'obiettivo comune: il benessere del paziente", che fa parte della "visione di sistema" ricorre con una certa frequenza durante tutto il corso dei Focus Group. Inoltre è emersa l'importanza di una maggiore capacità di sapere valorizzare e riconoscere il ruolo e la dignità professionale di ciascun professionista al fine di migliorare anche la qualità dell'approccio e di cura al paziente. I partecipanti, inoltre riferiscono spesso la



necessità di miglioramento continuo e di confronto con altri professionisti ed altre realtà locali e nazionali. Si sottolinea frequentemente la voglia e il desiderio di mettersi in discussione, riconoscere le proprie responsabilità, imparare dagli insuccessi ponendo enfasi più sul processo di errore che sull'attore, che sbaglia.

Infine, tutti i gruppi multidisciplinari si sono mostrati particolarmente collaborativi, positivi e molto attivi, infatti il clima era particolarmente positivo, armonioso e disteso.

4.7 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura

Interventi di prevenzione e riduzione del burn out

Nel corso del 2011, a sostegno dei professionisti dell'Azienda, sono stati realizzati "laboratori di comunicazione" sui temi legati alla comunicazione e relazione operatore - paziente - familiare. Sono stati inoltre realizzati corsi mirati all'accrescimento delle competenze comunicative dei professionisti e pertanto legati allo sviluppo dell'assertività, delle abilità di negoziazione, problem solving e gestione del conflitto. Di rilievo sono da riportare corsi svolti per promuovere percorsi clinici specifici di assistenza (come ad esempio "Il percorso dalla donazione al trapianto all'interno dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma" per la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli operatori che si occupano del trapianto di organi).

In linea con le scelte strategiche aziendali, il Servizio di Psicologia Ospedaliera, quale declinazione di un governo clinico che intende valorizzare la qualità dell'assistenza e così il lavoro di cura di ciascun professionista, nel corso del 2011, ha realizzato eventi formativi mirati a:

- fornire indicazioni agli operatori sui comportamenti da adottare per la prevenzione/riduzione del "rischio" clinico dei pazienti (ad esempio Procedura di "Prevenzione rischio suicidio del paziente in ospedale");
- prevenire i rischi lavorativi legati a stress e burn-out (formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs. 81/08 (Testo Unico sulla Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro);
- avviare le indagini sulla Qualità Percepita, dei pazienti e loro familiari sia delle degenze che delle terapie Intensive in tre Dipartimenti (Chirurgico, Neuroscienze, Emergenza-Urgenza).

La presenza dello psicologo e/o psicoterapeuta, quale riferimento stabile per il gruppo di lavoro, contribuisce al sostegno dei professionisti impegnati nella cura del paziente, nonché alla prevenzione circa lo sviluppo di sindromi da burn-out connesse alla professione d'aiuto.

In tale prospettiva, ulteriore attività formativa è stata realizzata nell'ambito delle realtà aziendali in cui il Servizio di Psicologia Ospedaliera è presente all'interno di percorsi clinici condivisi (Medicina Riabilitativa, Oncologia, Diabetologia, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Plastica e Centro Ustioni, Cardiologia, Nefrologia, Ematologia, Malattie Infettive ed Epatologia, Ostetricia e Ginecologia).

Le attività formative svolte con i professionisti all'interno di tali contesti sono:

- partecipare ai momenti di briefing all'interno delle équipe multiprofessionali;
- supportare gli operatori rispetto alle criticità emergenti di natura comunicativa - relazionale sia all'interno della relazione con l'utenza che con altri professionisti dell'équipe;
- definire e strutturare momenti formativi sulla comunicazione empatica, con il personale sanitario all'interno dei reparti;
- costituire/mantenere percorsi clinici condivisi nelle aree laddove il Servizio è presente, lavorando in équipe multiprofessionali e promuovendo una visione patient - centred;
- offrire momenti collegiali di supervisione dei casi al personale medico e non;
- migliorare le dinamiche di comunicazione-relazione tra operatore assistito attraverso la distribuzione di materiale informativo sul percorso intra - ospedaliero.

4.8 Sistema informativo del personale

Il sistema informativo del personale, quale sistema che tratta in modo completo il rapporto tra dipendente e datore di lavoro, raccoglie organicamente tutte le informazioni ed i dati ad esso relativi e si connota come strumento strategico per le esigenze di pianificazione e gestione dei diversi interlocutori aziendali.



In risposta alle nuove esigenze derivanti dai nuovi sistemi gestionali (sviluppo di carriera, delle competenze interne eccetera), dall'incremento del fabbisogno e del debito informativo, unitamente al consistente livello dimensionale, alla peculiarità delle funzioni, alla variabilità degli istituti da applicare, nonché alla mancanza di una base dati unica ed integrata che comportava la necessità di creare basi dati aggiuntive da consultare, si è proceduto nel corso dell'anno 2011 all'aggiornamento del software di gestione del personale (job time) modulo giuridico.

Tale aggiornamento ha rappresentato non solo un mero "upgrade" del sistema informatico, ma anche un'occasione per revisionare in un'ottica di miglioramento i processi amministrativi, perseguendo le finalità della facile consultazione, del corretto allineamento dei dati di interesse aziendale e soprattutto il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza informatica, privacy e gestione dei dati personali. In questo senso si è inoltre consolidato il processo dell'"Anagrafica Unica Aziendale", già avviato negli esercizi precedenti.

Nell'ambito delle disposizioni normative di questi ultimi anni che contemplano, tra l'altro, la riduzione dell'utilizzo della carta e il sempre maggiore sviluppo dell'innovazione tecnologica, con la conseguente previsione di modalità di interazione in forma digitale (posta elettronica, Internet, reti), l'Azienda ha già dal 2010 intrapreso una serie di percorsi volti a facilitare l'accessibilità e fruibilità delle informazioni, quali il Cruscotto personale e il Cartellino Web (attivato in forma sperimentale e ormai definitivamente avviato), le cui caratteristiche sono state descritte nel Bilancio di Missione 2010.

A questi strumenti, nel corso dell'anno 2011, si è aggiunta la possibilità di consultare on line anche il cedolino stipendiale, con il definitivo abbandono del modello stampato e distribuito su carta. I dipendenti possono accedere al proprio cedolino tramite il link del Cruscotto personale, dalla pagina Intranet Aziendale, inserendo nome utente e password. Al termine del periodo di sperimentazione, a cui si è continuato ad affiancare la distribuzione cartacea, la "busta paga elettronica" è ora consultabile dal giorno 25 di ogni mese, esclusivamente accedendo al Cruscotto Personale.

Per rendere effettiva l'accessibilità a queste informazioni, l'Azienda ha messo a disposizione tre postazioni interattive riservate agli operatori: i totem o public computer (pensati per chi non ha una postazione personal computer dedicata) sono collocati al piano terra del Padiglione Direzione e negli atri con punto informativo del padiglione Centrale e dell'ingresso di Via Volturno.

I totem, color acciaio e con alette e base rosse, consentono inoltre l'accesso e la navigazione interna del sito aziendale.

Sempre nell'ottica di favorire la diffusione delle notizie che riguardano il rapporto di lavoro e fornire al dipendente uno strumento utile ad un efficace raggiungimento delle stesse, si è inoltre mantenuta nell'anno 2011 l'attività di aggiornamento della sezione della Intranet Aziendale dedicata al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, nella quale i dipendenti possono trovare tutte le informazioni e le novità relative al rapporto di lavoro, nonché la modulistica necessaria per la presentazione delle diverse istanze e richieste (ad esempio ferie, aspettative, permessi eccetera).

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Relazioni sindacali

Nell'anno 2011 gli ambiti negoziali sono stati caratterizzati dal quadro normativo nazionale e regionale attuativo delle misure di contenimento della spesa del personale.

La regola generale voluta dal legislatore di porre un limite alla crescita dei fondi della contrattazione integrativa unitamente alla fissazione di un tetto al trattamento economico dei dipendenti nonché il blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali, se da un lato hanno condizionato le politiche di gestione delle risorse umane, dall'altro hanno accentuato la capacità e la responsabilizzazione delle parti negoziali nell'analisi dei vincoli e nella razionalizzazione della spesa conducendo il confronto anche su strumenti di flessibilità organizzativa in termini di funzionamento ed efficienza dell'apparato aziendale.

Entro tale contesto, la sessione negoziale ha riguardato incontri di consultazione inerenti i processi di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro in connessione a modifiche strutturali intervenute in ambito aziendale nonché a progetti di riorganizzazione di alcune articolazioni aziendali.

I percorsi di valorizzazione professionale, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali, sono stati orientati alla realizzazione di interventi di perfezionamento dell'assetto degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative.



Di seguito si elencano i principali documenti negoziali siglati e si delineano le materie trattate per ogni area.

AREA COMPARTO

- Accordo in applicazione dell'intesa regionale del 20.09.2011 in materia di utilizzo delle risorse regionali incentivanti la flessibilità nelle aziende del SSR.
- Accordo aziendale concernente il sistema di produttività per l'anno 2010-quantificazione delle risorse-.
- Verbale di incontro in ordine all'assetto aziendale delle posizioni organizzative.
- Verbale di consultazione in ordine al documento recante le linee di integrazione dell'attività di formazione del settore formazione dell'Azienda Ospedaliero-Uuniversitaria di Parma e dell'Università degli studi di parma.
- Verbale di consultazione in ordine alla revisione del regolamento organizzativo della direzione del servizio assistenziale.
- Verbale di incontro in tema di indirizzi per la collocazione del personale in regime di part-time a seguito delle indicazioni della regione Emilia Romagna.
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale 2011 riguardante i servizi di pronta disponibilità
- Protocollo di intesa concernente la revisione dell'assetto aziendale degli incarichi di coordinamento e la contestuale rigraduazione delle funzioni di coordinamento a seguito delle modifiche intervenute successivamente alla stipulazione di precedenti atti negoziali.
- Verbale di intesa per l'applicazione dell'articolo 40.
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2011

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2010-ripartizione delle risorse economiche.
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale 2011 riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza.
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali dell'area della dirigenza medica per l'esercizio 2011.
- Verbale di consultazione in ordine all'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali intermedi.
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2011

AREA DIRIGENZA SPTA

- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2010-ripartizione delle risorse economiche.
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale 2011 riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza.
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali dell'area della dirigenza SPTA per l'esercizio 2011.
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2011

Libera professione

In applicazione delle previsioni contenute Piano Aziendale attuativo delle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria di cui alla l. 3/8/07 n. 120, anche per l'anno 2011 il settore Libera Professione si è occupato del raffronto tra le attività svolte dai professionisti in regime di libera professione rispetto a quelle rese nell'ambito dell'attività istituzionale.

La verifica dei volumi delle prestazioni libero - professionali, globalmente considerate e per singola unità operativa, effettuato sulla base di sistemi di rilevazione delle attività in regime libero-professionale, non ha evidenziato alcun tipo di anomalia.

L'attività specialistica ambulatoriale istituzionale è stata confrontata ed analizzata, sia nella sua globalità sia suddivisa per articolazioni aziendali, al fine di valutarne l'andamento complessivo e la congruità della attività prestata in libera professione. Gli esiti di una tale esame hanno confermato la netta prevalenza dell'attività istituzionale, nel pieno rispetto dei precetti della normativa vigente.

Anche la comparazione tra i volumi di produzione di ricovero in regime libero - professionale e quelli dell'attività istituzionale per pazienti ricoverati, relativamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio, non ha evidenziato criticità.



Nell'ambito delle misure dirette a prevenire l'insorgenza di possibili conflitti d'interessi, l'anno 2011 è stato caratterizzato dall'attivazione, in via sperimentale, del servizio di ricerca prestazioni in libera professione via web, utility che permette al cittadino, collegandosi nella apposita sezione del sito internet ed immettendo il nome della prestazione ambulatoriale da ricercare, di visualizzare l'elenco dei professionisti che l'effettuano. Oltre a ciò e su richiesta dell'utente è possibile visionare il relativo costo accedendo al tariffario completo del professionista prescelto.

Gestione del contenzioso

Nell'anno 2011 è proseguita la gestione diretta delle vertenze. Questa modalità, già precedentemente avviata, si rivela positiva sotto diversi aspetti: per la limitazione dei costi, la gestione congiunta con i vari attori, diretta alla utile soluzione delle controversie, perfezionando le interrelazioni con il personale dipendente, allo scopo di ricercare, se possibile, una definizione bonaria della lite e prevenire possibili contenziosi.

I tentativi di conciliazione, stante la facoltatività del tentativo di conciliazione, possono essere promossi presso la Commissione Provinciale di Conciliazione, insediata presso la Direzione Provinciale del Lavoro.

In termini numerici nell'anno 2011, si è assistita ad una consistente flessione del numero di domande, passate da n. 37 a 13 riguardanti personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e ulteriori 18 tentativi riguardanti i lavoratori di una ditta appaltatrice tutti conciliati.

In relazione alle 13 posizioni inerenti il personale dell'ospedale:

7 sono state conciliate,

6 sono state archiviate.

Per quanto riguarda il contenzioso avviato da personale dipendente presso il Tribunale Civile – Sezione Lavoro, sono state instaurate 6 nuove vertenze che si sono aggiunte a 4 cause pendenti, di cui 1 in grado di appello.

Il numero delle nuove vertenze attivate è in leggera flessione, facendo sì che il dato complessivo rimanga su valori contenuti rispetto al numero dei dipendenti ed alla complessità organizzativa dell'Azienda.

4.10 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori

Il nido aziendale

Sono proseguite nel 2011 le attività dell'asilo aziendale destinato ai figli dei dipendenti, frutto della collaborazione con l'Azienda Sanitaria territoriale, il Comune di Parma e con il contributo della Provincia di Parma e di finanziatori privati, seguitando nella realizzazione di un progetto innovativo volto ad agevolare i professionisti aziendali e con una significativa rilevanza comunale.

Il nido, riservato ai figli dei dipendenti tra i 12 mesi e i 36 mesi, ha una capacità ricettiva di 33 posti ed è aperto cinque giorni la settimana dal lunedì al venerdì.

Per facilitare ulteriormente i dipendenti, è prevista la possibilità di apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste.

L'ampio orario di apertura, dalle 6.30 alle 19.00, consente una larga copertura dell'orario di lavoro dei genitori, favorendo le esigenze del personale turnista.

La pausa estiva, nel corso dell'anno passato, è stata circoscritta al solo mese di agosto, risultando quindi di durata inferiore rispetto a quella realizzata in altri asili del territorio comunale.

Pregevole, infine, la possibilità di fissare con il gestore un orario più elastico e maggiormente sovrapponibile a quello lavorativo, soprattutto se paragonato agli orari effettuati dalle altre analoghe strutture, incoraggiando la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, in un'ottica volta a rinforzare le pari opportunità delle lavoratrici e mettendo a disposizione, di entrambi i genitori dipendenti, la possibilità di coniugare al meglio il ruolo di genitore con quello di lavoratore.

Una facilitazione concreta d'indubbia utilità, realizzata per contribuire ad un tangibile miglioramento della vita delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

I servizi alla persona

Nel corso dell'anno 2011, l'Azienda ha proseguito le politiche già intraprese per ottimizzare gli spostamenti sistematici dei dipendenti e finalizzate ad agevolare i dipendenti nel tragitto casa-lavoro e nel parcheggio della propria autovettura durante l'orario di lavoro.



E' stata rinnovata la convenzione con Infomobility e Comune di Parma che riserva la possibilità di abbonamenti a tariffa agevolata nei parcheggi delimitati dalle righe blu, in due zone adiacenti all'ospedale. Gli abbonamenti sono assegnati ai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato, che ne fanno apposita richiesta e in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro. Nel 2011 hanno chiesto ed ottenuto il permesso di sosta a tariffa agevolata n. 57 dipendenti.

L'Azienda ha altresì confermato l'adesione ad una convenzione con la TEP (l'azienda di trasporti locale) per riservare agli operatori dell'ospedale abbonamenti agli autobus urbani ed extra urbani a tariffa agevolata. Questa agevolazione è stata richiesta da n. 42 operatori.

Ha infine continuato ad essere attivo il bus navetta dell'Ospedale, un servizio gratuito di trasporto interno per i dipendenti e gli utenti.

Il servizio, in funzione dal lunedì al venerdì dalle 7.00 alle 20.00, è pensato per rispondere alle esigenze di chi si reca a fare visita agli ammalati o di chi, per motivi di lavoro, ha la necessità di spostarsi da una zona all'altra del policlinico.

All'interno dell'ospedale circola anche la navetta TEP numero 20 (Hospital bus) che effettua tre fermate dal percorso dall'ingresso di via Volturmo all'uscita di via Rasori.

All'interno dell'area ospedaliera, l'utilizzo dei due bus navetta è gratuito per tutti.

Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro

Le politiche per la conciliazione rappresentano un importante fattore di innovazione dei modelli sociali, economici e culturali e si ripropongono di fornire strumenti che, rendendo compatibili sfera lavorativa e sfera familiare, consentano a ciascun individuo di vivere al meglio i molteplici ruoli che gioca all'interno di società complesse.

Esse interessano gli uomini, le donne e le organizzazioni, toccano la sfera privata, ma anche quella pubblica, politica e sociale e hanno un impatto evidente sul riequilibrio dei carichi di cura all'interno della coppia, sull'organizzazione del lavoro e dei tempi delle città nonché sul coordinamento dei servizi di interesse pubblico. La realizzazione di tali politiche risulta, perciò, prioritaria per la qualità della vita delle famiglie tanto che, sia a livello nazionale che europeo, sono state avviate molteplici iniziative, orientate a favorire il radicamento e lo scambio delle migliori esperienze, nonché la sperimentazione di nuovi modelli di organizzazione del lavoro.

In Italia la normativa cardine in materia è rappresentata dalla legge 8 marzo 2000, n. 53 che, oltre a introdurre i congedi parentali, favorendo un maggior coinvolgimento dei padri nella cura dei figli, ha focalizzato l'attenzione delle regioni e degli enti locali sull'importanza di riorganizzare i tempi delle città ed ha promosso, tramite l'art. 9, la sperimentazione di azioni positive per la conciliazione sul luogo di lavoro, sensibilizzando in tal senso aziende e parti sociali.

L'Azienda, anche nel corso dell'anno 2011, ha tentato di favorire la compatibilità dei tempi di vita e di lavoro attraverso la concessione degli strumenti a disposizione del personale: part-time, esoneri dal lavoro notturno, congedi per gravi motivi di famiglia, aspettative, seppure nei limiti e con le modalità previste dalla normativa in materia.

Nello specifico si segnala che nell'anno 2011 i lavoratori che hanno fatto ricorso al part time costituiscono il 13% del totale dei lavoratori a tempo indeterminato, rispetto all'11% dello scorso anno.

Infine, relativamente al personale dei Servizi della Direzione Amministrativa e per la funzione amministrativa della Direzione Sanitaria, è prevista, già da diversi anni, una fascia di flessibilità di un'ora in entrata dalle ore 08.00 alle ore 09.00 e correlativamente in uscita dalle ore 17.30 alle ore 18.30.

L'assenza dal lavoro per la cura di figli o familiari nel 2011 risulta ancora "prerogativa" femminile. E' ridotta infatti l'entità numerica di lavoratori maschi che sono astenuti dal lavoro per la cura di figli o familiari, così come è ridotto il numero di giornate di assenza fruita.

Tabella 25 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2011

Assenze per malattia figlio			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	218	3372	COMPARTO
M	36	393	COMPARTO
F	28	161	DIRIGENZA
M	3	7	DIRIGENZA



Assenza per congedo parentale			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	184	9292	COMPARTO
M	24	412	COMPARTO
F	23	1017	DIRIGENZA
M	3	42	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	13	892	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	54	5791	COMPARTO
M	6	1401	COMPARTO
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	47	1152	COMPARTO
M	1	14	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	215	4415	COMPARTO
M	28	443	COMPARTO
F	8	111	DIRIGENZA
M	4	73	DIRIGENZA

Tabella 26 Incidenza percentuale delle giornate di assenza per cura dei familiari e dei figli e media delle giornate utilizzate, distribuzione per genere e area contrattuale

Distribuzione dipendenti sul totale		% giornate di assenza fruita e giornate medie di assenza (ggm)											
%	Tipologie (genere e area contrattuale)	Congedo parentale		Malattia figlio		Permessi legge 104/92		Congedo non retribuito per gravi motivi familiari		Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		Aspettativa non retribuita figli minori 6 anni	
		%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm
64,76%	femmine comparto	86,33	50,5	85,74	15,47	87,54	20,53	100	68,62	80,52	107,24	98,8	24,51
21,37%	maschi comparto	3,83	17,17	9,99	10,92	8,96	15,82			19,48	233,5	1,2	14
6,26%	femmine dirigenza	9,45	44,22	4,09	5,75	2,2	13,88						
7,61%	maschi dirigenza	0,39	14	0,18	2,33	1,48	18,25						

Dalla tabella 26 si evince che il 64,76% della popolazione aziendale (ossia la quota femminile dell'area comparto) ha utilizzato l'86,3% delle giornate di assenza complessivamente fruita in Azienda per congedo parentale, l'85,74% delle giornate per malattia figlio e addirittura il 100% dei congedi non retribuiti per gravi motivi familiari. La popolazione del comparto di genere maschile, pari al 21,37%, ha utilizzato invece una percentuale di giornate di norma piuttosto ridotta, con la significativa eccezione del congedo retribuito art. 42 del D.Lgs. 151/2001 di cui questa quota di popolazione ha utilizzato il 19,48% delle giornate fruita (per 233,5 giornate medie di assenza).

Infine, nell'ambito della dirigenza risulta importante solo l'utilizzo del congedo parentale da parte delle donne dirigenti, con 44,22 giornate medie di assenza vs. le 50,5 utilizzate mediamente dalla quota femminile del comparto.

5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Il presente capitolo è finalizzato a presentare gli interventi realizzati e le azioni intraprese dall'Azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione sia con i soggetti interni sia coi soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali) con particolare riferimento a tre ambiti.

- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- La comunicazione interna aziendale





Ospedale di Parma

Cura e scienza al servizio dell'uomo

Siamo una struttura ospedaliera ad alta specializzazione in grado di offrire ai cittadini una vasta gamma di servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi. Abbiamo 1.233 posti letto e nel 2010 abbiamo registrato 52.803 ricoveri tra ordinari, in day hospital, urgenti e ad alta specialità. Un'esperienza tutta al servizio dei cittadini.

► [Raggiungere l'ospedale](#)
► [Visite ed esami](#)

► [Reparti e servizi sanitari](#)
► [Ricovero](#)



Primo piano

Miglioriamo la qualità di vita nella Giornata mondiale della AISLA Onlus dona alla Clinica Pneumologica dell'Ospedale Maggiore ed attrezzature per la stanza dedicata ai malati di SLA





Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda e fattore di comprensione della struttura ospedaliera. I sistemi di relazione interni ed esterni che l'Azienda instaura con il personale, il cittadino, le associazioni di volontariato, gli enti locali e i media esprimono il "carattere" dell'ente e ne sono funzione strategica e di sviluppo. In questa prospettiva la comunicazione favorisce il realizzarsi di un'azione comune fra i diversi attori e diventa strumento importante per la *promozione della salute*, a garanzia dei valori di equità, accessibilità, efficacia ed appropriatezza dell'assistenza.

Nel corso del 2011, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha promosso lo sviluppo di un sistema di comunicazione diretta ai cittadini e il miglioramento delle capacità relazionali tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari, al fine di garantire un messaggio corretto ed il più possibile esaustivo. Nelle pagine di questo capitolo saranno rendicontati le attività e gli strumenti messi in atto per garantire, oltre ad una informazione trasparente, una "buona" comunicazione.

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Promuovere la conoscenza e l'uso corretto dei servizi è una delle necessità e delle finalità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Diversi sono gli strumenti utilizzati e attivati che mirano ad avvicinare i cittadini all'Ospedale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema di garanzie che soddisfi la domanda di informazione, la richiesta di accesso ai servizi, e che dia risposta a dubbi e quesiti che il cittadino avverte al momento in cui entra in contatto con la struttura. Infatti, più il cittadino si sente sicuro e orientato all'interno dell'ente, più si sentirà garantito nel suo diritto all'assistenza; per questo risulta essenziale una comunicazione che sviluppi una conoscenza esaustiva e che ascolti la percezione di soddisfazione dell'utente.

In questo paragrafo sono illustrati gli strumenti e i servizi messi in atto dall'Azienda per promuovere e migliorare la qualità e l'accesso alle strutture.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nel corso dell'anno 2011 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) ha proseguito l'attività nel rispetto delle funzioni principali ad esso assegnate dall'art. 8 della legge 150/2000, garantendo informazioni chiare ed esaustive, l'accesso agli atti e la partecipazione; agevolando l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative e sulle strutture; promuovendo l'ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti; garantendo lo scambio di informazioni fra l'ufficio e le altre strutture operanti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; promuovendo e organizzando la comunicazione interna; promuovendo la comunicazione interistituzionale, attraverso lo scambio e la collaborazione tra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle altre amministrazioni.

L'attività dell'U.R.P. si è svolta sia per quanto concerne l'area dell'informazione e della prestazione (comunicazione esterna, attività di informazione su disposizioni normative e sui servizi offerti, garantendo l'esercizio dei diritti di accesso, la partecipazione, e promuovendo informazioni su temi di interesse generale) sia nell'area dell'ascolto e della verifica (attuazione dei processi di verifica della qualità dei servizi e della soddisfazione degli utenti, attraverso l'ascolto e l'analisi delle segnalazioni pervenute)

L'U.R.P., nel 2011, è stato in grado di svolgere più funzioni e di corrispondere ad una domanda differenziata di servizi da parte del cittadino. Ha continuato ad essere strumento di cambiamento continuo ponendo l'accento sulle importanti funzioni sopraelencate individuando alcuni processi necessari, in particolare quelli riguardanti la comunicazione interna e la condivisione delle informazioni tra i diversi uffici e servizi e l'ufficio per le relazioni con il pubblico.

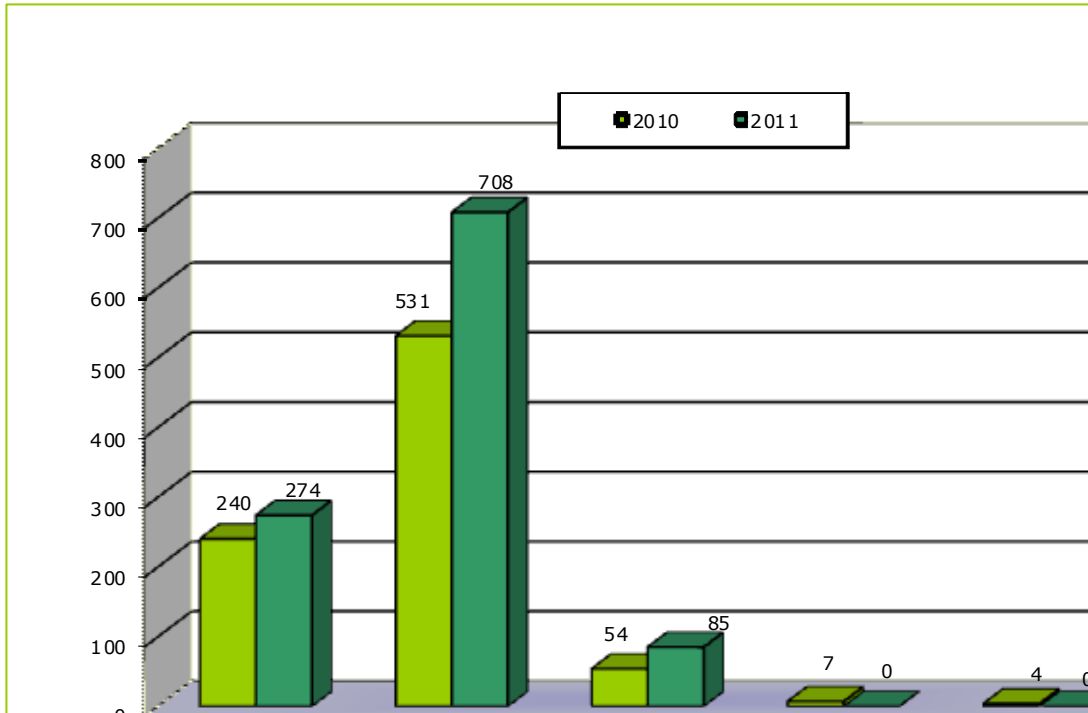
Attraverso l'analisi delle segnalazioni (reclami, elogi, suggerimenti) pervenute nel 2011 dai cittadini direttamente o tramite associazioni ed enti di loro rappresentanza, è stato elaborato un report dettagliato, riassunto nello schema sottostante, e relativo grafico interpretativo, dal quale si è evinto un aumento dei reclami rispetto al 2010, dovuto prevalentemente a ricorsi ticket, nonché una crescita degli elogi presentati dagli utenti.



Tabella 1 Le segnalazioni pervenute all'Urp, nel 2011

Segnalazioni	Totale ricoveri	Totale attività ambulatoriale
274 elogi (25,7%)	51.343	4.075.324
708 reclami (66,4%)		
85 rilievi (7,9%)		
0 suggerimenti (0%)		
0 impropri (0%)		

Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2010-2011



Per quanto concerne la mediazione dei conflitti l'U.R.P., in collaborazione con il Medico Legale, ha gestito incontri mirati a ristabilire il dialogo tra utenti e professionisti, allo scopo di giungere ad un processo di riattivazione delle relazioni riducendo il rischio di conflittualità con i pazienti e i loro familiari e giungendo così ad una diminuzione di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento.

Per quanto riguarda la diffusione di materiale divulgativo e informativo sulle campagne di informazione regionali e locali, l'Azienda ha provveduto alla distribuzione minuziosa di pieghevoli e locandine in tutti i luoghi di maggiore afflusso di utenti (sale di attesa di ambulatori, punti di prenotazione, eccetera).

Numero verde

L'attività di aggiornamento costante delle informazioni contenute nella banca dati del numero verde regionale è proseguita lungo tutto l'anno 2011, con costanza e precisione, garantendo la correttezza e la validità dei contenuti di pertinenza aziendale. Tale attività ha garantito sia la qualità della risposta degli operatori del call center che la consultazione dei dati visualizzati dai cittadini che accedono al portale Saluter della Regione Emilia-Romagna, nelle pagine alimentate dalla stessa banca dati del numero verde regionale.

La risposta alle domande di secondo livello pervenute dal call center regionale è stata curata con la consueta attenzione e precisione, soddisfacendo tutte le richieste particolarmente complesse poste dai cittadini.



Sito internet

Il sito dell'Azienda (www.ao.pr.it) ha caratteristiche di semplicità, ricchezza di contenuti e immagini. Presenta in maniera chiara le schede di accoglienza di ciascuna unità operativa, la descrizione delle



principali caratteristiche organizzative dei reparti e informazioni utili alla cittadinanza, atte a facilitare l'accesso ai servizi, oltre alla descrizione dei servizi amministrativi e tecnici dell'azienda.

Sono tre i principali percorsi da seguire: Curarsi, Lavorare e Azienda. Inoltre in home page sono direttamente presenti quattro collegamenti alle informazioni più richieste dagli utenti: Raggiungere l'ospedale, Reparti e servizi, Visite ed esami, Ricovero. Il sito pubblica, inoltre, regolarmente news di servizio e di approfondimento scientifico.

Nel corso del 2011 è proseguito sul sito web l'aggiornamento dei contenuti delle schede per ciascuna unità operativa.

Tutte le strutture, che erogano attività di ricovero (reparti e day hospital, sia che si tratti di unità operative complesse

che di strutture semplici dipartimentali), sono dotate di schede informative di reparto in cui è presentata l'attività svolta. L'aspetto di maggior rilievo concerne le **informazioni di carattere pratico**. I singoli capitoli, in cui ogni scheda è articolata, guidano la consultazione in modo veloce: chi siamo, cosa facciamo, dove telefonare, dove andare, ricovero, orari di visita ai degenti, orari di ricovero; in modo da consentire la lettura delle informazioni che agevolano la permanenza in ospedale e facilitano l'orientamento.

L'opera di "manutenzione" e aggiornamento dei contenuti del documento risulta fondamentale.

Le schede forniscono all'utente esterno una guida sicura anche per l'orientamento nell'area ospedaliera in considerazione del considerevole numero degli ambienti e della complessità con cui si sviluppano i percorsi.

La carta dei servizi

L'Azienda ha attivato il processo di revisione della Carta dei servizi, condividendo una strategia di comunicazione che partendo dal sito internet permetta al cittadino di fruire delle principali informazioni



aziendali sia on-line che in modalità cartacea.

La prima fase di definizione dell'articolazione del documento è stata completata prevedendo la possibilità, da parte dei cittadini, di ottenere un documento scaricabile e stampabile direttamente dal sito Internet dell'Azienda. Il documento, di facile consultazione, aspira ad essere una guida utile per l'utente, in grado di agevolare l'accesso alle prestazioni e ai servizi e l'orientamento all'interno di un grande ospedale come quello parmense. Conterrà anche informazioni sulla struttura ospedaliera e la sua organizzazione,

oltre all'enunciazione dei principi generali che improntano ed ispirano l'attività dell'Azienda.

La nuova Carta dei Servizi si presenterà in tre formati: on-line - in quanto residente sul sito web dell'Azienda (www.ao.pr.it); cartaceo - con la versione stampabile del formato digitale; modulare - con la stampa di singole sezioni (Come raggiungere l'ospedale; Visite ed esami; Ricovero; Come richiedere la



documentazione sanitaria; eccetera) in opuscoli di dimensioni ridotte, pensati per rispondere alle domande più frequenti degli utenti.

La Carta dei Servizi risiederà sul sito web dell'Azienda. Per questo sarà aggiornata in tempo reale nella maggior parte delle sue sezioni. Un vantaggio per il paziente che potrà accedere agevolmente, grazie ad un indice semplice e sintetico, a informazioni dettagliate ed esaustive, oltreché complete, in quanto, grazie alla navigazione interna del sito, l'utente potrà consultare anche pagine relative alle strutture amministrative e ai dati di attività.

La versione stampabile sarà invece aggiornata semestralmente. La stampa consentirà la riproduzione delle informazioni pubblicate sul web in un formato del tutto simile ad un volume edito a stampa, facilmente rilegabile.

Infine gli opuscoli saranno semplici ed essenziali risposte ai bisogni maggiormente espressi dagli utenti nei punti informativi e nelle accettazioni. Saranno distribuiti presso l'Urp e i Punti di Accoglienza, oltreché disponibili nelle sale d'attesa. Grazie alle potenzialità del nuovo sito web dell'Azienda, di prossima pubblicazione, saranno inoltre disponibili le carte di accoglienza dei singoli reparti, generabili dalla pagina di presentazione dell'unità operativa. Queste saranno reperibili all'interno dei singoli reparti.

La Carta dei Servizi comprenderà infine una sezione relativa agli impegni che l'Azienda si assume nei confronti degli utenti e ai meccanismi di tutela e verifica che, anche attraverso le organizzazioni di volontariato, garantiscono al cittadino un costante sistema di monitoraggio dell'attività aziendale.

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità è veicolata spesso attraverso campagne informative di ampio respiro sia a livello locale che su scala regionale o nazionale, mirate alla promozione di specifiche iniziative, tese ad incidere su abitudini, comportamenti e corretti stili di vita. Al fine di soddisfare sempre meglio il bisogno informativo dei singoli utenti e di facilitare l'accesso ai servizi all'interno della strutture sanitarie è proseguita nel corso del 2011 la predisposizione di brochure e materiale informativo.

L'Azienda, inoltre, partecipa al coordinamento regionale per la comunicazione e l'informazione in sanità della Regione Emilia-Romagna. In questa sede vengono proposte, discusse ed elaborate le campagne di informazione a vasto raggio (donazione sangue, vaccinazione antinfluenzale, screening, eccetera) che vedono impegnati gli operatori degli Uffici Comunicazione delle Aziende direttamente coinvolte. Nel corso del 2011 si sono svolte numerose iniziative di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.

Il nuovo polo Geriatrico-Riabilitativo dell'Ospedale di Parma



Nel corso del 2011 particolare rilevanza comunicativa è stata data al completamento dei lavori di ristrutturazione del padiglione Barbieri e al conseguente trasferimento a ottobre 2011 dei reparti di Medicina riabilitativa, Geriatria e Clinica geriatrica nei nuovi ambienti (cfr. il capitolo 7). Le tre unità operative sono andate ad aggiungersi alla Lungodegenza critica già collocata al secondo piano e alla Lungodegenza a gestione infermieristica, presente da alcuni mesi al terzo piano. Il costo complessivo dell'intervento, compresi i lavori di ristrutturazione, le attrezzature sanitarie, gli arredi e la rete informatica è stato di 11.500.000 euro.

La capillare azione comunicativa su quotidiani, tv e media on line ha voluto mettere in risalto sia come con l'intervento l'ospedale di

Parma si sia strutturato maggiormente per aree omogenee, favorendo i rapporti tra i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali e l'integrazione multidisciplinare, sia il beneficio a favore di pazienti e operatori, con una più efficiente organizzazione del lavoro e un utilizzo razionale di spazi e strumenti. Il messaggio è quindi stato quello della realizzazione di un polo Geriatrico - Riabilitativo che va a inserirsi accanto ad altri già esistenti (medicina, ortopedia, centro del cuore) o in fase di realizzazione, come l'ospedale dei bambini.



La Centrale operativa 118 "Parma Soccorso"

Nel febbraio 2011 è stata presentata alla città la nuova centrale operativa del 118. Caratteristica importante della nuova struttura di emergenza-urgenza dell'ospedale è la sua



collocazione al di fuori dagli spazi aziendali. Grazie a un accordo con Comune e Provincia di Parma la Centrale operativa 118 è stata inserita all'interno del sistema unico delle emergenze, a stretto contatto con la polizia municipale, la polizia provinciale, la Protezione civile e le associazioni di volontariato. Oltre ad avere spazi più ampi e una sofisticata dotazione tecnologica, l'innovazione e il trasferimento raccolgono due sfide importanti: migliorare la performance del sistema delle emergenze, a fronte dell'aumento e della complessità delle richieste, e la futura realizzazione del numero unico 112. Si è trattato di un'innovazione e di un cambiamento di rilievo, che è stato rendicontato nel capitolo 7 del BdM dello scorso anno, in questo contesto preme sottolineare la forte risonanza mediatica che ha avuto la presentazione alla città della Centrale operativa.

La giornata mondiale del sonno

L'Azienda durante il 2011 ha partecipato alla IV^o Giornata mondiale del Sonno (*World Sleep Day*), organizzata dall'Associazione mondiale di Medicina del sonno (*World Association of Sleep Medicine - WASM*). L'Azienda ha partecipato all'iniziativa in modo molto pratico con la realizzazione di un opuscolo informativo e con un'attività di comunicazione attraverso i media locali, l'iniziativa è stata anche occasione per comunicare ai cittadini orari percorsi e accessi ai servizi dell'ospedale.

Lo slogan dell'iniziativa, celebrata nel mese di marzo, è stato "Dormi bene, cresci sano", perché nonostante numerosi studi confermino il ruolo fondamentale del sonno nella crescita e nello sviluppo dei processi cognitivi in età evolutiva, i comportamenti adottati dai giovani nei confronti del riposo sono spesso in netto contrasto con le regole più elementari dell'igiene del sonno. Infatti, gli orari irregolari, l'esposizione alla luce anche a tarda notte, l'attività agonistica nelle ore serali e l'assunzione di sostanze eccitanti per omologazione al gruppo, sono componenti che danneggiano il sonno, la sua durata e qualità. In occasione della Giornata mondiale del Sonno, per prevenire i maggiori rischi nei soggetti adulti, è stata distribuita ai Medici di Medicina generale una guida pratica su disturbi del sonno e rischio cardiovascolare. Il documento congiunto è stato prodotto da AIMS e SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), ed è reperibile sui siti delle organizzazioni e su www.morfeodormiresano.it.

Obesity week

"Alimentazione, salute, cultura" è stato il titolo della manifestazione dedicata al cibo, promossa dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.



L'iniziativa si è svolta a Parma e provincia dal 4 al 16 ottobre e ha affrontato a 360 gradi il tema dell'alimentazione, promuovendo numerose iniziative di vario genere: incontri con i medici, appuntamenti scientifici e divulgativi, degustazioni e occasioni di confronto tra esperti di nutrizione e sport, storia, ambiente e cultura.

L'edizione 2011 della manifestazione è nata dal progetto Obesity Week, ma ha esteso il tema della prevenzione delle patologie correlate all'obesità alla sensibilizzazione sui vantaggi di un corretto rapporto con il cibo, in termini di benessere e equilibrio psicofisico. Il rapporto dell'uomo con il cibo ha infatti anche valenze sociologiche, economiche, culturali e religiose. Un'alimentazione adeguata, sobria seppur gratificante, è il

cardine di una corretta prevenzione di numerose patologie: obesità, diabete, ipertensione, dislipidemie, patologie cardiovascolari, tumorali e neuropsicologiche.



La comunicazione per la ricerca

L'attività di ricerca costituisce condizione essenziale per lo sviluppo e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. L'attività di comunicazione volta a supportare la ricerca risponde inoltre alle disposizioni della Regione Emilia-Romagna, che ha fornito indicazioni per migliorare nelle Aziende la capacità di gestire la funzione di ricerca e innovazione come attività istituzionale al pari di quella assistenziale, sottolineando la necessità di valorizzare l'impegno professionale anche attraverso la diffusione dei progetti di ricerca condotti in Azienda.

Nel corso del 2011, l'attività di ricerca svolta dai professionisti dell'Ospedale è stata sostenuta tramite la redazione di comunicati, interviste con i professionisti, supporto ai giornalisti di riviste divulgative. Si tratta di forme di comunicazione semplici e dirette, finalizzate a valorizzare la connessione tra ricerca scientifica e pratica clinica.

Sono numerose le azioni comunicative svolte nel 2011 per valorizzare sia le pubblicazioni su prestigiose riviste internazionali di articoli riguardanti studi di ricerca svolti dagli specialisti dell'Ospedale che progetti di finanziamento sostenuti dalle istituzioni regionali, nazionali ed europee.

A fianco dell'azione volta a valorizzare la ricerca, l'attività di comunicazione ha cercato di dare adeguato risalto ad interventi di particolare importanza clinica e a congressi scientifici promossi dall'Azienda.



La comunicazione integrata tra aziende sanitarie

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

E' proseguito anche nel corso del 2011 il percorso di comunicazione integrato tra i servizi comunicazione delle due aziende sanitarie pubbliche parmensi. Alla base di questi percorsi vi è infatti l'esigenza di intervenire con specifiche azioni di informazione congiunta, per informare la cittadinanza su iniziative ed eventi promossi dal Servizio sanitario regionale che a livello provinciale coinvolgono e integrano le due Aziende nei rispettivi ambiti. È il caso, ad esempio, delle numerose campagne di informazione per la prevenzione realizzate nel corso dell'anno dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, e condivise all'interno del Gruppo comunicatori per la salute costituito presso l'Ufficio comunicazione e stampa dello stesso Assessorato, cui partecipano operativamente anche i referenti della comunicazione delle due Aziende. In questa sede vengono infatti approfondite le modalità di implementazione a livello provinciale delle campagne regionali, con un ruolo attivo dei referenti comunicazione e stampa aziendali di proposta e ricerca delle migliori soluzioni. Un esempio sono le campagne informative sugli screening oncologici, l'emergenza caldo, le normative sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini, la donazione del sangue. La comunicazione integrata si è sviluppata inoltre in stretto raccordo con le azioni di comunicazione previste dalla programmazione annuale della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (Ctss).

Altre iniziative di comunicazione congiunte sono state realizzate in accordo con alcune associazioni di volontariato locale, aderendo a campagne nazionali (Nastro Rosa) o locali, come ad esempio la settimana di prevenzione e sensibilizzazione cardiologica "Sette di cuore", o per intervenire sulla stampa parmense con chiarimenti o approfondimenti anche su richiesta dei cittadini (per esempio con risposte congiunte alle "Lettere al Direttore"). In tutti questi ambiti, gli Uffici comunicazione e stampa delle due Aziende hanno condiviso e integrato le rispettive procedure operative, realizzando in modo congiunto, e tempestivo in base all'occorrenza, materiali e strumenti di comunicazione specifici quali comunicati e conferenze stampa, locandine ed opuscoli. È stato così possibile definire una procedura operativa comune da attivare in situazione specifiche come quelle descritte: nata dall'esperienza sul campo, la procedura è stata via via perfezionata e sono in definizione modalità e tempi per la sua formalizzazione.

La definizione di una procedura comune tra le due Aziende è uno strumento di comunicazione integrato che rientra anche nei risultati validati dell'Obiettivo 10 dei Gruppi di lavoro sullo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale delle due Aziende, parte integrante del Piano Attuativo Locale 2009-2011.



L'ufficio stampa e comunicazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, tramite il proprio Ufficio stampa, cura i collegamenti con i mezzi di comunicazione di massa. La funzione principale è quella di veicolare il flusso delle informazioni provenienti dall'interno dell'ente verso gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni.

I principali interlocutori sono prevalentemente i quotidiani, le riviste, i siti web, le radio e le tv locali. Nel corso del 2011, l'attività di comunicazione dell'Azienda si è fatta più capillare e ha investito anche i media nazionali soprattutto in occasione di particolari eventi, significative ricerche in campo medico scientifico o impegnativi interventi terapeutici eseguiti dai medici del Maggiore. Iniziative a cui l'Azienda ha cercato di dare la massima risonanza possibile, agevolando la realizzazione di articoli su quotidiani e periodici, servizi televisivi e approfondimenti.

Anche nel corso del 2011, è continuata la collaborazione con il magazine cittadino il "Mese di Parma", attraverso la pubblicazione di articoli riguardanti soprattutto le attività assistenziali e di ricerca svolte al Maggiore.

Comunicazione tramite emittenti televisive

L'azione di diffusione e divulgazione di notizie di interesse sanitario è proseguita, per tutto l'anno 2011, anche attraverso le televisioni locali, al fine di diffondere sempre di più le informazioni alla comunità. Di particolare rilievo la trasmissione *Serata Salute*, con puntate settimanali in onda dall'autunno alla primavera sull'emittente Teleducato, che ha ospitato gli specialisti dell'Azienda presentando le singole Unità Operative, dalla struttura di degenza e degli ambulatori alla presentazione dei dipendenti del reparto appartenenti a tutte le qualifiche.

Nel 2011 è stata utilizzata una nuova modalità organizzativa che ha visto le singole puntate suddivise in specifiche schede con la presentazione:

1. dell'équipe medica dell'U.O. (direttore, medici, medici in formazione),
2. dell'équipe infermieristica (coordinatore infermieristico, infermieri, oss, ausiliari),
3. della struttura di degenza e degli ambulatori,
4. delle attività sanitarie svolte dall'U.O. da parte del direttore e dei medici,
5. della modalità di accoglienza e di accesso all'U.O. da parte del coordinatore infermieristico,
6. delle informazioni utili per gli utenti (scheda fissa proiettata al termine di ogni puntata) in cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fornito una serie di notizie ai cittadini per facilitare l'accesso e l'orientamento ai servizi offerti.

Nello specifico sono stati presentati:

- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico,
- il numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033,
- il Comitato consultivo misto,
- il servizio di residenza ospedaliera realizzato in collaborazione con l'ACER Azienda case Emilia-Romagna per i cittadini che vengono da fuori città,
- i punti informativi,
- il centralino, attivo 24 ore su 24,
- il bus navetta,
- i punti di accoglienza CUP,
- il numero verde aziendale per le prenotazioni telefoniche ponendo particolare rilievo all'importanza di disdire con sufficiente anticipo in caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento,
- la documentazione sanitaria.

5.3 La comunicazione interna aziendale

La comunicazione interna ha come destinatari e protagonisti gli operatori e i professionisti dell'Azienda, i quali dalla condivisione delle informazioni traggono beneficio per l'organizzazione del loro stesso lavoro.

Il processo di comunicazione interna assume rilevanza in ragione del fatto che il personale da una parte usufruisce dei messaggi che l'Azienda divulga e dall'altra ne diventa mezzo di diffusione verso l'esterno. Inoltre, la partecipazione e il senso di appartenenza dei dipendenti si riflettono in modo positivo anche sull'immagine dell'Azienda percepita all'esterno.



Il sito intranet aziendale



Dopo la pubblicazione della nuova intranet aziendale avvenuta nel 2009, diverse sono state nel corso del 2011 le novità apportate, tra queste, importante anche ai fini della comunicazione interna, ricordiamo il cruscotto personale, questo, come già ricordato nel BdM dello scorso anno, è strumento di comunicazione informatica tra l'azienda e i propri dipendenti (cfr. BdM 2010 cap. 3 pag. 207). Il cruscotto personale, attivato nell'ottobre 2010, è un'area riservata al singolo utente che consente ad ogni dipendente di controllare il proprio status all'interno del sistema informativo, il

proprio cartellino elettronico, la busta paga e il Cud.

Nel corso del 2011 l'implementazione del cruscotto ha riguardato il cartellino web e in via sperimentale il cedolino. L'abbandono dei moduli cartacei è stato certamente una piccola rivoluzione culturale e inoltre ha rafforzato in modo significativo il processo di dematerializzazione degli atti e di riduzione dell'utilizzo di carta, già peraltro in atto da alcuni anni nelle pubbliche amministrazioni.

L'inserimento delle notizie sia nella home page che nelle sezioni interne rappresenta la parte più prettamente giornalistica della intranet. I contenuti, aggiornati quasi quotidianamente e accompagnati da un'immagine grafica, hanno reso il sito vera e propria "vetrina" delle attività aziendali. Nel 2011 si è registrato un aumento delle richieste di pubblicazione e una maggiore frequenza nell'inserimento delle notizie da parte dei singoli servizi, grazie anche al sistema di gestione dei contenuti del portale che consente ad ogni struttura autonomia nella pubblicazione. Nel portale aziendale, inoltre, è disponibile la rassegna stampa degli articoli di interesse sanitario che compaiono sui principali quotidiani locali e nazionali.

La Intranet ha quindi assunto nell'Azienda un ruolo di primo piano e ha consentito il superamento delle difficoltà legate alla dislocazione dei servizi e dei reparti su un'area molto vasta, garantendo tempestività e capillarità dell'informazione.

Computer pubblici

Dalla fine del 2011 sono state installate tre postazioni interattive riservate agli operatori che non hanno la disponibilità di un *personal computer* aziendale. I dipendenti possono connettersi alla rete aziendale mediante i *public computer*, collocati in tre punti nevralgici dell'ospedale: nei pressi dell'ingresso di via Gramsci, al piano terra del padiglione Direzione, al punto informativo del padiglione Centrale all'ingresso di via Volturmo. Attraverso il *totem* interattivo, immettendo *user name* e *password*, gli operatori aziendali potranno accedere al "Cruscotto Personale" per visualizzare e, volendo, stampare il foglio presenze mensile e il cedolino stipendiale. I *totem* consentono inoltre la navigazione del sito internet aziendale www.ao.pr.it.



La newsletter

Per tutto il 2011 è continuata la pubblicazione della Newsletter aziendale. Il **foglio informativo** riservato a tutti i dipendenti dell'ospedale di Parma riporta novità aziendali di interesse generale, notizie di utilità e informazioni sulle attività dei Servizi, ritenute importanti per tutti gli operatori o riservate ad alcune categorie di professionisti. La veste grafica semplice e duttile, consente una rapida lettura e l'immediata visualizzazione dei contenuti di maggiore interesse. L'impaginazione degli articoli e delle notizie brevi viene modificata ogni mese, per agevolare la ripartizione degli argomenti più significativi.

Le notizie pubblicate contengono talvolta un rimando alla news omologa presente sull'Intranet aziendale e, in caso di avvisi o informazioni di servizio, i contatti utili per approfondimenti.

Il collegamento con l'Intranet indica al lettore interessato il luogo nel quale reperire un maggiore dettaglio delle informazioni contenute nell'articolo e insieme costituisce una sensibilizzazione all'utilizzo puntuale della rete di comunicazione interna.



La newsletter nel corso del 2011 è stata distribuita, come foglio A/4, allegato al cedolino di ogni dipendente. Con l'introduzione del cedolino *on line*, che sarà definitiva a partire dal 2012, anche la *Newsletter* abbandonerà il formato cartaceo e sarà consultabile esclusivamente attraverso la intranet aziendale dal "Cruscotto Personale".

La *Newsletter* rimane quindi un appuntamento fisso per informare tutti gli operatori sui cambiamenti che riguardano l'ospedale, lo strumento principale per focalizzare mensilmente l'attenzione su notizie e avvenimenti, con un riepilogo di informazioni di servizio.



5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

6

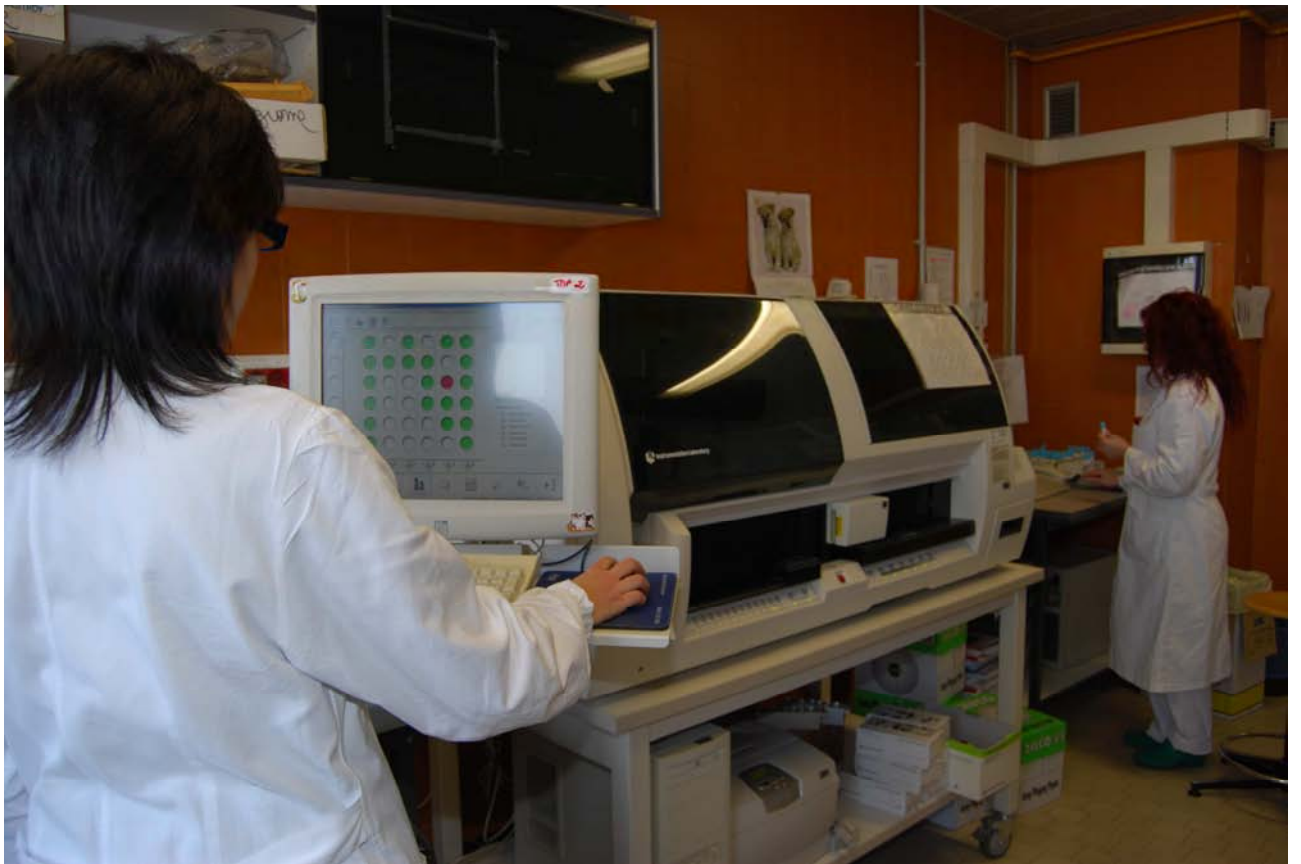
Governo della ricerca e innovazione

La promozione della ricerca è uno dei principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale. In questo capitolo vengono illustrate le azioni promosse per favorire la partecipazione attiva ad attività di ricerca e innovazione, come inizio di un percorso che conduca ad una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca.

Di seguito sono individuati gli ambiti di riferimento.

- Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione
- Sviluppo di un ambiente culturale favorevole
- Garanzie di trasparenza







Governo della ricerca e innovazione

La ricerca sanitaria può intendersi come "l'applicazione di qualsiasi disciplina di ricerca per risolvere problemi di salute". In base a questa ampia definizione, il Canadian Institutes of Health la suddivide in 4 pilastri, ugualmente importanti:

- ricerca biomedica di base – indagine sui meccanismi di salute e malattia,
- ricerca clinica applicata – che coinvolge pazienti,
- ricerca sui servizi e le politiche sanitarie – studi su come organizzare, gestire, finanziare e erogare assistenza,
- ricerca di popolazione e di salute pubblica – ricerca su determinanti della salute della popolazione.

E' ormai opinione condivisa, anche dai cittadini, che la ricerca sanitaria, di qualunque tipo, sia uno dei meccanismi fondamentali attraverso il quale si possono ottenere miglioramenti significativi per il trattamento e la prevenzione delle malattie, e per la promozione della salute.

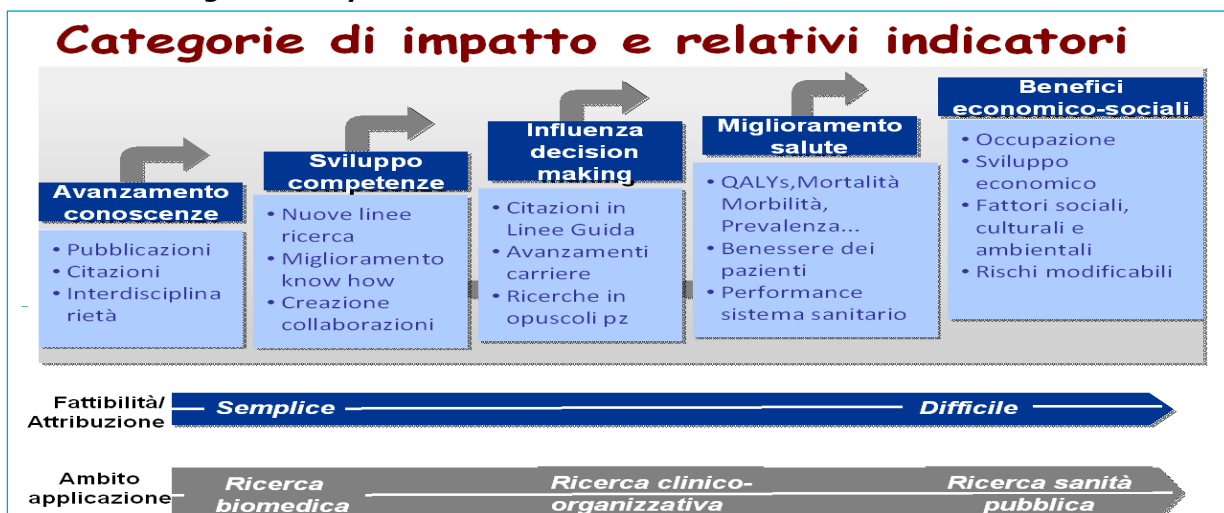
Con l'aumentata consapevolezza sulla sua cruciale importanza, negli ultimi anni gli investimenti a sostegno della ricerca in sanità sono cresciuti considerevolmente in molti Paesi. Questo incremento di risorse (economiche, umane, eccetera) ha portato allo stesso tempo a una maggiore attenzione sul loro utilizzo da parte dei diversi stakeholders (gli attori coinvolti nella ricerca a diversi livelli). Ci si aspetta sempre più, cioè, che le risorse non vengano stanziare in modo irrazionale, ma che il loro impiego segua dei criteri di priorità basati sull'impatto che la ricerca può generare.

Per questo motivo, negli ultimi anni sono in aumento iniziative volte a determinare le migliori misure dell'impatto della ricerca [Canadian Academy of Health Sciences. Making an impact. A Preferred Framework and Indicators to Measure Returns on Investment in Health Research. 2009; Banzi 2011, Health Research Policy and Systems].

In generale, la letteratura al riguardo sottolinea che il concetto di impatto della ricerca è piuttosto ampio, costituito da diversi elementi, tutti rilevanti nella valutazione complessiva. Infatti, se alcuni aspetti sono ritenuti fondamentali per tutti (ad esempio, il miglioramento della salute e/o della qualità di vita dei pazienti), altri risultano particolarmente importanti per singoli stakeholder: cittadini, sponsor, ricercatori, decisori di politica sanitaria, eccetera. Ad esempio, è ovvio che per gli sponsor di un progetto, come l'Industria farmaceutica, sarà molto importante conoscere il profitto generato dagli investimenti; i ricercatori, invece, attribuiranno particolare attenzione al grado in cui i loro risultati saranno recepiti dalla comunità scientifica e introdotti nella pratica; per le Aziende sanitarie saranno rilevanti la valutazione della produzione scientifica dei propri professionisti e la capacità di acquisire fondi; infine, per il Servizio Sanitario regionale costituiranno priorità i benefici in termini economici e l'utilità sociale.

Tenendo conto delle diverse componenti che lo caratterizzano, l'impatto della ricerca può essere suddiviso in più livelli. Il modello proposto dalla Canadian Academy of Health Sciences comprende 5 categorie principali di impatto, suddivise in sottocategorie, per ognuna delle quali vengono suggeriti indicatori (grafico 1).

Grafico 1 Categorie di impatto





Come si evince dal grafico, la valutazione dell'impatto può essere effettuata a vari livelli di complessità, partendo dal metodo più semplice, che tiene conto solo di indici bibliometrici (pubblicazioni, citazioni, eccetera), fino alla ricaduta che dovrebbe essere la più importante, la salute dei cittadini e/o un migliore accesso e equità alla salute. La categoria più frequentemente considerata è quella sull'avanzamento delle conoscenze, questo anche perché comprende indicatori relativamente semplici da costruire ed è più facile collegare con un rapporto causa-effetto la ricerca e le pubblicazioni da essa scaturite. Dalla letteratura appare però evidente che quasi mai è saggio fermarsi alla valutazione delle pubblicazioni scientifiche; questo aspetto, sebbene indispensabile, è da considerarsi un indicatore surrogato del reale impatto. Non sempre infatti le ricerche migliori o più rilevanti sono quelle più pubblicate o citate in letteratura.

Valutare l'impatto sulla salute e i benefici economico-sociali pone però enormi problemi di fattibilità, soprattutto nella identificazione di indicatori robusti e affidabili. E' inoltre molto difficile attribuire esiti e benefici quali, ad esempio, la riduzione della mortalità per una patologia o l'incremento dell'occupazione a un unico e specifico programma di ricerca.

Questo ultimo aspetto risulta particolarmente rilevante alla luce della difficile situazione economica globale che stiamo attraversando. E' infatti sempre maggiore l'enfasi sulla necessità di condurre una ricerca cost-effective, con elevata probabilità di ottenere risultati socialmente ed economicamente vantaggiosi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea questo concetto in una recente pubblicazione "Choice-Choosing interventions that are cost effective", sottolineando che la ricerca sugli interventi sanitari deve prendere in considerazione simultaneamente i costi che implicano e gli effetti sulla salute. E' importante, a tale proposito, non soffermarsi solo sulle ben note criticità del "sistema della salute" italiano, ma considerare anche le potenzialità che esso contiene per lo sviluppo complessivo del Paese. Secondo un recente rapporto sulla salute curato da Intesa Sanpaolo [Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali - Ottobre 2010], si stima che in Italia, per un euro speso in sanità, si generano complessivamente 1,7 euro circa.

Un passo fondamentale in tal senso è assicurare che gli studi vengano condotti secondo principi di buona qualità. Chalmers & Glasziou [Chalmers 2009, Lancet] stimano che ogni anno decine di miliardi di dollari in investimenti vengono sprecati a causa di problemi che potrebbero essere corretti. Essi indicano che questo spreco può avvenire in 4 step successivi della ricerca: la scelta del quesito in studio, la qualità della metodologia, l'adeguatezza delle pratiche di pubblicazione, la qualità della diffusione dei risultati. Poiché la ricerca deve attraversare tutte queste fasi, lo spreco diventa cumulativo. Pertanto, Chalmers & Glasziou sottolineano che qualsiasi sforzo mirato a comprendere e migliorare la produzione e diffusione della ricerca può portare a guadagni sostanziali per i pazienti e la popolazione. Poiché questi problemi possono verificarsi in tutte le fasi di realizzazione della ricerca, e riguardano svariati attori, non esiste una semplice e unica soluzione. Gli autori sottolineano comunque che adeguati programmi formativi, e il supporto metodologico, possono migliorare la qualità dei progetti e delle pubblicazioni scientifiche.

Al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili, è inoltre fondamentale saper formulare un adeguato piano dei costi al momento della stesura di un progetto [Mackway-Jones 2003, Emerg Med J], e successivamente monitorare l'utilizzo dei fondi durante lo svolgimento dello studio [Hatfield 2009, Methods Mol Biol; American Society of Clinical Oncology 2003, J Clin Oncol]. Se questi aspetti non vengono considerati, infatti, può accadere che studi, scientificamente validi e interessanti, non vengano neppure avviati, o vengano bloccati prematuramente per carenze gestionali. A tale proposito, il monitoraggio durante lo svolgimento del progetto, mirato ad assicurarne l'integrità, risulta particolarmente importante anche per mantenere la fiducia nella ricerca dei cittadini e degli investitori, favorendo l'attrazione di finanziamenti e la partecipazione allo studio.

Un altro aspetto rilevante da considerare al momento dell'ideazione dello studio è la fattibilità del progetto, considerando il setting, l'esperienza e le competenze disponibili, l'interesse strategico aziendale e il potenziale impatto sul Servizio Sanitario. A tale proposito, la Regione Emilia-Romagna nel 2011 ha posto particolare attenzione su questi aspetti, sottolineandone l'importanza nei bandi di ricerca del Programma Regione-Università, area 1 (ricerca innovativa) e area 2 (ricerca per il governo clinico). Per quanto riguarda l'area 1, la RER ha messo a disposizione finanziamenti per sostenere non più progetti singoli, ma Programmi Strategici integrati (PS), cioè composti da diversi progetti (work packages) costruiti attorno a temi della ricerca biomedica e sanitaria, lasciando alle Aziende la selezione dei temi oggetto dei PS in base alle priorità locali e alla fattibilità. In merito all'area 2, gli aspetti relativi alla fattibilità sono stati per la prima volta inseriti nel bando tra i criteri di valutazione per l'assegnazione dei fondi.



Tutte queste considerazioni rendono importante attuare, a livello aziendale, strategie che favoriscano l'attuazione di ricerca di qualità, con alta probabilità di impatto sulla salute, e che permettano l'utilizzo ottimale delle risorse disponibili, spesso esigue, anche incoraggiando la collaborazione multidisciplinare e la condivisione di risorse. Di seguito vengono illustrate alcune delle più importanti attività svolte in tal senso e i risultati al momento raggiunti.

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

La U.O. Ricerca e Innovazione (R&I) è composta da professionisti con competenze biostatistico-epidemiologiche ed economiche. Negli ultimi anni ha orientato la propria attività con l'intento di accrescere la consapevolezza dell'importanza e l'utilizzo dei metodi biostatistici, che sono alla base della ricerca clinica ed epidemiologica. A tal fine, offre annualmente una gamma completa di corsi brevi sulla metodologia della ricerca [cfr. il paragrafo "Attività di formazione del personale" nella successiva sezione *Sviluppo di un ambiente culturale favorevole*], fornisce assistenza su molti aspetti della ricerca clinica, di salute pubblica e di laboratorio, e collabora attivamente ad alcuni progetti condotti nell'AOU di Parma. In particolare nel 2011, ha contribuito alla realizzazione di 4 studi:

- *Progetto GENDER* - Programma Strategico finanziato dal Ministero della Salute dal titolo "L'infarto miocardico nella donna: una realtà diversa. Dalla genetica alla terapia interventistica e all'impatto psicosociale della malattia prima causa di morte nel sesso femminile", comprendente 5 progetti tutti coordinati da donne. In particolare, la U.O. Ricerca e Innovazione ha coordinato uno studio osservazionale concluso nel 2011, condotto su un campione di circa 80.000 pazienti con Infarto Miocardico Acuto ricoverati in Regione Emilia Romagna, allo scopo di analizzare se nella pratica clinica esistano differenze relativamente all'utilizzo e ai risultati clinici delle procedure di rivascolarizzazione (angioplastica con impianto di stent) tra genere maschile e femminile.
- *Progetto HUCARE* - studio di implementazione finanziato dal Ministero della Salute, concluso nel 2011, volto a verificare in 29 oncologie italiane la fattibilità di una strategia multiapproccio attuata allo scopo di favorire l'integrazione delle cure psicosociali EBM nella pratica clinica.
- *Progetto EROI* - trial clinico randomizzato, finanziato nell'ambito del Programma Ricerca Regione-Università bando 2011, che mira a testare l'effectiveness di una campagna informativa rivolta ai cittadini, in termini di riduzione dei tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto.
- *Progetto CRANIECTOMIE* - trial clinico randomizzato, finanziato nell'ambito del Programma Ricerca Regione-Università bando 2011, volto a confrontare due procedure di trattamento della pressione intracranica in soggetti con trauma cranico.

La U.O. R&I lavora in collaborazione con il Comitato Etico di Parma [cfr. il paragrafo "Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico" nella successiva sezione *Garanzie di trasparenza*], con il Board per la Ricerca e l'Innovazione, e partecipa attivamente alle attività della SISMEC, Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (nell'ambito della Commissione Ricerca e Sviluppo) e dell'AIOM (componente Panel per la stesura delle Linee Guida Cure psicosociali).

Nel 2011, nel rispetto delle indicazioni contenute nella D.G.R. n.1066 del 29 luglio 2009, che articola l'impegno delle Aziende in 5 azioni prioritarie, sono state realizzate le seguenti attività:

Azione 1: è stato redatto e approvato dal Collegio di Direzione il Piano Aziendale per le attività di ricerca 2011-2012. Il Piano ha consentito di individuare quale area prioritaria di ricerca aziendale "La Medicina Personalizzata";

Azione 2: per assicurare la tracciabilità della ricerca in atto in Azienda, non essendo attivo l'applicativo regionale, è stato realizzato un programma per la registrazione di un set minimo di informazioni; i dati raccolti sono stati utilizzati per il reporting periodico sull'attività scientifica delle singole unità operative;

Azione 3: in agosto 2011 si è insediato il Board per la Ricerca e Innovazione, composto da 12 membri, sei dei quali con comprovata esperienza nella ricerca, selezionati in ambito aziendale mediante bando pubblico;

Azione 4: al fine di potenziare l'attività di ricerca, nel 2011 è stato avviato il progetto LABMAR (Laboratori BioMedici di Analisi in Rete), volto alla costituzione di una rete di laboratori aziendali operanti in un rapporto altamente cooperativo, e comprendente una piattaforma tecnologica, dotata di tecnologie essenziali per la ricerca, utilizzate in condivisione. Sempre in merito alla costituzione di Research Network, l'Azienda ha promosso e sostenuto la collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù di Roma, che si è concretizzata con la stipula di una Convenzione che prevede la partecipazione dei pediatri ad un



network clinico-scientifico nazionale, finalizzato alla promozione, coordinamento ed esecuzione di ricerche applicative nell'ambito della farmacologia clinica in pediatria,

Azione 5: è stato revisionato il Vademecum "La gestione dei progetti di ricerca realizzati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma", diffuso anche sulla intranet aziendale, che dedica ampio spazio alle diverse questioni economiche associate a tutte le fasi della ricerca [cfr. il paragrafo "Integrazione tra i vari sottosistemi" della presente sezione]. Di grande rilevanza è inoltre l'accordo stipulato nel 2011 con la Quintiles, che rende la AOU di Parma collaboratore privilegiato di una delle più importanti CRO (clinical research organization) italiane, favorendo quindi il coinvolgimento dei professionisti della AOU in grandi studi multicentrici internazionali.

Nel 2011, sono risultate prioritarie alcune attività innovative per rispondere a obiettivi ambiziosi, di seguito descritti.

MISURARE PER MIGLIORARE

Misurare l'attività di ricerca di singoli ricercatori, team, ospedali, centri di ricerca è sempre più un'esigenza sentita e condivisa. Chi finanzia la ricerca ha la necessità di valutare l'efficienza del sistema per orientare le risorse, sempre più limitate, in specifiche aree e in generale per non disperderle. Anche gli utilizzatori dei risultati della ricerca, come politici e cittadini o - nel caso della ricerca sanitaria - i pazienti, sono interessati a capire come e quanto produce la ricerca scientifica, se è loro utile e se ne traggono un diretto e concreto beneficio. Inoltre, un'attenta e pianificata descrizione della ricerca svolta in ospedale è necessaria per migliorare la trasferibilità dei risultati della ricerca e favorire l'uso di trattamenti innovativi.

Misurare l'attività di ricerca e il relativo impatto è quindi un compito dovuto e richiesto, sebbene ponga enormi problemi di fattibilità, soprattutto nella identificazione di indicatori robusti e affidabili. Poiché non è un esercizio banale, occorre definire una strategia che consenta di descrivere sistematicamente le attività di ricerca con indicatori di facile costruzione, sufficientemente robusti e condivisi.

Risultati raggiunti

Nel 2011 è stata attuata una revisione totale della reportistica sulle attività di ricerca (progetti e pubblicazioni), prodotta ormai da 3 anni, sia relativamente alla struttura, sia ai contenuti. Sono stati inclusi nuovi indicatori, selezionati tra gli oltre 100 presenti in letteratura privilegiando la reperibilità delle informazioni, la facilità di elaborazione e di interpretazione dei risultati.

È stato inoltre modificato l'iter per la raccolta delle informazioni. Riguardo le pubblicazioni, miglioramenti apportati alla banca dati ISI Web of Knowledge hanno permesso di caricare direttamente la pubblicazione (attraverso il codice DOI) in modo da evitare le omonimie e di poter lavorare e generare i grafici per un numero di pubblicazioni superiore a 500. Relativamente ai progetti di ricerca, non essendo possibile avvalersi del database dell'Anagrafe regionale della ricerca in fase di ristrutturazione, la è stato realizzato in AOU un form elettronico per la registrazione di un set minimo di informazioni sui progetti di ricerca. I report così prodotti, per Dipartimento e per U.O., sono stati per la prima volta diffusi anche sul sito internet aziendale.

L'U.O. Ricerca e Innovazione ha inoltre partecipato ai lavori del working group della Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (SISMEC), presentando una relazione al Congresso Nazionale in merito alla valutazione della qualità e dell'impatto dell'attività di ricerca sanitaria. Da quest'esperienza è nato anche un progetto che la U.O. Ricerca e Innovazione ha sottoposto al Ministero della Salute, bando Ricerca Finalizzata 2010, volto a migliorare la qualità dei protocolli di studio, tramite interventi di supporto e di formazione.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Tra gli obiettivi di budget assegnati ai Dipartimenti per il 2012 è stata inserita la partecipazione ad attività di ricerca dei professionisti, intesa in senso ampio come ruolo attivo in pianificazione/ svolgimento /pubblicazione di studi, partecipazione a formazione/aggiornamento su tematiche concernenti la metodologia della ricerca, presentazione a convegni, eccetera. Per misurarla, è in fase di definizione uno strumento, adattato dalla letteratura, da somministrare a tutti i professionisti dell'Azienda.

Criticità rilevate

Relativamente al rilevamento dei progetti di ricerca, attuato mediante segnalazione spontanea da parte dei ricercatori, non si dispone di un sistema di validazione automatizzato che consenta di verificare l'accuratezza ed esaustività dei dati forniti. In merito al reperimento delle pubblicazioni, non esiste un codice univoco per identificare gli autori degli articoli, rendendo necessari interventi manuali di controllo in particolare per risolvere il problema delle omonimie.



Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

La complessità dell'iter amministrativo di pianificazione e gestione di un progetto di ricerca, e il coinvolgimento di numerosi settori aziendali con compiti specifici ma che non sempre dialogano in modo efficiente tra di loro, rappresentano importanti ostacoli all'esecuzione di ricerca nelle Aziende Sanitarie, causando considerevoli ritardi nelle diverse fasi di attuazione di uno studio, generando confusione e talvolta demotivazione. La letteratura dimostra che molti di questi problemi possono essere almeno parzialmente risolti con l'attuazione della *Research Governance*, vasta gamma di regolamenti, principi e standard di buona pratica creati per ottenere, e costantemente migliorare, la qualità della ricerca sanitaria. Particolarmente utile in tal senso risulta la creazione di procedure condivise, anche definite Procedure Operative Standard (di seguito indicate per brevità con l'acronimo inglese SOP), che permettono da una parte di snellire gli aspetti burocratici connessi alla ricerca e di aumentare l'efficienza (prevenendo procedimenti ridondanti o eccessivi rallentamenti), e dall'altra di seguire modalità e criteri di lavoro chiari e trasparenti, evitando dubbi, fraintendimenti e contestazioni. La International Conference on Harmonization (ICH, collaborazione tra enti regolatori ed esperti dell'industria farmaceutica per ridurre o evitare la duplicazione delle prove effettuate durante la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci), definisce una SOP come *"Istruzioni scritte dettagliate, il cui scopo è creare uniformità nella realizzazione di una funzione specifica"*. L'utilizzo delle SOP è suggerito più volte nelle linee guida Good Clinical Practice (Buona Pratica Clinica), che forniscono standard di qualità circa lo svolgimento di studi clinici (D. Lgs. 211/2003 e 200/2007).

La necessità di iter chiari e semplificati è emersa anche da un'indagine condotta nel 2010 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che ha coinvolto i Referenti Dipartimentali della Ricerca, relativa alle principali difficoltà incontrate nelle varie fasi di gestione di un progetto di ricerca (cfr. BDM 2010). Tra i problemi espressi sono risultati particolarmente rilevanti: tempi lunghi necessari per la stipula delle convenzioni, tipologia e quantità di documentazione occorrente per avere parere dal Comitato Etico, mancanza di un supporto statistico-informatico per la predisposizione della scheda raccolta dati (CRF elettronica), ridondanza e non chiarezza dell'iter per l'utilizzo del finanziamento del progetto.

Allo scopo di semplificare ed esplicitare chiaramente i processi di gestione dei progetti di ricerca e le responsabilità, l'AOUPR ha attuato in questi ultimi anni alcuni interventi, il primo dei quali è stata la redazione e diffusione di un Vademecum dal titolo "La gestione dei progetti di ricerca realizzati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma", redatto dalla U.O. Ricerca e Innovazione nel 2008 e revisionato nel 2010; il documento fornisce ai responsabili scientifici e amministrativi dei progetti di ricerca informazioni, istruzioni e nozioni di base utili per la gestione degli studi, dalla fase iniziale di pianificazione a quella finale di rendicontazione. Un altro intervento importante è stato attuato nel 2011, anno in cui è stata avviata la predisposizione di SOP per lo svolgimento delle attività di ricerca nell'AOU di Parma, partendo dalle criticità maggiormente segnalate nell'indagine summenzionata e da aspetti che coinvolgono diversi sottosistemi aziendali. Le SOP sono state classificate in: Amministrative, Cliniche e di Data management. E' stata inizialmente definita la loro struttura generale, come segue:

La prima pagina dovrà riportare le informazioni identificative del documento (*titolo, codice, data entrata in vigore e di approvazione, data di autorizzazione, autore, n versione, data e motivi della revisione*).

Seguono poi le sezioni:

- Indice
- Scopo
- Contenuti (elenco delle attività da realizzare)
- Responsabilità
- References
- Appendici

Le SOP sono approvate dal Board per la Ricerca e Innovazione [cfr. la sezione 6.1 *Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione*], aggiornate ad intervalli regolari, indicativamente pochi mesi dopo la loro introduzione e, successivamente, circa una volta all'anno.

Sono state individuate le seguenti 10 procedure prioritarie, la cui stesura è in corso:

0. Struttura, preparazione, approvazione e revisione delle SOP
1. Stesura del protocollo di studio
2. Supporto epidemiologico e biostatistico
3. Data management
4. Supporto per la gestione economica



5. Iter per la stipula del contratto assicurativo
6. Autorizzazione all'avvio dello studio
7. Raccolta e segnalazione degli eventi avversi
8. Acquisizione delle risorse
9. Divulgazione scientifica aziendale.

Il raccordo e la collaborazione tra diverse Unità Operative e diversi settori aziendali sono grandemente favoriti se esiste una rete multiprofessionale di ricercatori motivati, capaci di integrarsi e portare avanti progetti comuni. In questo senso, la AOU di Parma ha individuato, dal 2009, i Referenti Dipartimentali della Ricerca, giovani ricercatori a cui vengono affidati incarichi specifici nell'ambito della ricerca. Essi vengono nominati dai Direttori di Dipartimento in accordo con la U.O. Ricerca e Innovazione, e sono attualmente 42 per 12 dipartimenti. Inizialmente identificati per fornire supporto ai responsabili scientifici di progetti nel lavoro di gestione/registrazione nella Anagrafe Regionale, i loro compiti si sono via via diversificati e ampliati. Nel 2011 in particolare, i Referenti hanno contribuito a diffondere opportunità di finanziamento e formazione all'interno delle loro U.O., hanno svolto funzione di coordinamento di attività richieste dalla Direzione (ad esempio reportistica su progetti di ricerca e produzione scientifica, Piano Aziendale Ricerca e Innovazione), e contribuito alla pianificazione di eventi formativi.

Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie

La capacità di attrarre fondi è una prerogativa imprescindibile di un'Azienda sanitaria che considera prioritaria l'esecuzione di ricerca di buona qualità. Per la AOU di Parma, sede di Università e dotata della quasi totalità di strutture specialistiche (sia di elevata specialità che di base), è fondamentale poter sfruttare il grande potenziale che la caratterizza e affermarsi quale centro di eccellenza, e ovviamente ciò dipende in gran parte dalla disponibilità di finanziamenti.

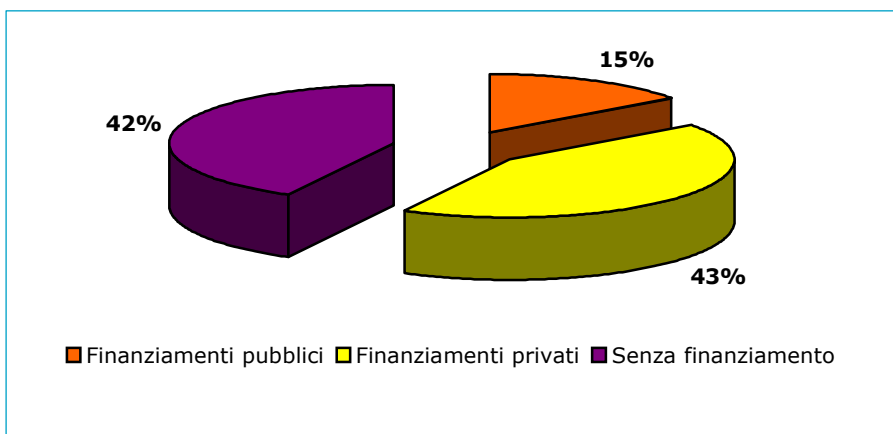
Una fonte di informazioni sulla capacità di attrazione di risorse finanziarie, in ambito di ricerca, è la consueta rilevazione annuale dei progetti attivati.

In base ai dati disponibili, complessivamente nel 2011 risultano avviati 121 progetti di ricerca, nel 36% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra una flessione sia nel numero di progetti attivati (-20, pari a -14%) sia nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore (vedi la sezione 2.4 "Ricerca e didattica" del capitolo 2).

Dei 121 studi ne sono stati finanziati 70 (58%), 21 dei quali (30%) sono coordinati dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

La quota di progetti finanziati con fondi privati (ad esempio Aziende Farmaceutiche e Fondazioni) ha rappresentato il 43% del totale; la restante quota dei progetti avviati nel 2011 è stata remunerata, direttamente o indirettamente, mediante fondi pubblici (progetti con finanziamenti da parte di istituzioni/enti o senza finanziamenti dedicati).

Grafico 2 Progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2011

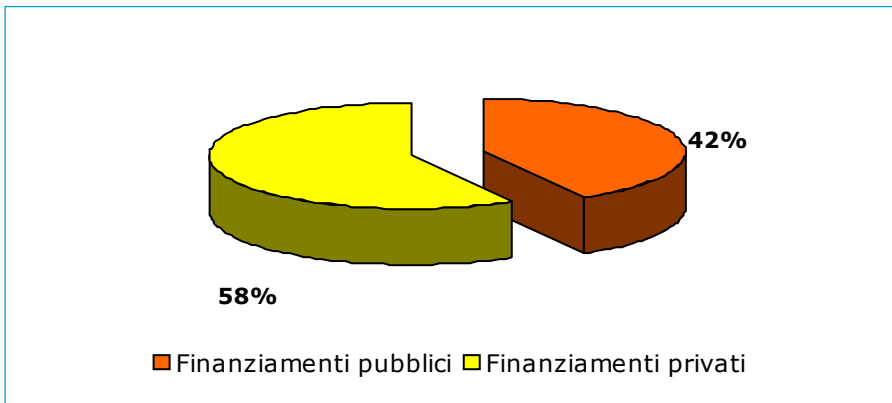


Considerando ora solamente i progetti che hanno ricevuto un finanziamento da uno sponsor (Grafico 3), nel 2011 gli importi complessivamente finanziati per la ricerca ammontano a 4.542.000 €, e sono



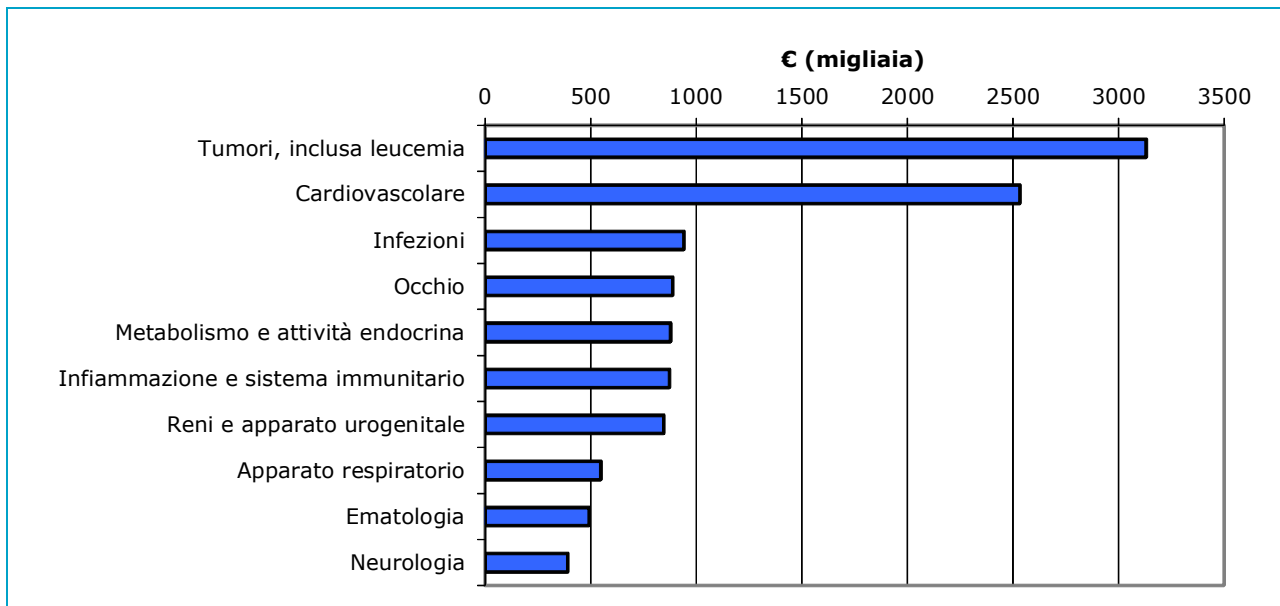
pervenuti in prevalenza da finanziatori privati (per il 58%). Si noti che in tali importi non sono inclusi finanziamenti direttamente gestiti dall'Università, i cui progetti non sono stati segnalati.

Grafico 3 Importi per fonte di finanziamento, anno 2011



Al fine di identificare le aree di ricerca su cui si è maggiormente investito negli ultimi 3 anni, nonché i Dipartimenti che sono stati capaci di attirare maggiori risorse in ambito di ricerca, di seguito (grafici 4 e 5) vengono presentate le quote di finanziamento pervenute all'Azienda per area tematica del progetto e per Dipartimento di afferenza dello sperimentatore. La distribuzione per aree tematiche al contrario si mostra lievemente più equiripartita, pur evidenziando gli argomenti di ricerca preponderanti dei Dipartimenti maggiormente in grado di attirare risorse; la distribuzione dei finanziamenti per Dipartimento mostra come vi sia una forte polarizzazione degli stessi verso alcuni di loro.

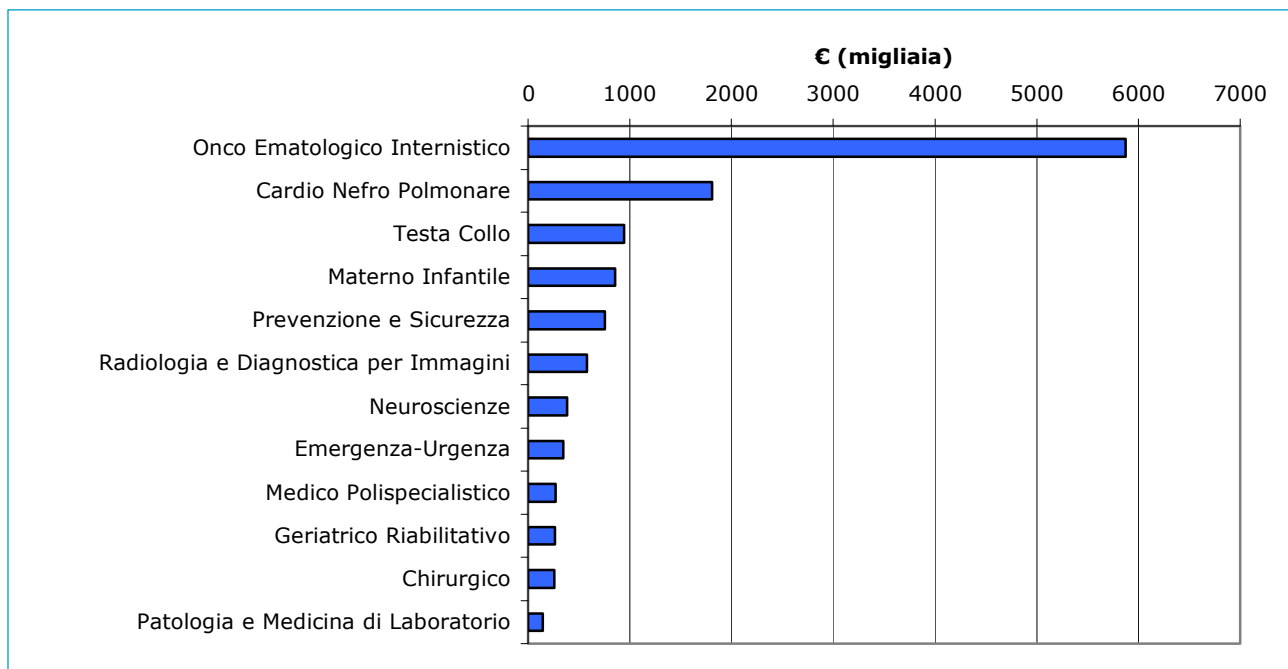
Grafico 4 Finanziamento per area tematica, anni 2009-2011



Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche
Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System



Grafico 5 Finanziamento per Dipartimento, anni 2009-2011



Prospettiva di indubbio interesse è quella dell'utilizzo effettuato dei fondi ottenuti mediante l'attività di ricerca in termini di risorse umane. L'analisi che segue non tiene conto dei finanziamenti privati, in quanto l'acquisizione di collaboratori esterni con tali fondi avviene per lo più utilizzando congiuntamente il contributo di più progetti di ricerca. In merito alle risorse acquisite con fondi pubblici, complessivamente oltre 6.700.000 € nel triennio 2009-2011 si sono acquisiti in media 86 collaboratori esterni (contrattisti e borsisti), che rappresentano circa il 14% dei laureati in organico. Questi collaboratori hanno generato in totale 1677 mesi/uomo.

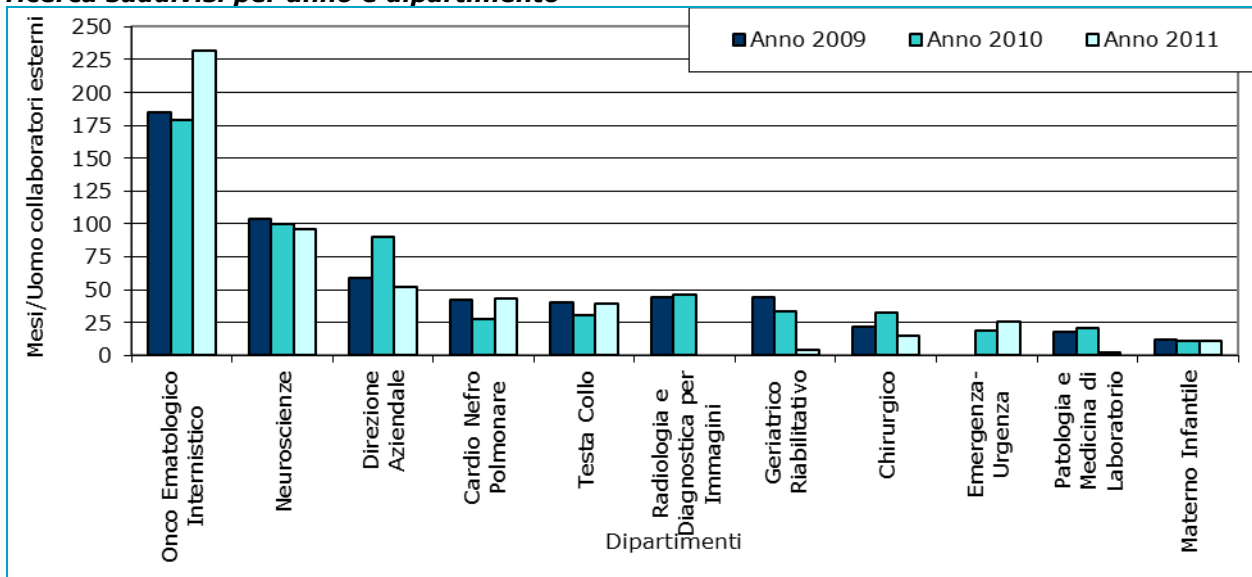
Tabella 1 L'output della ricerca: collaboratori esterni remunerati con fondi di ricerca pubblici, anni 2009-2011

Anno di competenza								
2009			2010			2011		
Numero	Finanziamento	Mesi/uomo	Numero	Finanziamento	Mesi/uomo	Numero	Finanziamento	Mesi/uomo
88	€ 911.156	568	94	€ 847.670	589	77	€ 717.381	520

Il dipartimento che ha acquisito un maggiore numero di collaboratori esterni (Grafico 6) è il Dipartimento Onco Ematologico Internistico con una media di circa 34 collaboratori/anno per un impegno di circa 198 mesi/uomo. Segue il Dipartimento di Neuroscienze con una media di 9 collaboratori/anno ed un impegno di circa 100 mesi/uomo.



Grafico 6 Mesi/Uomo collaboratori esterni (contrattisti, borsisti, ecc) remunerati con fondi di ricerca suddivisi per anno e dipartimento



Utilizzo appropriato delle innovazioni

Oltre a definire e promuovere l'adesione alle procedure volte a garantire la governance dell'acquisizione delle tecnologie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è impegnata a migliorare l'appropriatezza di utilizzo delle innovazioni tecnologiche anche partecipando attivamente a practice-based research, cioè studi sperimentali di fase III o IV e studi osservazionali condotti nei contesti assistenziali e volti a:

- identificare motivi degli scostamenti tra pratica raccomandata e corrente,
- verificare se trattamenti di dimostrata efficacia si confermano efficaci in ambito assistenziale,
- fornire il "laboratorio" per lo studio dei processi assistenziali in cui trasferire i risultati della ricerca clinica.

In particolare, nel 2011 la AOU ha ottenuto risultati molto positivi in questo senso, vedendo finanziati tutti e 5 i progetti presentati nell'ambito del Programma Regione-Università bando area 2 "Ricerca per il Governo Clinico", che presentiamo brevemente di seguito.

TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO PER VALUTARE L'EFFETTO DI UNA STRATEGIA DI EDUCAZIONE DELLA COMUNITÀ SUI TEMPI DI ACCESSO OSPEDALIERO IN CORSO DI ICTUS ACUTO

BACKGROUND

L'ictus cerebrale è una patologia molto frequente e potenzialmente fatale o causa di gravi disabilità permanenti. Ritardi nell'intervento in fase acuta possono precludere l'esecuzione di trattamenti di provata efficacia, come la trombolisi intravenosa e intra-arteriosa, che possono essere somministrati solo nelle prime ore dall'insorgenza dell'episodio. I ritardi sono spesso causati dal non tempestivo ricorso ai servizi di soccorso da parte del paziente (o di chi è presente al momento dell'ictus). Questo comportamento inadeguato sembra essere correlato non solo alla conoscenza della patologia in questione, ma soprattutto alla percezione della gravità dei sintomi. Esistono evidenze che dimostrano come l'educazione dei cittadini possa avere un ruolo importante ai fini della prevenzione.

OBIETTIVI

Il progetto intende sperimentare, per la prima volta in Italia, una strategia standardizzata di educazione della popolazione volta a modificare il comportamento in presenza di sintomi riconducibili a ictus, verificandone gli effetti in termini di riduzione del ritardo di ospedalizzazione e dell'esito clinico dei pazienti.



METODI

La campagna educativa rivolta ai cittadini, realizzata da un esperto in comunicazione sanitaria sulla base della letteratura e dell'analisi della situazione locale, verrà applicata nelle 4 Province regionali partecipanti allo studio, in tempi diversi. L'effetto dell'intervento verrà misurato tramite confronto con la usual care (insieme di iniziative spontanee e non standardizzate di diverse Istituzioni).

GENERALIZZABILITA'/TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

La partecipazione allo studio di 4 province e il disegno utilizzato, che consente l'accesso all'intervento di tutte e 4, permetterà di trasferire i risultati a larghi strati della popolazione e a differenti contesti organizzativi. Il tipo di strategia sperimentata comporta la standardizzazione di alcuni aspetti fondamentali, ma permette una certa flessibilità locale nella fase di implementazione, il che garantisce un ulteriore elemento di generalizzabilità a diversi contesti. In tal senso la strategia sperimentata, se efficace, potrebbe essere diffusa all'intera regione o ad altri contesti Nazionali, rappresentando un vero e proprio "prodotto" educativo.

STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO SULL'USO DELLA CRANIECTOMIA DECOMPRESSIVA NELLE PRIME 72 ORE DALL'EVENTO TRAUMATICO

BACKGROUND

Il 60% dei pazienti ricoverati per trauma cranico severo decede o sopravvive con gravi disabilità. La complicanza più importante è rappresentata dall'aumento della Pressione IntraCranica (PIC), generalmente dovuto a edema cerebrale. Nei casi frequenti in cui l'elevata PIC non risponde alle terapie mediche convenzionali si ricorre sempre più spesso alla craniectomia decompressiva chirurgica, tuttavia, le relative linee guida internazionali non classificano ancora questa procedura come standard di trattamento, ma solo come opzione terapeutica. Ciò è dovuto alla mancanza di ampi studi randomizzati, su pazienti non selezionati.

OBIETTIVI

Lo studio intende valutare se la craniectomia decompressiva associata alla evacuazione di ematoma, rispetto alla gestione convenzionale (craniotomia), migliori gli esiti clinici a 6 mesi (mortalità, stato vegetativo, disabilità severa). Tra i numerosi obiettivi secondari, la ricerca intende valutare gli effetti in termini di durata di degenza in terapia intensiva e di qualità di vita.

METODI

Si tratta di uno studio randomizzato, dove pazienti con PIC elevata a seguito di trauma cranico e indicazione alla chirurgia, senza l'applicazione di severi criteri di esclusione, vengono assegnati al gruppo di intervento, con evacuazione dell'ematoma ed esecuzione della craniectomia decompressiva, o al gruppo di controllo, con esecuzione del trattamento usuale, craniotomia ed evacuazione dell'ematoma post traumatico con riapposizione del lembo osseo.

GENERALIZZABILITA'/TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

La craniectomia decompressiva viene eseguita frequentemente nella Regione Emilia-Romagna (circa 70 casi/anno solo per i pazienti con trauma cranico). Lo studio pertanto risulta particolarmente rilevante, in quanto permetterà, tra l'altro, di validare la procedura in un gruppo di pazienti con caratteristiche frequenti, per i quali non è in corso alcuno studio, fornendo di conseguenza indicazioni ai centri regionali.

FARMACOGENOMICA DEL CLOPIDOGREL NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

BACKGROUND

Il clopidogrel è un farmaco antiaggregante ampiamente utilizzato nei pazienti con sindrome coronarica acuta, tuttavia è caratterizzato da un'ampia variabilità di risposta. Recentemente sono state individuate varianti genetiche che influenzano la risposta individuale, oltre che il rischio dell'insorgenza di complicanze dovute al trattamento. Recentemente sono stati resi disponibili nuovi farmaci antiaggreganti il cui effetto non è influenzato dalle varianti genetiche, ma che hanno un costo significativamente più



elevato rispetto al clopidogrel. Attualmente non esistono nelle linee guida cardiologiche indicazioni precise sul migliore trattamento da utilizzare in base alle caratteristiche del singolo paziente.

OBIETTIVI

Lo studio intende testare, per la prima volta, nei pazienti con sindrome coronarica acuta, la fattibilità e l'utilità clinica della scelta della terapia antiaggregante piastrinica basata sulle caratteristiche genetiche del paziente, analizzate tramite esame del sangue eseguito al letto del malato, immediatamente dopo la diagnosi. In particolare, l'obiettivo primario è valutare se la strategia di conduzione della terapia antiaggregante scelta sulla base dei dati di farmacogenomica consente di ridurre le complicanze trombotiche e/o emorragiche correlate all'utilizzo della duplice terapia antiaggregante piastrinica nei pazienti con sindrome coronarica acuta.

METODI

Studio prospettico, multicentrico, randomizzato. Saranno arruolati 3612 pazienti ospedalizzati per sindrome coronarica acuta che verranno randomizzati ad eseguire o meno il test genetico che identifica i polimorfismi correlati alla risposta individuale al clopidogrel, in modo da ottenere un braccio in cui la scelta della terapia antiaggregante sarà guidata dalle informazioni di farmacogenomica ed un braccio in cui la terapia antiaggregante sarà somministrata secondo la routinaria pratica clinica. L'arruolamento sarà completato in 12 mesi. Ogni paziente sarà seguito mediante visite di follow-up a 1, 6 e 12 mesi in cui sarà valutata l'insorgenza degli eventi considerati endpoint primari e secondari dello studio.

GENERALIZZABILITA'/TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

Se lo studio dimostrerà che la strategia di conduzione della terapia basata sulle informazioni di farmacogenetica influenza significativamente l'outcome dei pazienti e che, nei pazienti non portatori delle varianti genetiche, l'effetto del clopidogrel è equivalente all'effetto ottenuto con farmaci di nuova generazione, il test genetico potrebbe essere eseguito routinariamente in tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta, per indirizzare il clinico nella scelta del farmaco antiaggregante da somministrare in associazione all'aspirina. Questa nuova strategia terapeutica consentirebbe di risparmiare considerevoli risorse economiche, riducendo sia i costi delle ospedalizzazioni per le complicanze trombotiche e/o emorragiche sia i costi relativi ai farmaci antiaggreganti, in quanto permetterebbe di limitare l'uso dei nuovi farmaci più costosi solo nei pazienti che realmente non beneficiano del clopidogrel.

ALLEANZA PER LA PREVENZIONE SECONDARIA CARDIOVASCOLARE IN EMILIA ROMAGNA. STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO DI CONFRONTO TRA UN PROGRAMMA STRUTTURATO INTENSIVO INFERMIERISTICO E TRATTAMENTO ABITUALE

BACKGROUND

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbidità in Europa. Nei pazienti con sindrome coronarica acuta, è stato dimostrato che la prevenzione secondaria e programmi di riabilitazione degli stili di vita sono in grado di ridurre significativamente morbidità e mortalità. Le Linee guida internazionali di Cardiologia indicano come priorità assoluta l'implementazione di programmi di educazione sanitaria volti alla modifica dello stile di vita ed alla riduzione dei fattori di rischio, unitamente al controllo dell'aderenza terapeutica; attualmente però non esistono programmi strutturati di prevenzione secondaria coordinati da figure professionali dedicate ed appositamente formate.

OBIETTIVI

Lo studio si propone di testare, per la prima volta in Italia, un programma infermieristico strutturato di prevenzione secondaria su una vasta popolazione di pazienti con sindrome coronarica acuta ad alto rischio, valutandone l'efficacia clinica sulla popolazione, la fattibilità e l'impatto sul sistema sanitario regionale. Gli effetti verranno misurati sia in termini di benefici sugli endpoint surrogati (riduzione dei fattori di rischio convenzionali e aderenza alla terapia farmacologica prescritta) sia in termini di benefici clinici (riduzione degli eventi avversi maggiori cardiovascolari).

METODI

Pazienti con sindrome coronarica acuta verranno randomizzati all'inserimento in un Percorso strutturato infermieristico di prevenzione secondaria (PPSI) o al trattamento abituale.

Il PPSI è un programma gestito da personale infermieristico centralmente formato, strutturato in una



serie di visite individuali periodiche (dal periodo pre-dimissione fino a 48 mesi dopo la dimissione). La sua introduzione verrà preceduta da una fase formativa del personale infermieristico, comprendente strategie comunicative volte a migliorare l'adesione terapeutica e alla modifica degli stili di vita nocivi.

GENERALIZZABILITA'/TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

Il progetto sperimenterà per la prima volta un programma di rete assistenziale multidisciplinare integrata tra Ospedale e Territorio che potrebbe divenire un modello di riferimento per il Sistema Sanitario regionale e nazionale. Inoltre, grazie anche alla sua componente formativa, lo studio permetterà di potenziare le competenze distintive del personale infermieristico nella gestione educativa del paziente con sindrome coronarica acuta.

GOVERNANCE DEL PAZIENTE DIABETICO RICOVERATO IN SETTING ASSISTENZIALI NON SPECIALISTICI

BACKGROUND

Il diabete è una condizione molto frequente tra i pazienti ricoverati. La necessità di degenza ospedaliera è imputabile solo in minor parte ad eventi metabolici acuti, e in misura maggiore a condizioni gestite in reparti non specialistici per la cura del diabete. Poiché la presenza di diabete si associa ad un aumentato rischio di complicanze, peggiora la prognosi, allunga la degenza media e determina un incremento significativo dei costi assistenziali, è essenziale garantire la gestione ottimale di questi soggetti in setting non specialistici. Nonostante questa consapevolezza, ad oggi non esistono procedure standardizzate di gestione del paziente diabetico in regime di ricovero ospedaliero.

OBIETTIVI

L'obiettivo del progetto è implementare un modello di "best practice" riguardante la gestione del paziente diabetico ricoverato, sulla base di linee guida nazionali e internazionali. Gli effetti dell'intervento verranno valutati su outcome clinici, tra cui raggiungimento del compenso glicemico, durata di degenza, complicanze.

METODI

Si tratta di uno studio randomizzato a cluster, dove i reparti vengono assegnati ad attuare un intervento formativo o alla pratica routinaria. Il progetto prevede: 1) la creazione di un processo di cura e di indicatori di appropriatezza gestionale del paziente diabetico ricoverato; 2) la promozione di un percorso formativo strutturato del personale medico ed infermieristico non specialistico con implementazione degli standard di cura del diabete in diversi setting assistenziali; 3) audit clinico condotto da personale esterno al reparto, per verificare l'adesione a indicatori di efficacia e appropriatezza gestionale. La valutazione dell'adesione verrà effettuata utilizzando uno strumento creato nell'ambito del progetto ("performance score").

GENERALIZZABILITA'/TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

L'applicazione del modello di "best practice" su pazienti non selezionati e in un'ampia gamma di setting assistenziali "reali" lo rende facilmente esportabile ad altre realtà regionali. La creazione di un modello gestionale ed organizzativo regionale permetterà di minimizzare la variabilità dell'assistenza e di uniformare la gestione della patologia, ottenendo una maggiore efficacia ed efficienza del ricovero del paziente, migliorandone gli esiti.

Prodotto particolarmente innovativo del progetto è il performance score, strumento che, grazie alla sua semplicità, potrà essere facilmente trasferibile a tutte le Aziende che intendano valutare l'appropriatezza della gestione clinica del paziente diabetico ricoverato e la reale implementazione delle linee guida.



6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Attività di formazione del personale

Ricerca e formazione sono due attività essenziali, strettamente connesse e parimenti importanti, per un'Azienda sanitaria che intenda offrire ai pazienti un'assistenza all'avanguardia.

La formazione ha ovviamente il compito di aggiornare i professionisti sulle nuove conoscenze derivanti dalla ricerca, permettendo loro di introdurle nella pratica clinica; allo stesso tempo però, la formazione permette ai professionisti di acquisire le competenze necessarie per fare loro stessi ricerca e quindi produrre a loro volta nuove conoscenze, sviluppando la capacità di analisi, la comprensione dei processi della ricerca scientifica, e favorendo la costituzione di network di ricercatori.

Per rafforzare e sfruttare al meglio la sinergia tra ricerca e formazione, la letteratura sottolinea l'importanza di attuare percorsi formativi dedicati alla metodologia della ricerca [Anderson et al. Science 2011]. In quest'ottica, la AOU di Parma da anni pone tra le sue priorità l'offerta formativa di qualità, adattata alle diverse esigenze dei professionisti. In tal senso, la U.O. Ricerca e Innovazione ha tra le sue attività prioritarie (fin dalla sua istituzione) l'ideazione e l'attuazione di opportunità formative di diversa tipologia (per durata, livello di complessità, target eccetera). L'esperienza è iniziata nel 2007, con l'avvio del Master annuale di II Livello "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano", con l'obiettivo di aumentare le competenze in materia di ricerca del massimo numero di professionisti favorendo anche la nascita di collaborazioni e network, ripetuto in una seconda edizione l'anno successivo. Contemporaneamente sono stati effettuati corsi più brevi e dedicati a tematiche più specifiche: il corso "Statistica per non statistici", 5 giornate volte a introdurre i principi statistici che costituiscono le basi del disegno e dell'analisi degli studi clinici, e il corso "Rispondere ai quesiti clinici in base alle evidenze scientifiche", in collaborazione con il Centro Cochrane Italiano, dedicato al reperimento e analisi della letteratura, offerto in 3 versioni a seconda del target.

La pianificazione dei contenuti e delle modalità di attuazione delle diverse iniziative si è basata, tra l'altro, su un'indagine conoscitiva, coinvolgente tutti i professionisti aziendali, volta a identificare quei fattori che favoriscono, o ostacolano, lo svolgimento delle attività di ricerca in Azienda. L'indagine ha permesso di identificare le tematiche per le quali i ricercatori avvertono il maggior bisogno di approfondimento, nonché le tipologie di formazione ritenute più efficaci. Un input particolarmente importante durante la fase di pianificazione è stato fornito dai Referenti Dipartimentali della Ricerca.

Nel 2011, il programma formativo si è concentrato su un'offerta di corsi di breve durata intesa ad affrontare, con incontri di massimo tre ore, i fondamenti della metodologia della ricerca. Il programma, dal titolo "Metodologia della ricerca: una guida per cominciare", comprende 7 minicorsi, con cadenza generalmente mensile, ognuno dedicato a un aspetto chiave della metodologia della ricerca, i cui contenuti hanno un taglio prettamente pratico. Gli argomenti da trattare sono stati scelti, in accordo con i Referenti Dipartimentali della Ricerca, per rispondere alle esigenze dei ricercatori, sulla base dei suggerimenti espressi e dei bisogni registrati durante la precedente attività formativa, e secondo l'esperienza della U.O. Ricerca e Innovazione quale punto di riferimento e supporto per i ricercatori.

I minicorsi sono pensati quali moduli a se stanti, permettendo al professionista di scegliere le tematiche che ritiene opportuno approfondire.

Le lezioni sono tenute da professionisti che operano presso la U.O. Ricerca e Innovazione, in alcuni casi in collaborazione con esperti sul tema (ad esempio Segreteria del Comitato Etico, Rappresentante dei monitor dell'industria, eccetera).

L'iniziativa ha preso il via in novembre 2011 e proseguirà fino a giugno 2012. In considerazione del numero elevato di richieste pervenute, per molti dei minicorsi è stata tenuta, o è in programma, una seconda edizione.

Di seguito l'elenco dei 7 minicorsi:

- Scrivere una proposta di ricerca
- Piano di analisi statistica e fondamenti di analisi
- Aspetti etici e documenti necessari per il Comitato Etico
- Pianificazione del budget degli studi
- Monitoraggio dello studio e degli eventi avversi
- Rappresentazione grafica e interpretazione dei risultati
- Scrivere un articolo scientifico



Inoltre, in maggio 2011, a seguito delle numerose richieste, si è svolta la seconda Edizione del corso "Rispondere ai quesiti clinici in base alle evidenze scientifiche" rivolta al personale tecnico e infermieristico. L'evento, effettuato in collaborazione con il Centro Cochrane Italiano, è dedicato al reperimento e analisi della letteratura.

Infine, un'importante opportunità formativa e di condivisione per i professionisti dell'AOU è stato il Convegno "RICERCA CLINICA DI FASE I: la porta di cui si serve la ricerca scientifica per entrare nella pratica clinica", realizzato in febbraio 2011, a conclusione della seconda edizione del Master di II Livello "Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano" (cfr. BDM 2010). L'evento, che ha ospitato relatori autorevoli anche di fama internazionale, è stato dedicato ai diversi aspetti che caratterizzano la ricerca in fase precoce, studi fondamentali che però in Italia trovano ancora un'applicazione limitata. La tematica risulta particolarmente rilevante per l'AOU di Parma, che possiede un enorme potenziale di svolgimento di ricerca anche nelle fasi precoci, in quanto è sede di Università e in essa coesiste la quasi totalità di strutture specialistiche (sia di elevata specialità che di base), rendendo quindi disponibili tutte le competenze e il know-how indispensabili a produrre dati scientifici di qualità pienamente compatibile con gli attuali standard regolatori. L'iniziativa ha costituito un momento di coesione per tutte le parti coinvolte, prevedendo anche una tavola rotonda sulla governance della ricerca.

In generale il gradimento espresso dai partecipanti ai corsi nel 2011 è stato molto elevato. Nella tabella seguente (tabella 2) si evince che le persone che hanno partecipato ai corsi sono più di 400 e che i giudizi medi, formulati dai discenti su una scala da 1 a 5, hanno ottenuto punteggi superiori a 4.

Tabella 2 Corsi inerenti la metodologia della ricerca tenuti presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma nel 2011: numero partecipanti e valori medi di gradimento

	Convegno - Ricerca clinica di fase I	Rispondere ai quesiti clinici in base alle evidenze scientifiche	Metodologia della Ricerca: una guida per cominciare
Tot partecipanti	213	77	156
Rilevanza argomenti	4.2	4.5	4.5
Qualità educativa	4.3	4.6	4.2
Efficacia dell'evento	4.0	4.4	4.2

Come si evince dalla tabella 3, negli ultimi tre anni la formazione in materia di ricerca è stata particolarmente intensa, ricca e variegata, e ha riscosso un'ampia adesione tra i professionisti. Ciò è stato possibile, in particolare, grazie ai fondi regionali erogati nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009, bando area 3 "Formazione alla ricerca e creazione di research network". A tale proposito la AOU ha visto finanziati progetti formativi per un totale di € 301.082,00.

Tabella 3

EVENTO	TITOLO	NUMERO	DURATA SINGOLO EVENTO	DESTINATARI	FONTE DI FINANZIAMENTO	2008												2009												2010												2011												2012											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Master II livello	Imparare la metodologia della ricerca	2 edizioni	32 giorni (4gg per 8 moduli mensili), più 8 giorni di lavoro di gruppo, 1 verifica finale	Laureati in medicina, biologia, farmacia, scienze infermieristiche	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Workshop	Specifici, per ogni evento	11 eventi	Mezza giornata con cadenza mensile, in genere al sabato mattina	Aperto a tutti (professionisti, rappresentanti associazioni di volontariato, cittadini)	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Convegno	Ricerca per la Salute	1 evento	1 giornata	Aperto a tutti (professionisti, rappresentanti associazioni di volontariato, cittadini)	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corso di perfezionamento	Ricerca psicosociale	2 edizioni	6 giornate su due settimane	Laureati in scienze infermieristiche delle Aziende della RER	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corso di formazione	Statistica per non statistici	2 edizioni	6 giornate su due settimane	Laureati in medicina, biologia, farmacia, scienze infermieristiche	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Convegno	Ricerca clinica di fase I	1 evento	1 giornata	Aperto a tutti (professionisti, rappresentanti associazioni di volontariato, cittadini)	Programma Regione-Università AREA 3 2007-2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corso di formazione	Rispondere ai quesiti clinici	4 edizioni: due per infermieri-tecnici, una per dirigenti medici-sanitari area medica e una per dirigenti medici-sanitari area chirurgica	12 pomeriggi: 8 per infermieri, 2 per area medica e 2 per area chirurgica	Laureati in medicina, biologia, farmacia; laurea 1° livello area infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria	Aziendale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corso di formazione	Metodologia della ricerca: una guida per cominciare	2 edizioni per modulo	7 moduli x 2 edizioni con cadenza mensile della durata di 3 ore	Laureati in medicina, biologia, farmacia, scienze infermieristiche	Aziendale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12



Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna

Nel triennio 2009-2011 le pubblicazioni in estenso (articoli) prodotte dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state 710; tra queste emergono circa 193 elaborati (27%) in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna.

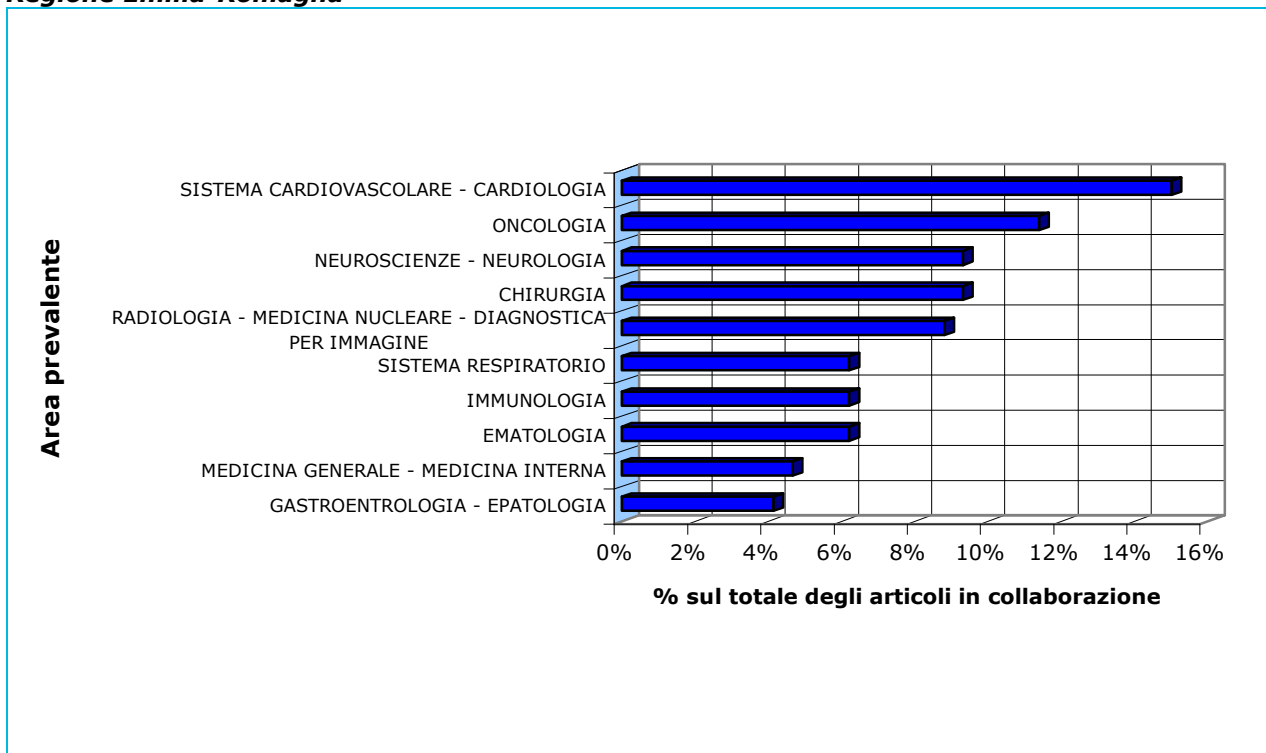
Il dettaglio, visibile nella tabella 4, mostra una maggiore collaborazione con la provincia di Bologna (14%) che è preponderante assieme a Modena (9%) e Reggio Emilia (8%) seguita dalle altre provincie.

Tabella 4 Articoli in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna

	Numero articoli in collaborazione 2009-2011	% sul totale degli articoli dell'AOU di Parma
Bologna	98	13.80%
Modena	64	9.01%
Reggio Emilia	59	8.31%
Ferrara	26	3.66%
Piacenza	22	3.10%
Ravenna	17	2.39%
Rimini	16	2.25%
Forlì	11	1.55%
Cesena	5	0.70%

Le due aree tematiche prevalenti (grafico 7) degli 88 articoli con cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma collabora con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna sono Cardiologia (15%) e Oncologia (11%). Tutte le altre aree sono al disotto del 10%.

Grafico 7 Aree tematiche prevalenti degli articoli in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna



Fonte classificazione Aree tematiche: ISI Web Of Knowledge

Similmente a ciò che avviene per le pubblicazioni, nel triennio 2009-2011 le collaborazioni con altre Aziende regionali in progetti di ricerca finanziati con fondi pubblici o senza finanziamento, denotano una solida partnership con le altre tre Aziende Ospedaliere regionali più limitrofe. Primeggia quella con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, con la quale si rilevano 36 progetti in collaborazione (pari all'8% dei progetti iniziati nel triennio); seguono quelle con le Aziende di Modena e Reggio Emilia (33 progetti in collaborazione per entrambe).

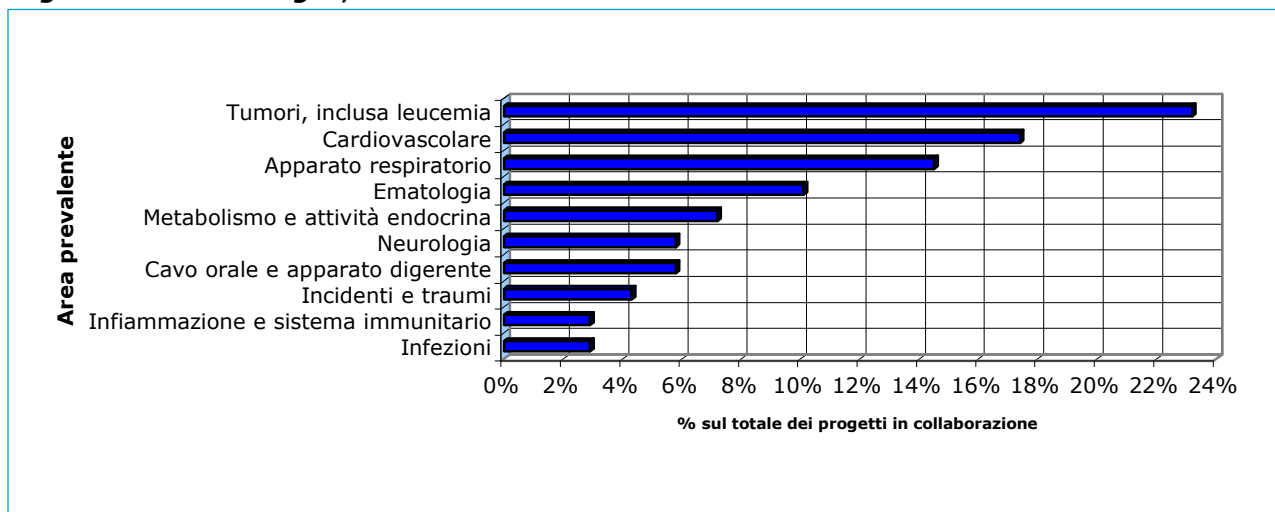


Tabella 5 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2009-2011 (senza finanziamento o finanziati mediante fondi pubblici) con altre Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

	Numero progetti in collaborazione	% sul totale dei progetti dell'AOU di Parma
AOU di Bologna	36	8%
AOU di Modena	33	7%
AO di Reggio Emilia	33	7%
AUSL di Ravenna	22	5%
AOU di Ferrara	22	5%
AUSL di Piacenza	20	4%
AUSL di Modena	18	4%
AUSL di Forlì	17	4%
AUSL di Rimini	15	3%
AUSL di Bologna	11	2%
AUSL di Parma	10	2%
AUSL di Cesena	9	2%
AUSL di Reggio Emilia	5	1%
AUSL di Ferrara	5	1%
I.R.S.T Meldola	4	1%
AUSL di Imola	1	0%

Le aree tematiche prevalenti di questi progetti sono in parte sovrapponibili a quelle registrate per le pubblicazioni, sebbene la classificazione delle aree impiegata nella fonte dei dati non sia la medesima (rispettivamente ISI Web of Knowledge per le pubblicazioni, Health Research Classification System per i progetti). I progetti in collaborazione con altre Aziende della Regione riguardano principalmente i "Tumori, inclusa leucemia" (23%); a seguire l'area "Cardiovascolare", con il 17%.

Grafico 8 Aree tematiche prevalenti dei progetti in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna, anni 2009-2011



Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

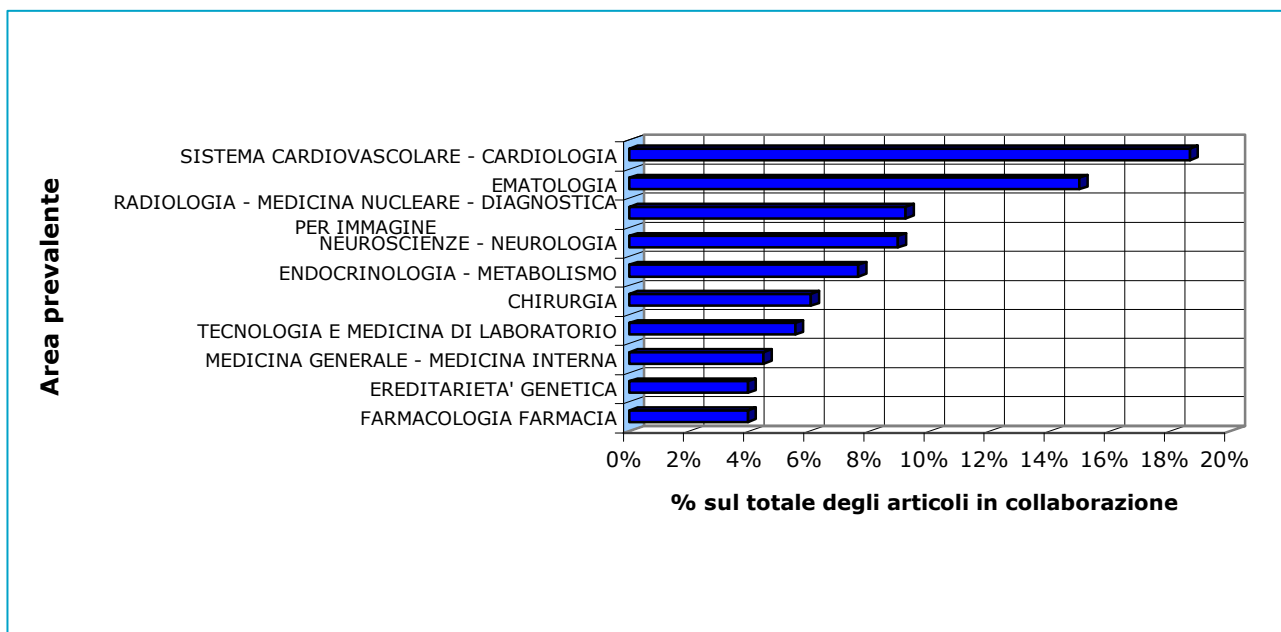
Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche

Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nella stesura delle pubblicazioni in estenso ha collaborato con enti ed istituti di ricerca nazionali ed internazionali. I centri internazionali con cui nel triennio 2009-2011 si è sviluppato il numero maggiore di collaborazioni sono gli Stati Uniti (16% delle pubblicazioni) e l'Inghilterra (12%); per maggiori dettagli si rinvia al Capitolo 2, paragrafo 2.4. Di questi 381 articoli in collaborazione internazionale l'area prevalente risulta essere Cardiologia con il 19% seguita in questo caso da Ematologia (15%).



Grafico 9 Aree tematiche prevalenti degli articoli che presentano almeno una collaborazione internazionale, anni 2009-2011



Fonte classificazione Aree tematiche: ISI Web Of Knowledge

Anche relativamente ai progetti di ricerca, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha instaurato network professionali nazionali e internazionali per la realizzazione di studi. Nelle tabelle 6 e 7 sono riportate le Province (per le collaborazioni nazionali) e le nazioni (per quelle internazionali) con le quali ha maggiormente collaborato nel triennio 2009-2011.

A livello nazionale Milano e Roma, giocano un ruolo predominante in tale partnership (entrambe ad oltre 40 studi in collaborazione); per ciò che riguarda i network internazionali si rileva come gran parte delle partnership dell'ultimo triennio coinvolgono paesi dell'Europa Occidentale.

Tabella 6 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2009-2011 (senza finanziamento o finanziati mediante fondi pubblici) con altri centri di ricerca nazionali

	Numero progetti in collaborazione	% sul totale dei progetti dell'AOU di Parma
Milano	46	10%
Roma	45	10%
Napoli	37	8%
Torino	33	7%
Bari	29	6%
Firenze	26	6%
Pavia	24	5%
Genova	23	5%
Foggia	23	5%
Catania	23	5%

Nota: sono riportate le prime 10 Province più frequenti

Tabella 7 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2009-2011 (spontanei o finanziati con fondi pubblici) con altri centri di ricerca internazionali

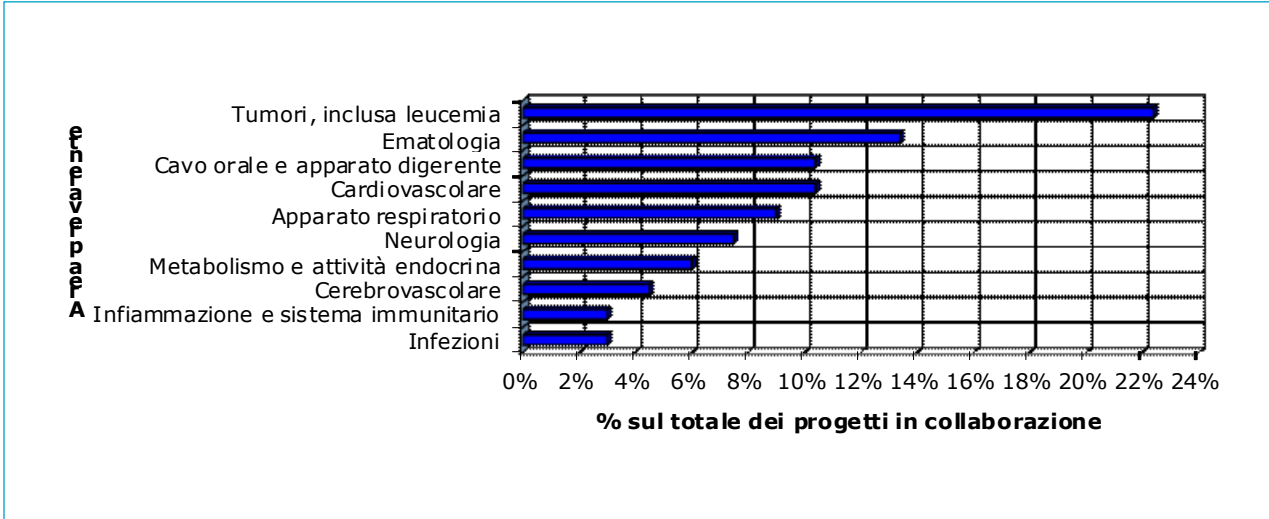
	Numero progetti in collaborazione	% sul totale dei progetti dell'AOU di Parma
Francia	9	2%
Germania	8	2%
Spagna	6	1%
Belgio	6	1%
Portogallo	4	1%
Olanda	4	1%
Danimarca	4	1%
Usa	3	1%
Uk	3	1%
Austria	3	1%

Nota: sono riportate le prime 10 Nazioni più frequenti



Analogamente a quanto avvenuto in precedenza, nel seguito si riportano le aree tematiche prevalenti delle collaborazioni in progetti di ricerca nazionali e internazionali (grafici 10 e 11).

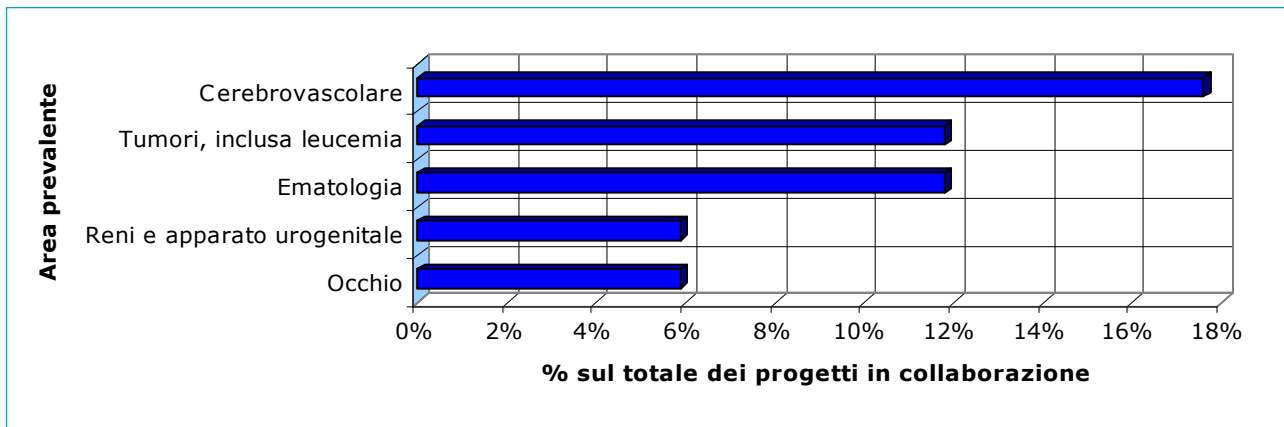
Grafico 10 Aree tematiche prevalenti dei progetti che presentano una collaborazione con altri centri di ricerca nazionali, anni 2009-2011



Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche

Grafico 11 Aree tematiche prevalenti dei progetti che presentano una collaborazione con altri centri di ricerca internazionali, anni 2009-2011



Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

Nota: sono riportate le prime 5 Aree Tematiche

Particolarmente rilevante e importante è la collaborazione istaurata con centri di ricerca europei, nell'ambito dei progetti finanziati con il **VII Programma Quadro**, lo strumento finanziario con il quale l'Unione Europea persegue i seguenti obiettivi in materia di ricerca e innovazione:

1. Sostenere la cooperazione transnazionale all'interno della UE,
2. Promuovere il dinamismo, la creatività e l'eccellenza della ricerca in Europa, riconoscendo la responsabilità e l'indipendenza dei ricercatori,
3. Potenziare le risorse umane impiegate nella ricerca e tecnologia in Europa, dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

Sebbene i Programmi Quadro rappresentino una opportunità unica di ottenere considerevoli finanziamenti e di costruire network transnazionali, ottenere l'approvazione del progetto di studio è estremamente difficile, a causa della fortissima competitività e dei severissimi criteri di selezione (solo il 15% delle proposte viene effettivamente finanziato). I progetti devono, infatti, essere totalmente conformi ai requisiti dei bandi, che forniscono indicazioni rigide e precise sulle tematiche da affrontare, e devono coinvolgere centri di almeno tre Paesi diversi. La partecipazione a cinque progetti europei, uno dei quali



come centro di ricerca capofila, costituisce pertanto motivo di particolare orgoglio per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Di seguito vengono brevemente riassunti gli obiettivi perseguiti dai cinque progetti finanziati dalla UE, e le collaborazioni instaurate per la realizzazione delle attività di ricerca previste:

NEOMARK

Grazie agli enormi progressi degli ultimi anni nel trattamento delle neoplasie, una proporzione sempre maggiore di pazienti ottiene la completa eliminazione della malattia dopo il trattamento. In questo stadio della patologia, chiamato "remissione", non vi sono evidenze cliniche, laboratoristiche o di imaging del tumore, che tuttavia potrebbe essere ancora presente con residui invisibili che nel tempo possono crescere e dare origine a metastasi. Risulta pertanto fondamentale sviluppare tecniche per predire il decorso della patologia, al fine di individuare quei soggetti con maggiore probabilità di sviluppare recidive e offrire trattamenti appropriati a seconda delle necessità del singolo paziente.

Con queste premesse è stato ideato e avviato nel 2008 Neomark, un progetto finanziato nell'ambito del Settimo Programma Quadro, coordinato dalla U.O. Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, che intende sviluppare sistemi informatici di supporto ai clinici nella previsione del comportamento di pazienti con diagnosi di tumore del cavo orale, trattati chirurgicamente o con altre terapie e opportunamente seguiti con follow-up terapeutico; lo scopo è individuare le metodiche di cura più efficaci a seconda delle diverse categorie di soggetti e in base alla gravità-tipologia dei tumori, tali da minimizzare la percentuale di recidiva. L'obiettivo principale di NeoMark è di fornire una prova di concetto che l'integrazione di dati eterogenei multiscala clinici, patologici, radiologici e genomici provenienti da un campione adeguato di pazienti affetti da cancro orale sia in grado di fornire indicazioni attendibili sull'evoluzione della malattia fin dal momento della diagnosi e possa prevedere con una sufficiente precisione durante il follow up post-operatorio l'eventuale comparsa di una recidiva prima del suo manifestarsi clinicamente e quando ciò avvenga. Al termine del progetto, concluso in settembre 2011, i medici negli ospedali partecipanti hanno convalidato la previsione del rischio di recidiva comparandola alla reale evoluzione della malattia in sottogruppi di pazienti, e in parallelo hanno verificato il livello di attendibilità dei fattori e marcatori genomici individuati dal sistema NeoMark confrontandoli con i risultati più recenti della ricerca scientifica mondiale.

Lo studio ha infine esitato nell'identificazione di alcuni marker genetici, clinici e di imaging predittori di recidive meritevoli di ulteriore validazione e affinamento in futuri progetti di studio prospettici e multicentrici.

Progetto NeoMark: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	HND	Italy
2	Fraunhofer Gesellschaft Zur Foerderung der Angewandten Forschung E.V.	FRAUNHOFER	Germany
3	STMicroelectronics S.R.L.	STM	Italy
4	Fundacion MD Anderson International Espana	MDA	Spain
5	Link Consulting - Tecnologias de Informaçao S.A.	LINK	Portugal
6	Universidad Politécnica de Madrid	UPM	Spain
7	MultiMed S.r.l.	MMED	Italy
8	Panepistimio Ioanninon	UOI	Greece
9	Planet AE.	PLANET	Greece

METABO

Lo studio, coordinato dalla Medtronic (Spagna), ha lo scopo di costruire una piattaforma generale, da utilizzarsi sia in un setting clinico, sia nella vita quotidiana, per il continuo monitoraggio multiparametrico dello status metabolico in pazienti affetti, o a rischio di diabete e patologie metaboliche associate. I parametri monitorati, oltre a quelli "tradizionali" clinici e biomedici, includono anche informazioni su concentrazione subcutanea di glucosio, dieta, attività fisica e consumo energetico, effetti di terapie in corso, reazioni autonome. Le informazioni prodotte da METABO saranno integrate con i dati clinici e anamnestici dei pazienti e utilizzati al fine di:

1. realizzare un modello dinamico del comportamento metabolico individuale del paziente, che permetta di prevedere l'influenza e relativo impatto di terapie specifiche e di singoli parametri sul livello di glucosio;



2. costruire piani di assistenza personalizzati integrati nei processi clinici in atto, favorendo la collaborazione fra le diverse figure coinvolte nell'assistenza primaria e secondaria e promuovendo il ruolo attivo del paziente.

Il progetto ha raggiunto la sua fase finale in cui la piattaforma verrà testata nella realtà clinica con pazienti diabetici di tipo 1 e 2 per investigarne l'utilità e praticità nella vita quotidiana.

Progetto METABO: collaborazioni con Aziende/Istituti Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Medtronic Iberica Spagna	MEDTRONIC	Spain
2	IDS Scheer CR, S.R.O	IDS	Czech Republic
3	Kuopion Yliopisto	IUKU	Finland
4	Mega Electronics LTD	MEGA	Finland
5	Microdata Advanced Technology SA	MICRODATA	Greece
6	University of Patras	UOP	Greece
7	Medmark LTD	MEDMARK	Slovakia
8	Ferrari S.p.A. Esercizio Fabbriche Automobili e Corse	FERRARI	Italy
9	Universitaet Augsburg	UAU	Germany
10	D.D. Synergy Hellas Anonymi Emporiki Etaireia Parochis Ypiresion Pliroforikis	DDS	Greece
11	ORT France	ORT	France
12	Univerzita Karlova V Praze	UK	Czech Republic
13	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - Clinica Medica e Terapia Medica	PRM	Italy
14	Hospital Clinico San Carlos	HCSC	Spain
15	Sword Technologies SA	SWORD	Luxembourg
16	R&S info S.r.l	R&S	Italy
17	World Match Limited	WM	Malta
18	Universidad Politecnica de Madrid	UPM	Spain
19	Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena	AUSLM	Italy
20	Universidad Politecnica de Valencia	UPVLC	Spain
21	Institute of Communication and Computer System - National Technical Univeristy of Athens	ICCS-NTUA	Greece
22	S.A.T.E. - systems and Advanced Technologies Engineering S.R.L.	SATE	Italy

BIOSCENT

La possibilità di ricostruire il cuore, valvole cardiache o interi vasi sanguigni, è un obiettivo che la Medicina Rigenerativa sta affrontando in modo multidisciplinare. Su queste basi, il progetto BIOSCENT ha unito diversi laboratori di ricerca europei che si occupano di identificare da una parte le cellule staminali capaci di formare tessuto cardiaco e dall'altra biomatrici in grado di favorire la capacità rigenerativa delle cellule.

Quest'anno il progetto ha iniziato a valutare il comportamento delle cellule staminali coltivate nei diversi biomateriali prodotti, dimostrando che composti sia in forma di gel che di matrici solide non possedevano tossicità e permettevano alle cellule di crescere senza alterare le loro proprietà funzionali. La conformazione in gel è stata scelta per la possibilità di iniettare direttamente biomateriali nel tessuto da riparare. Le matrici solide invece offrono la potenzialità di produrre pezzi interi di tessuto (patch) da applicare sul cuore sostituendo e riparando il danno. Sia i gel che le matrici solide venivano funzionalizzate in modo da contenere i segnali in grado di attivare la capacità rigenerativa delle cellule staminali.

Il laboratorio della AOU di Parma ha fatto un grande sforzo per testare, in vitro ed in vivo, in modelli di infarto nel ratto, tre diversi tipi di gel e quattro differenti biomatrici. I risultati di questi studi sono incoraggianti e verranno esposti a breve alla Commissione dell'Agenzia Europea per i progetti quadro FP7.

Progetto BIOSCENT: collaborazioni con Aziende/Istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant short name	Country
1	UNIVERSITA DI PISA	UNIPI	Italy
2	USTAV EXPERIMENTALNI MEDICINY AKADEMIE VED CESKE REPUBLIKY VEREJNA VYZKUMNA INSTITUCE	CzAS	Czech Republic



3	IMPERIAL COLLEGE OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND MEDICINE	ImpC	UK
4	INSTITUTUL DE CHIMIE MACROMOLECULARA PETRU PONI	PPI	Czech Republic
5	PERA INNOVATION LIMITED	PERA	Germania
6	THE UNIVERSITY OF MANCHESTER	UniMA	UK
7	POLITECNICO DI TORINO	PoliTO	Italy
8	MEDIZINISCHE HOCHSCHULE HANNOVER	MHH	Germany
9	KONINKLIJKE NEDERLANDSE AKADEMIE VAN WETENSCHAPPEN - KNAW	HubL	The Netherlands
10	UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PARMA	UniPAR	Italy
11	IMM RECHERCHE SAS	IMM	France
12	SORIN BIOMEDICA CARDIO S.R.L.	SORIN	Italy
13	CHEMPILOTS A/S	CHEM	Denmark
14	CAMBRIDGE RESEARCH BIOCHEMICALS	CRB	UK
15	GmbH IBT - IMMUNOLOGICAL AND BIOCHEMICALTESTSYSTEMS GMBH	IBT	Germany

HEPACUTE

L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) è una patologia estremamente diffusa, che tende a cronicizzare in una elevatissima percentuale di casi, variabili dal 55 all'80% a seconda delle modalità con cui viene contratta, e che si può associare a gravi complicanze, come la cirrosi e l'epatocarcinoma. Una volta cronicizzata, le terapie sono efficaci solo nel 45-50% dei casi, mentre se trattata durante la fase acuta, l'infezione viene debellata nel 90-95% dei pazienti. Risulta pertanto fondamentale diagnosticare, e quindi trattare, la malattia precocemente, identificando allo stesso tempo quei pazienti che risolveranno spontaneamente l'infezione, evitando loro una terapia costosa e gravata da importanti effetti collaterali. Purtroppo un'ampia percentuale di soggetti con infezione da HCV è asintomatica nella fase acuta, e non riceve una diagnosi tempestiva.

Alla luce di queste considerazioni è stato ideato il progetto HepaCute (Host and viral factors in acute hepatitis C), finanziato nell'ambito del Settimo Programma Quadro 2010, coordinato dall'Università di Monaco, al quale collabora la U.O. Malattie Infettive ed Epatologia della AOU di Parma, con il ruolo specifico di coordinare gli studi di immunologia cellulare. Il progetto si pone l'obiettivo di incrementare il tasso di identificazione di casi di epatite C in fase acuta, studiare i fattori che influenzano il controllo e la persistenza del virus ponendo quindi le basi concettuali per lo sviluppo di nuove terapie anti-virali, individuare biomarker di risoluzione spontanea dell'infezione e migliorare la gestione clinica dei pazienti con epatite C in fase acuta.

Nel corso del primo anno del progetto sono state messe a punto nel laboratorio dell'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia le metodiche molecolari necessarie per valutare su campioni biologici di pazienti che sviluppano infezioni croniche, caratterizzati dalla presenza di bassi numeri di linfociti virus-specifici, l'espressione di specifici geni e microRNA regolatori correlati alla deficitaria risposta immunitaria protettiva tipica di tali pazienti. Contemporaneamente, si è valutato l'impatto di differenti vie stimolatorie note nella patogenesi della disfunzione T linfocitaria e si è identificato un ruolo delle vie di segnalazione intracellulare la cui manipolazione potrebbe costituire un possibile approccio terapeutico per i pazienti con epatite acuta C che sviluppano infezioni croniche, basato sul ripristino delle risposte immunitarie protettive deficitarie.

Progetto HepaCute: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Ludwig-Maximilians University – Munich	LMU-Munich	Germany
2	Inserm-Transfert	IT	France
3	Medizinische Hochschule Hannover	MH-Hannover	Germany
4	UniversitaetsKlinikum Freiburg	UKL-FR	Germany
5	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	AZOSPA	Italy
6	Fundacion para la Investigacion Medica Aplicada	FIMA	Spain
7	Université de Genève	UNIGE	Switzerland
8	The University of Birmingham	UoB	United Kingdom
9	Imperial College of Science, Technology and Medicine	Imperial	United Kingdom
10	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	Inserm	France



11	Mosaïques Diagnostics GmbH SME	MOS	Germany
12	Holding Company For Biological Products and Vaccines	VACSERA	Egypt
13	National Liver Institute, Menoufiya University	NLI	Egypt
14	National Research Center	NRC	Egypt
15	Hospices Cantonaux CHUV Lausanne	L-CHUV	Switzerland
16	Universitaet zu Koeln – UniversitaetsKlinikum	UK-KL	Germany
17	Institut Pasteur Du Maroc	IPM	Morocco

RHORCOD

Le distrofie dei coni e bastoncelli, in inglese rod-cone-dystrophies (RCD), costituiscono un gruppo eterogeneo di malattie retiniche conosciute anche sotto la denominazione più comune di Retinite Pigmentosa. Le RCD portano a gravi, anche gravissimi, deficit visivi, per i quali attualmente non esistono trattamenti efficaci. Lo sviluppo di terapie è complicato anche dal fatto che possono essere causate da oltre 180 geni differenti con diversi meccanismi patogenetici.

Lo studio ROHRCOD (Comprehensive analysis of rod-cone photoreceptor degeneration associated with Rhodopsin gene mutations) si pone l'obiettivo di studiare i meccanismi molecolari che conducono allo sviluppo di RCD, definire misure critiche per la sopravvivenza dei fotorecettori, e testare terapie innovative. Il progetto si concentrerà su mutazioni genetiche specifiche del gene della rodopsina (RHO) nei bastoncelli: RHO è la molecola che trasforma la luce in segnale nervoso, la prima studiata e fra le più diffuse come causa di RCD, quindi "bersaglio" ideale per tentare lo sviluppo di nuove terapie.

Lo studio, coordinato dall'Università Pierre et Marie Curie di Parigi, è finanziato con fondi europei nell'ambito del bando ERARE (European Research Projects on Rare Diseases) e comprende 6 centri di eccellenza per le patologie retiniche ereditarie.

Il lavoro della Unità di ricerca italiana, la Unità Operativa di Oculistica della AOU di Parma, si svolge soprattutto su modelli animali. In particolare, nel 2011 sono stati fatti due importanti passi in avanti: la possibilità di studiare un nuovissimo modello animale (cosiddetto "knock-in") nel quale lo sviluppo della patologia è molto più simile a quanto si verifica nell'uomo, e la possibilità di studiare il comportamento di cellule umane (in particolare il loro potenziale rigenerativo come fotorecettori).

Progetto RHORCOD: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Inserm / Université Pierre et Marie Curie	Inserm	France
2	Hadassah - Hebrew University Medical Center		Israel
3	University of Tübingen		Germany
4	IBILI-Faculty of Medicine, University of Coimbra		Portugal
5	Regione Emilia-Romagna	RER	Italy
6	Medical University of Vienna		Austria

Sviluppare la ricerca integrata tra diverse specialità come strumento di miglioramento della integrazione all'interno dell'organizzazione

Negli ultimi anni i ricercatori in ambito medico, biologico e farmaceutico, lavorano sempre più frequentemente in aree di collaborazione, in team multidisciplinari focalizzati su un problema comune. Ciò rappresenta da una parte una grande sfida, ma dall'altra offre enormi opportunità di progresso scientifico e miglioramento della salute. Aumentano sempre più i progetti di ricerca che superano i confini tradizionali tra Unità Operative/Dipartimenti, i quali richiedono formazione, competenze e tecnologie che non possono essere messe a disposizione da un singolo laboratorio o da una singola disciplina. Questo approccio multidisciplinare e collaborativo alla ricerca può essere particolarmente stimolante per i giovani professionisti, che devono però essere adeguatamente formati a questo scopo. Esiste, ad esempio, un gap tra la formazione orientata verso la ricerca (ambito accademico) e quella alla innovazione (ambito sanitario), che occorre colmare. E' infatti importante che i diversi setting della ricerca riescano a trarre il massimo vantaggio da una formazione orientata alla ricerca collaborativa e multidisciplinare [Amidon 2005].



E' con questa consapevolezza che l'Azienda ha ideato, anche nel 2011, eventi formativi sulla ricerca, che oltre ad aumentare le competenze dei professionisti, grazie a un taglio pratico e all'opportunità di discussione offerta, favoriscono l'aggregazione e la condivisione multidisciplinare e multiprofessionale.

Un'ottima occasione di integrare gli sforzi dei diversi ambiti di ricerca aziendali è stata fornita dalla stesura del Piano aziendale per le Attività di Ricerca, in ottemperanza all'obiettivo assegnato dalle Regioni alle Aziende (D.G.R. n. 1066 del 29 luglio 2009) [cfr. sezione 6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione]. A tal fine, la U.O. Ricerca e Innovazione ha ottenuto dai Dipartimenti proposte circa i filoni di ricerca che si intendeva sviluppare nei biennio 2011-2012, e ha poi aggregato le proposte analoghe in 15 linee di ricerca, trasversali ai Dipartimenti. Questo lavoro di sintesi e aggregazione è stato svolto grazie al contributo dei Referenti Dipartimentali della Ricerca. Il documento finale è stato approvato dal Collegio di Direzione.

Iniziativa di grande rilevanza per favorire la collaborazione intra-aziendale nell'utilizzo delle risorse è il progetto LABMAR (Laboratori BioMedici di Analisi in Rete), avviato nel 2011. Esso prevede la costituzione di una rete di laboratori aziendali operanti in un rapporto altamente cooperativo, e comprendente una piattaforma tecnologica, il Corelab, dotata di tecnologie essenziali per la ricerca, utilizzate in condivisione. Sono attualmente in via di definizione le tecnologie da includere nel Corelab, e il regolamento del funzionamento della rete, con le modalità di partecipazione e condivisione delle singole unità operative. Questo lavoro propedeutico è svolto dal Board aziendale della Ricerca [cfr. sezione 6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione] e dalla U.O. Ricerca e Innovazione, insieme ai Direttori dei Laboratori aderenti all'iniziativa.

6.3 Garanzie di trasparenza

Anagrafe della Ricerca

Per favorire l'attività di ricerca aziendale e renderla il più possibile utile alla pratica clinica, è necessario disporre di una visione unitaria delle iniziative progettuali in atto, che permetta di individuare le aree di maggiore interesse aziendale, creare le basi per una maggiore sinergia nella programmazione dei progetti e acquisire informazioni utili al Collegio di Direzione nell'esercizio della propria funzione di promozione dell'attività di ricerca e formazione. A tal scopo, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma aderisce alla Anagrafe della Ricerca Regionale, che prevede la registrazione prospettica di un set di dati sui progetti di ricerca in corso nelle Aziende della Regione Emilia Romagna, che successivamente verrà integrato con informazioni relative alle pubblicazioni scientifiche.

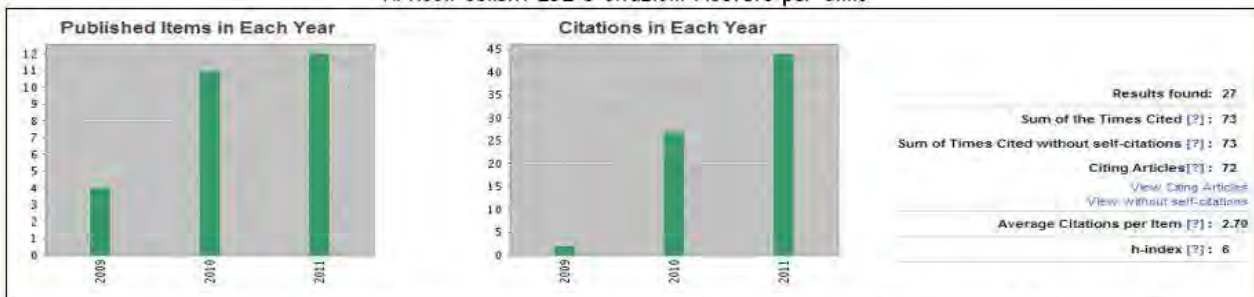
Tale attività di rilevazione è stata avviata nel 2009 in forma sperimentale; nel 2011, a seguito di una revisione/consolidamento dell'Applicativo ad opera della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, si è conclusa la fase di inserimento dati dei progetti iniziati nel 2009. Al fine di disporre comunque di una fotografia attuale dell'attività di ricerca svolta dai professionisti dell'Azienda, la U.O. Ricerca e Innovazione ha effettuato una propria rilevazione dei progetti avviati nel 2011, con la collaborazione dei Referenti Dipartimentali della Ricerca. I dati raccolti relativi ai progetti avviati nel 2011 sono stati utilizzati, come di consueto, per la realizzazione semestrale e annuale della reportistica sull'attività di ricerca svolta dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Di fatti, con il duplice scopo di dare risalto alle attività svolte dai professionisti che operano presso l'Azienda, e di incoraggiare il loro impegno futuro nella ricerca, da tre anni la AOU di Parma produce e diffonde report periodici sulle attività di ricerca dell'ospedale, riferite sia alle pubblicazioni scientifiche, sia ai progetti di ricerca in corso. Nel 2011 tali report sono stati sostanzialmente arricchiti, in particolare relativamente alle pubblicazioni, con diversi grafici che analizzano le informazioni in base ad indici bibliometrici (Impact Factor, Indice H, numero di citazioni) e a caratteristiche quali aree tematiche e collaborazioni internazionali.

In particolare, per ciascuna Unità Operativa o Struttura Semplice Dipartimentale è stato sviluppato un report (esempio mostrato nella pagina seguente) contenente, in forma grafica, informazioni sugli ultimi 3 anni (2009-2011), riguardanti il numero di pubblicazioni, di citazioni, le aree tematiche prevalenti, le collaborazioni nazionali ed internazionali e l'Impact Factor totale e normalizzato (per la descrizione degli indicatori, cfr. paragrafo "Attività di ricerca" nella sezione 2.4 del capitolo 2). Nella scheda è anche riportata una tabella con alcuni indicatori di attività relativi agli ultimi tre anni (2009-2011) riguardanti le pubblicazioni scientifiche (grado di proprietà, di eccellenza, di qualità e un riquadro sul grado di partecipazione), i progetti di ricerca avviati, suddivisi per tipologia, e per gli importi assegnati (capacità di attrazione dei fondi).

Attività di ricerca 2009-2011

Articoli censiti ISI e citazioni ricevute per anno



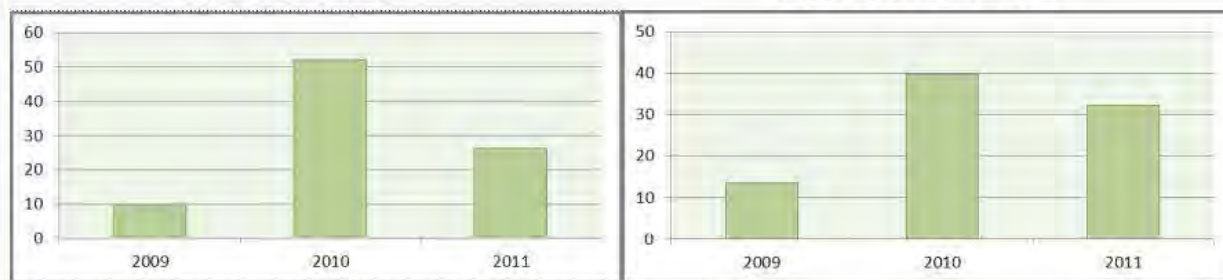
Aree tematiche prevalenti

Publicazioni con autori nazionali e internazionali

Field: Subject Areas	Record Count	% of 27	Bar Chart	Field: Countries/Territories	Record Count	% of 27	Bar Chart
ONCOLOGY	19	70.370 %		ITALY	27	100.000 %	
RESPIRATORY SYSTEM	8	29.630 %		ENGLAND	3	11.111 %	
SURGERY	2	7.407 %		FRANCE	3	11.111 %	
BIOCHEMISTRY MOLECULAR BIOLOGY	1	3.704 %		SPAIN	2	7.407 %	
CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY	1	3.704 %		USA	2	7.407 %	
DERMATOLOGY	1	3.704 %		AUSTRIA	1	3.704 %	
ENDOCRINOLOGY METABOLISM	1	3.704 %		BELGIUM	1	3.704 %	
HEMATOLOGY	1	3.704 %		CANADA	1	3.704 %	
PATHOLOGY	1	3.704 %		FINLAND	1	3.704 %	
PHARMACOLOGY PHARMACY	1	3.704 %		GERMANY	1	3.704 %	

Impact Factor totale

Impact Factor Normalizzato



Indicatori "Research Capacity"

	2011		2010		2009	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Grado di proprietà: articoli scientifici con almeno un autore della UO nella 1, 2 o ultima posizione	6	75%	5	50%	2	67%
Grado di eccellenza: articoli scientifici pubblicati su riviste censite ISI con IF > 10	0	0%	1	10%	0	0%
Grado di qualità: articoli scientifici su riviste di alta qualità per disciplina (IFN>=6)	5	63%	9	90%	2	67%

Grado di partecipazione:

professionisti con almeno un articolo scientifico pubblicato su riviste censite ISI



Progetti di ricerca

	2011		2010		2009	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Progetti di ricerca avviati	5	100%	4	100%	5	100%
di cui Sperimentazioni Cliniche Randomizzate (RCT)	3	60%	3	75%	2	40%
di cui Altre Sperimentazioni	1	20%	0	0%	1	20%
di cui Osservazionali	1	20%	1	25%	2	40%
di cui finanziati con fondi privati	3	60%	3	75%	4	80%
di cui finanziati con fondi pubblici	0	0%	0	0%	0	0%
Capacità di attrazione: finanziamenti privati	€ 244'253	100%	€ 388'098	100%	€ 141'970	100%
Capacità di attrazione: finanziamenti pubblici	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%





Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Percorso elaborato dal Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela. E' inoltre chiamato ad esprimere pareri relativamente a tematiche di carattere bioetico in materia di sanità.

Il Comitato Etico si ispira al rispetto della vita umana così come indicato nelle Carte dei Diritti dell'Uomo, nei codici della deontologia medica nazionale e internazionale e in particolare nella revisione corrente della Dichiarazione di Helsinki e nella Convenzione di Oviedo. Nell'intento di vigilare affinché sia rispettata la buona pratica clinica nella progettazione, conduzione e registrazione degli esiti della ricerca, il Comitato è chiamato a :

- valutare i protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica, esprimendo il proprio parere favorevole o non favorevole;
- valutare e rilasciare parere relativamente a studi osservazionali (prospettici, retrospettivi e trasversali); studi con dispositivi medici e studi di farmacogenetica-farmacogenomica;
- valutare gli emendamenti sostanziali e rilasciare parere;
- procedere a rivalutazioni periodiche degli studi approvati;
- emettere il proprio parere in merito all' "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" ex D.M. 8 maggio 2003 e all' "Uso compassionevole di Dispositivi Medici in conformità al D.Lvo 37/2010.

La Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2011 il monitoraggio degli studi valutati dal Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma. I risultati sono presentati in tabella 8.

Nel corso del 2011 gli studi valutati dal CE sono stati 153, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-11 pari a -7%); la differenza, se pur contenuta, è dovuta agli studi profit.

Analogamente a ciò che si è registrato nel 2010, sono le Sperimentazioni con farmaco a ricoprire l'importanza maggiore (58, pari al 38%), seguite a breve da studi osservazionali (56,37%) e in seguito da studi senza farmaci (26,17%). Continua altresì il trend cui si è assistito nello scorso anno, per il quale le sperimentazioni con o senza farmaco presentate al Comitato Etico subiscono una contrazione (dell'8 e 13%, rispettivamente), a contrario degli studi osservazionali (+24%).

Tabella 8 Studi valutati dal Comitato Etico. Anni 2010-2011

	Anno 2011			Anno 2010			Variazione 2009-2010			Variazione 2009-2010		
	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	58	21	37	63	37	26	-5	-16	11	-8%	-43%	42%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	4	3	1	5	1	4	-1	2	-3	-20%	200%	-75%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	26	1	25	30	2	28	-4	-1	-3	-13%	-50%	-11%
Studi osservazionali	56	19	37	45	16	29	11	3	8	24%	19%	28%
Studi di genetica	4	0	4	7	0	7	-3	0	-3	-43%	-	-43%
Prese d'atto	5	1	4	14	0	14	-9			-64%	-	-
TOTALE	153	45	108	164	56	108	-11	-11	0	-7%	-20%	0%

Focalizzandosi sulle sole sperimentazioni con farmaco (dati non mostrati), si rileva un incremento dell'attività inerente gli studi di fase precoce (fase I e II, complessivamente +3 progetti, pari a +20%), contrapposta ad una diminuzione di studi di fase III (-3 pari a -8%) e IV (-5 pari a -50%).

Infine, nell'anno 2011 sono state sottoposte al Comitato Etico 29 richieste di "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica", per un totale di 9 farmaci impiegati.

Anche per l'anno 2011 ha proseguito l'attività di monitoraggio dei follow up delle richieste di uso terapeutico, da un punto di vista del profilo di efficacia, di sicurezza e tollerabilità. Detta attività ha permesso di raccogliere tempestivamente informazioni relative ai farmaci che in breve tempo hanno ottenuto l'immissione in commercio, e di cui pertanto è stato richiesto l'inserimento in Prontuario Regionale Emilia-Romagna con relativa valutazione da parte della Commissione Regionale del Farmaco (CRF). I dati clinicamente rilevanti elaborati dal monitoraggio sono in linea con le valutazioni elaborate



dalla CRF, il che conferma la validità del follow up stesso come strumento di verifica e collaborazione costante con i clinici, sempre nella tutela del benessere e della sicurezza dei pazienti.

Sperimentazioni registrate nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali

Al fine di fornire un'indicazione dell'entità di progetti e di unità operative coinvolte nell'attuazione di sperimentazioni sui farmaci, si è consultato il rapporto annuale dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali. Di seguito vengono riportate due tabelle estratte dal suddetto rapporto, i cui dati si riferiscono al 2010, ultimo anno disponibile, e la cui analisi consente di effettuare alcune considerazioni generali, ma pur sempre indicative del fenomeno.

In tabella 9 si rileva che su 110 province italiane, Parma occupa il 20° posto in termini di numero di sperimentazioni cliniche su farmaci approvate dai Comitati Etici nel periodo 2006-2010; complessivamente in tale periodo le sperimentazioni sono state 293 (pari al 8% degli studi nazionali), di cui nel 17% dei casi Parma risulta essere centro di coordinamento.

Tra le prime venti province sede di sperimentazione in Italia si collocano, oltre che Parma, anche Bologna (6° posto) e Modena (11°). Sempre in tabella 9 si evidenzia nell'ultima colonna un dato interessante: normalizzando per il numero di residenti nella provincia considerata, Parma sale al secondo posto all'interno della Regione Emilia-Romagna in termini di sperimentazioni condotte per 10000 residenti (6,83); al primo posto si colloca Bologna (7,47), al terzo Modena (6,31).

Tabella 9 Sperimentazioni cliniche su farmaci per Provincia, periodo 2006-2010

	Provincia	SC	% su tot SC (3863)	Strutture Coinvolte	N. Medio SC per Struttura	SC. Coord	% SC coord./totali	Residenti*	SC per 10000 Residenti
1	Milano	1765	46%	46	59	800	45%	3.645.081	4,84
2	Roma	1608	42%	59	44	529	33%	4.060.891	3,96
3	Torino	833	22%	32	33	187	22%	2.276.726	3,66
4	Genova	805	21%	14	64	191	24%	885.378	9,09
5	Napoli	764	20%	31	31	120	16%	3.081.229	2,48
6	Bologna	725	19%	11	69	281	39%	970.17	7,47
7	Pavia	572	15%	12	52	148	26%	533.279	10,73
8	Firenze	566	15%	15	40	96	17%	981.598	5,77
9	Padova	499	13%	14	37	65	13%	913.571	5,46
10	Pisa	480	12%	8	62	187	39%	407.462	11,78
11	Modena	431	11%	9	51	75	17%	682.819	6,31
12	Palermo	427	11%	20	26	29	7%	1.244.131	3,43
13	Bari	410	11%	15	29	48	12%	1.484.280	2,76
14	Catania	405	10%	14	33	48	12%	1.082.884	3,74
15	Brescia	390	10%	18	24	67	17%	1.219.806	3,20
16	Perugia	377	10%	13	31	69	18%	656.617	5,74
17	Bergamo	335	9%	10	39	63	19%	1.066.633	3,14
18	Siena	329	9%	6	56	94	29%	267.442	12,30
19	Ancona	325	8%	14	25	54	17%	472.883	6,87
20	Parma	293	8%	5	61	49	17%	429.201	6,83

(*) Media annuale 2006-2011 della popolazione rilevata all'1 gennaio di ogni anno considerato. Fonte: demo.istat.it
Nota: sono riportate le prime 20 Province sede di sperimentazione

Considerando singolarmente le strutture sanitarie che effettuano ricerca clinica in provincia di Parma, si rileva che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha partecipato all'80% di tutte le sperimentazioni provinciali condotte nel periodo considerato.



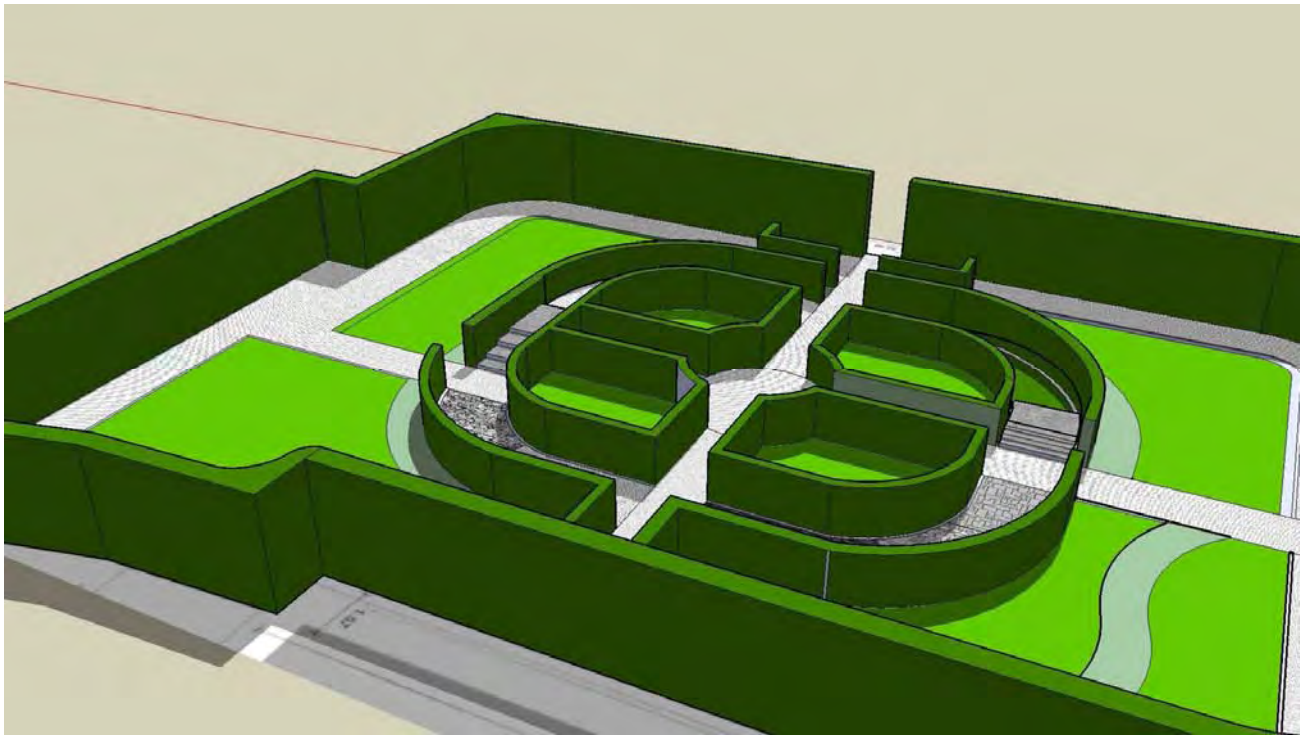
7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il settimo capitolo intende fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza per l'Azienda, ma anche per il contesto territoriale di riferimento e per il sistema regionale. Nel corso del 2011, sono tre gli obiettivi di maggior rilievo e di cui diamo conto in questo capitolo.

- Riorganizzazione per intensità di cure delle unità operative ortopediche
- Il nuovo polo geriatrico - riabilitativo e il giardino riabilitativo
- Centro regionale per la diagnosi e la terapia della sindrome di Moebius







Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 Riorganizzazione per intensità di cura delle unità operative ortopediche

L'Ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo che si colloca in continuità con un generale cambiamento dell'ospedale, che si caratterizza sempre più come luogo di cura delle acuzie. La dinamica dell'innovazione tecnologica, la centralità del paziente-cittadino, l'imperativo sociale della qualità delle cure, le risorse limitate e la conseguente necessità di un utilizzo efficiente in un'ottica di sostenibilità del sistema hanno caratterizzato la scelta della nostra Azienda di sperimentare tale nuovo modello organizzativo nelle Unità Operative di Ortopedia e Clinica Ortopedica. La strategia individuata comporta l'abbandono dei vecchi modelli organizzativi a favore di sistemi di sviluppo trasversale che, oltre a migliorare l'organizzazione delle unità operative, ne aumentano anche le specificità, fermo restando il rispetto delle attuali apicalità.

Nel progetto le aree di degenza sono ripensate in funzione dell'intensità di cura secondo il modello della complessità assistenziale che si interseca con la complessità patologica e le comorbidità del paziente. Prodromica a questa riorganizzazione è la separazione dei percorsi del paziente traumatizzato e del paziente in elezione, la quale è necessaria per garantire un moderno approccio al paziente ortopedico attraverso l'affidamento dello stesso ad équipe chirurgiche formate dal personale medico delle due unità operative, che si interfacciano continuamente secondo una logica di trasversalità. Questo permette una valutazione continua dei percorsi clinico assistenziali, aderenti alle necessità dei pazienti, e garantisce un'assistenza continua e personalizzata, attraverso, appunto, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari trasversali, oltre che un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Attualmente il gruppo direzionale è impegnato in corsi di formazione presso la Regione per affrontare il problema dell'intensità di cura in modo più uniforme possibile tra le Aziende Regionali.

Un altro gruppo di lavoro è stato costituito con i clinici e i coordinatori infermieristici con i quali si stanno definendo i percorsi diagnostico-terapeutici ed organizzativi a supporto della nuova riorganizzazione.

Nel 2011 è stato avviato il nuovo progetto, che ha visto la realizzazione della separazione dei due percorsi: traumatologia ed elezione.

Percorso di suddivisione trauma ed elezione

La riorganizzazione per percorsi definiti del trauma e dell'elezione ha come obiettivo quello di ridurre il tempo di attesa dell'intervento nei pazienti che hanno subito un trauma e garantisce l'esecuzione di tutti gli interventi chirurgici programmati in elezione. In questo modo al paziente in elezione sarà garantita l'esecuzione dell'intervento chirurgico nei tempi previsti.

Il percorso traumatologico è stato completamente scorporato da quello d'elezione, pianificando i programmi operatori, in modo da ottimizzare i tempi chirurgici, con una ricaduta positiva anche sulle liste d'attesa per i pazienti in elezione. E' stata dedicata ai pazienti con patologie traumatiche una sala operatoria attiva dalle 8 di mattina alle 19.30 di sera, la cui continuità è assicurata dall'alternanza delle due équipe chirurgiche ortopediche. Per raggiungere quest'obiettivo è stato necessario riorganizzare l'offerta di prestazioni ortopediche nelle UU.OO. di Ortopedia e Clinica Ortopedica, attraverso l'individuazione e il potenziamento di percorsi ortopedici trasversali.

In prospettiva, il progetto prevede una separazione organizzativa dei posti letto dedicati ai pazienti traumatizzati da quelli dedicati ai pazienti in elezione. La traumatologia, quindi, si occuperà delle urgenze ortopediche in arrivo dal Pronto Soccorso e dalle altre strutture dell'ospedale, per le quali costituirà punto di riferimento istituzionale, sia per la consulenza, sia per la necessità di intervento chirurgico.

La chirurgia d'elezione si occuperà dell'attività programmata nell'ambito delle varie aree ortopediche.

In questo ambito, per ogni percorso sarà individuato un referente e l'attività sarà programmata, in considerazione dei flussi esterni ambulatoriali, delle liste d'attesa e delle priorità delle patologie trattate.

I settori specifici di attività saranno:

- Chirurgia Protetica (anca, ginocchio, caviglia, spalla, polso, gomito);
- Chirurgia Artroscopica (spalla, ginocchio, gomito, polso, caviglia);



- Chirurgia Ortopedica (deformità degli arti, compresa chirurgia della mano e del piede);
- Chirurgia Ortopedica Pediatrica.

Trasversalmente, nell'ambito di questi settori, saranno costituite delle aree di alta competenza chirurgica comuni alle due unità operative ortopediche: area chirurgica dell'anca, area chirurgica della spalla, area chirurgica del ginocchio, area chirurgica della mano, del polso e del gomito, area chirurgica del piede. All'interno di queste aree verrà praticata la chirurgia protesica, artroscopica, ortopedica e ortopedica pediatrica.

Percorso organizzativo per la gestione del paziente per intensità di cura

Il passaggio successivo del progetto riguarda la riorganizzazione delle degenze dedicate all'elezione, attraverso la suddivisione nelle seguenti aree:

Intensive Care (alta intensità): definibile anche come area di post intensiva, in cui sono presenti letti monitorati per pazienti chirurgici;

High care (media intensità di cura): che comprende posti letto destinati a pazienti in degenza ordinaria chirurgica, assimilabili ai pazienti che attualmente vengono sottoposti ad interventi di media-alta chirurgia, con degenza media superiore ai 6 giorni;

Low care (bassa intensità di cura): assimilabile a pazienti sottoposti a media, piccola chirurgia, con degenza media minore di 5 giorni, comprendendo anche one day surgery e day surgery.

Con la nuova organizzazione ci si attende una diminuzione dei tempi di attesa dei pazienti in lista operatoria, con una maggiore rotazione sul posto letto del paziente operato, attraverso l'individuazione di criteri di ammissione e dimissione per specialità e attraverso l'individuazione di criteri di passaggio da una intensità di cura ad un'altra.

Percorso multidisciplinare di presa in carico del paziente

Si è dato l'avvio formale all'attività di orto geriatria, già sperimentata in passato, e adesso ufficializzata come parte del progetto, attraverso l'identificazione di due medici Geriatri, che seguono esclusivamente i pazienti ortopedici poli-patologici complessi direttamente nelle U.O. di Ortopedia e Clinica Ortopedica, facilitando il percorso chirurgico e medico degli stessi e rappresentando un valido supporto clinico per i colleghi ortopedici. Il percorso multidisciplinare di presa in carico del paziente si pone come scopo la diminuzione dei tempi di ricovero per patologia, ottenendo contemporaneamente una maggiore soddisfazione del paziente. Con questo modello i miglioramenti possono essere valutati mediante il monitoraggio di alcuni indicatori, quali il rapporto tra le giornate di degenza per patologia dell'anno in corso e le giornate di degenza per la stessa patologia nell'anno precedente; il questionario di soddisfazione dell'utente; infine la diminuzione dei ricoveri ripetuti per comorbidità.

Interventi in fase di sviluppo

La riorganizzazione dell'area ortopedica è propedeutica al progetto di recupero della mobilità passiva nella disciplina ortopedica, protesica e artroscopica dell'AOU di Parma, e lo sviluppo di mobilità attiva, attraverso l'offerta di pacchetti prestazionali comprendenti: intervento, degenza, terapia del dolore e riabilitazione.

Per questo motivo, a supporto dell'attività chirurgica, andrà sviluppata una rete riabilitativa strutturata, che possa garantire i pacchetti prestazionali sopra citati.

La rete riabilitativa, integrata con i percorsi trasversali ortopedici, può così articolarsi:

- supporto, previa valutazione del bisogno, da parte delle strutture riabilitative presenti in AOU;
- presenza costante in reparto e disponibilità in ambulatorio di fisioterapisti;
- coinvolgimento dell'Azienda territoriale nel perfezionamento di un percorso riabilitativo di continuità assistenziale.

Un'importante area di sviluppo riguarda una gestione integrata delle risorse umane assistenziali, che si potrebbe ottenere attraverso l'applicazione della job rotation, cioè la rotazione delle mansioni del personale all'interno delle diverse U.O., oltre che delle sale operatorie, per acquisire quella che viene definita "competenza multipla". Infatti, l'iperspecializzazione e la parcellizzazione delle competenze fanno sì che ci sia una divisione per discipline, che porta ad occuparsi solo di alcune attività. In particolare, il personale infermieristico, sia delle degenze ortopediche che del comparto operatorio, sarebbe coinvolto in una specifica formazione e aggiornamento, per raggiungere una competenza qualificata su tutta la casistica trattata; ciò permetterebbe di avere una maggiore flessibilità in base al bisogno, in rapporto a variazioni nel tempo e nello spazio e al volume di attività. Questo si tradurrebbe in un miglioramento della qualità dei servizi erogati all'utente.



7.2 Il nuovo polo geriatrico - riabilitativo e il giardino riabilitativo

L'Azienda è sempre più orientata verso un'organizzazione per aree omogenee, finalizzata a favorire i rapporti tra i professionisti coinvolti nei percorsi assistenziali e l'integrazione multidisciplinare. Il beneficio a favore di pazienti e operatori è una più efficiente organizzazione del lavoro e un utilizzo razionale di spazi e strumenti, con maggiore flessibilità nella risposta dell'assistenza infermieristica, oltre a maggiore sicurezza.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha, nel 2011, aggiunto un nuovo tassello a questo modello organizzativo con il polo geriatrico-riabilitativo, situato nel padiglione Barbieri, dopo lavori di riqualificazione funzionale e di ristrutturazione interna.

I nuovi ambienti, tutti dotati di aria condizionata, luminosi e con elevato standard alberghiero, prevedono in prevalenza stanze di degenza a due posti letto e bagno in camera. Gli ambienti comuni, i servizi e gli spazi per le attività diurne si qualificano per una particolare attenzione nella scelta dei materiali usati e nelle soluzioni adottate, tese a rendere gli ambienti confortevoli e adeguati all'utilizzo specifico di pazienti anziani e fragili e ad una migliore gestione di percorsi multiprofessionali, quali le dimissioni "critiche" o "difficili". Il numero complessivo dei letti di degenza ordinaria o lungodegenza del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo è di 181 unità, articolati in 6 reparti: Geriatria (32 posti letto), Medicina riabilitativa (24 posti letto), Clinica geriatrica (31 posti letto), Medicina Internistica (18 posti letto), Lungodegenza (76 posti letto).

Nella riorganizzazione della struttura sono stati, inoltre, individuati ambienti di degenza per la gestione multidisciplinare dei pazienti con stroke ischemico e aree di cura specifiche, a gestione infermieristica (la LIDI o Lungodegenza a direzione infermieristica), in cui favorire la presa in carico da parte dei medici di famiglia e dell'assistenza domiciliare integrata, grazie all'integrazione con il territorio, che coinvolge appunto i medici di medicina generale e le strutture assistenziali, così come previsto nel progetto del piano attuativo locale 2009-2011. La LIDI è stata presentata nel Bilancio di missione 2010, ha 18 posti letto e fa parte dell'unità operativa Lungodegenza Critica.

Sempre nel 2011, nell'area esterna del padiglione Barbieri, è stato progettato un giardino riabilitativo, uno spazio verde attrezzato per i pazienti dell'Unità operativa di Medicina riabilitativa: un luogo che possa aiutare i pazienti a recuperare abilità ma anche a confrontarsi con gli ostacoli della vita reale, per imparare a superare le barriere architettoniche e integrarsi nel vivere sociale.

La realizzazione del giardino riguarda una superficie di circa 850 mq con un perimetro di circa 120 m ed è pensata per pazienti con un'ampia gamma di patologie (dalle cerebrolesioni e neurolesioni vascolari o traumatiche alle lesioni ortopediche), la cui presa in carico ottimale contempla i disturbi di tipo motorio, cognitivo, psicologico, il livello di autonomia e la necessità di ausili.

Oltre ad aiutare i degenti a recuperare o acquisire abilità, il giardino può essere anche un luogo importante per favorire momenti ricreativi e di incontro con le famiglie. La possibilità che vi siano momenti di socialità al di fuori del reparto, e quindi di un contesto prettamente ospedaliero, è infatti rilevante per sostenere gli aspetti emotivi e assistenziali di tutti i pazienti che giornalmente sono impegnati nelle attività riabilitative e di recupero motorio.

Si tratta di un progetto originale, il primo del genere in Italia. Tra le caratteristiche previste: superfici calpestabili e percorsi diversi con materiali, gradini e pendenze differenti, da poter proporre a pazienti che deambulano (con o senza ausilio) e a pazienti in carrozzina; un percorso a ostacoli (variabili e removibili) per l'addestramento all'abilità e alla destrezza delle persone che deambulano o in carrozzina; un'area per attività manuali-laboratoristiche (pittura, piccolo giardinaggio, manipolazione di materiali plasmabili, eccetera); un'area verde dove suoni, colori, odori, rumori e superfici tattili forniscano stimoli sensoriali per attivare o rilassare il paziente o facilitino la produzione di una risposta; spazi idonei alle attività di avviamento allo sport (ad es. basket, ping-pong, tiro con l'arco) per utilizzare le abilità recuperate dal paziente, per l'intrattenimento ludico e per rendere consapevole il paziente delle potenzialità comunque presenti nelle sue abilità residue.

Verranno realizzati due gazebo, uno come area di ritrovo per pazienti e familiari e uno per le attività terapeutiche manuali. Nel giardino ci saranno inoltre una fontana e due punti acqua in prossimità dei gazebo.

Particolare attenzione sarà riservata allo studio del verde (posizione degli arbusti, altezza delle siepi, scelta delle essenze, eccetera). Ci saranno una serie di siepi sia esterne sia interne; le prime, più fitte e alte, garantiranno la privacy ai pazienti impegnati con le attività riabilitative, mentre quelle interne, più basse, saranno a delimitazione dei vialetti e dei percorsi pedonali. A completamento sono inoltre previste una serie di fioriture, alberature di alto e medio fusto e rampicanti.



7.3 Centro regionale per la diagnosi e la terapia della sindrome di Moebius

Nel 2011 l'Unità Operativa (U.O.) Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata riconosciuta dalla Regione Emilia-Romagna centro autorizzato per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia della Sindrome di Moebius; ciò pone l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (prima nella casistica sia italiana che a livello europeo), in posizione di primo piano nell'ambito del trattamento riabilitativo e chirurgico di questa patologia.

La sindrome di Moebius è una malattia congenita rara, non evolutiva, caratterizzata dalla paralisi congenita del VI e VII paio di nervi cranici, associata nel 30% dei casi a malformazioni degli arti superiori e/o inferiori; in Italia colpisce indicativamente 1 su 100.000 nuovi nati.

Attualmente vengono diagnosticati circa 10 nuovi casi all'anno con una prevalenza di circa 150 casi suddivisi su tutto il territorio nazionale. Le alterazioni della morfologia e della funzionalità dei distretti facciali, presenti in questo quadro sindromico, possono impedire lo sviluppo di abilità orali corrette provocando alla nascita una disfagia da moderata a grave e, in fase di crescita, problemi nell'alimentazione e nel linguaggio.

Le persone colpite da questa sindrome non possono sorridere, esprimere emozioni, chiudere e/o muovere gli occhi lateralmente. L'aspetto predominante della Sindrome di Moebius è l'amimia facciale ovvero l'assenza di movimento dei muscoli facciali.

Sono frequenti i casi di strabismo e, con incidenza variabile, deficit sensitivi e motori a carico della lingua, palatoschisi, schisi del palato molle, sordità, malformazioni muscolo-scheletriche del volto, malformazioni di grado variabile alle mani e ai piedi (piede torto). L'approccio clinico-terapeutico a questa sindrome prevede trattamenti che hanno come obiettivo quello di migliorare la vita dei pazienti Moebius, riducendo così la morbilità derivante dallo stato di malattia.

Negli anni passati i pazienti Moebius venivano diagnosticati come tali in età ormai troppo avanzata per un intervento terapeutico precoce che permettesse loro di sviluppare le capacità oro-motorie residue.

È essenziale una presa in carico precoce e multidisciplinare con professionisti dedicati che eviti una frammentazione diagnostica del bambino e dia sicurezza e stabilità alla famiglia; gli specialisti coinvolti sono: Pediatra, Neurologo, Ortopedico, Neuropsichiatra infantile, Fisioterapista, Logopedista, Oculista, Otorinolaringoiatra, Chirurgo Maxillo-Facciale, Odontoiatra e Ortodontista. Dal 2002 è attivo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma un ambulatorio specifico (con cadenza mensile, nel giorno di mercoledì), per l'inquadramento cranio-facciale del paziente portatore di sindrome di Moebius. I pazienti che ne fanno richiesta vengono visitati, in una sola mattina da ortodontista, logopedista, chirurgo maxillo-facciale e oculista:

- Chirurgo maxillo-facciale: valutazione e trattamento chirurgico, quando indicato, con il trapianto micro-vascolare di muscolo reinnervato (la U.O. Maxillo-Facciale è uno dei pochi centri italiani nei quali si esegue l'intervento di rianimazione facciale, che necessita di un elevato livello tecnico, chirurgico e micro-chirurgico);
- Logopedista: in fase pre-chirurgica esegue il trattamento delle funzioni orali e lo sviluppo linguistico-comunicativo, il trattamento non chirurgico delle forme lievi o incomplete, la riabilitazione post-chirurgica; invio ai servizi territoriali di competenza con supporto per l'addestramento sulle tecniche riabilitative da utilizzare;
- Otorinolaringoiatra: valutazione e trattamento delle problematiche otologiche;
- Oculista: nel trattamento chirurgico dello strabismo e nella cura delle problematiche oftalmologiche;
- Ortodontista: valutazione, trattamento o supporto agli specialisti di riferimento.

Ad oggi più di 150 pazienti si sono rivolti presso gli ambulatori della U.O. Maxillo-Facciale per la diagnosi o il trattamento della paralisi facciale in sindrome di Moebius, grazie anche alla collaborazione con l'Associazione italiana sindrome di Moebius ONLUS.

La rianimazione funzionale facciale attraverso tecniche microchirurgiche consente il ripristino dell'attività sfinterica orale, la simmetria dei movimenti volontari della commissura labiale con conseguente recupero della mimica facciale e dell'espressività, il miglioramento della fonetica attraverso il recupero delle prassie labiali e labio-dentali, il controllo dello scolo di saliva e il miglioramento delle capacità alimentari per l'intervento di rianimazione facciale. La ritrovata motilità muscolare consente una migliore espressività facciale, la possibilità di un sorriso volontario in risposta a stimoli piacevoli con conseguente aumento dell'autostima ed abbattimento delle "barriere sociali".

L'età ideale per l'intervento è il periodo tra i 5-8 anni, epoca in cui il paziente inizia a prendere coscienza del proprio deficit; tale consapevolezza, se non adeguatamente supportata, può sfociare in un



comportamento sociale introverso, limitando ulteriormente le relazioni e impedendo uno sviluppo psico-affettivo adeguato.

Quaranta pazienti sono stati sottoposti a chirurgia di rianimazione facciale (chirurgia del sorriso o Smile Surgery) presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Per sottoporsi a tale intervento sono giunti a Parma pazienti da tutte le regioni italiane e anche da paesi stranieri (Grecia, Libano e Romania).

L'elevato indice di attrazione esercitato dal Centro è stato confermato anche dai dati relativi al 2011, anno in cui sono stati visitati oltre 35 nuovi pazienti tra bambini e adulti e sono stati eseguiti 19 interventi chirurgici. L'esperienza maturata con il trattamento della sindrome di Moebius ha inoltre reso il reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma uno dei maggiori centri di riferimento per la diagnosi ed il trattamento delle paralisi facciali acquisite e congenite del bambino e dell'adulto che vengono oggi approcciate con le migliori e più innovative tecniche chirurgiche.

La ricerca

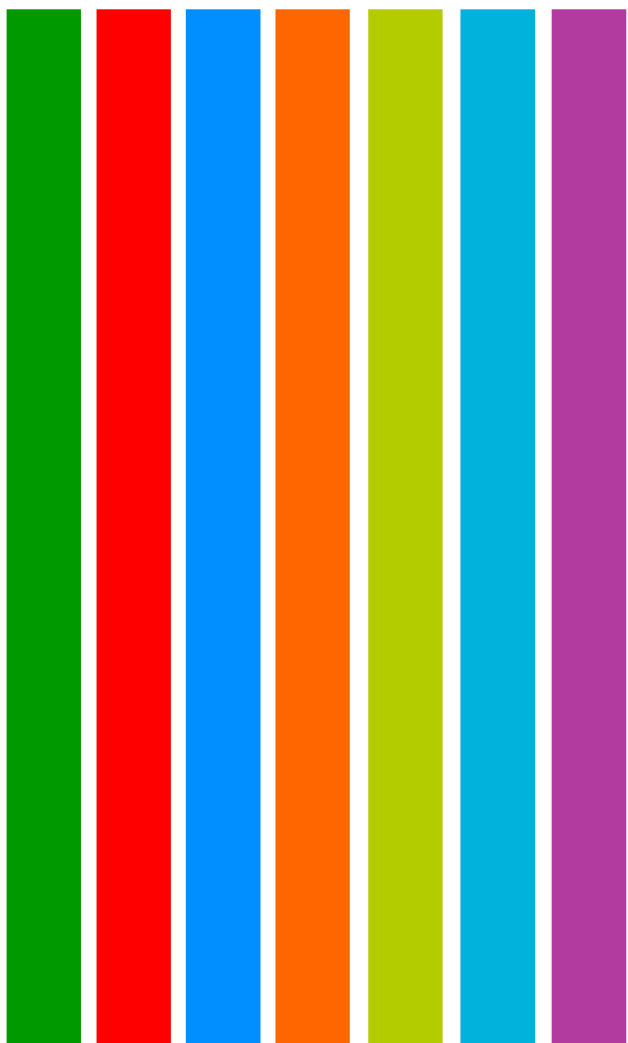
L'eccellenza delle cure proposte e l'avanguardia del livello raggiunto nella cura dei pazienti Moebius riveste un ruolo di rilievo anche da un punto di vista scientifico, sia nella disseminazione dei risultati ottenuti, che nel campo della ricerca. Il grande numero di pazienti visitati e trattati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha permesso lo sviluppo di un progetto di ricerca che vede coinvolte la U.O. Maxillo-Facciale e la sezione di Fisiologia dell'Università degli Studi di Parma. Il progetto ha un duplice scopo:

- investigare, nelle persone colpite da sindrome di Moebius, la percezione delle emozioni rispetto un gruppo di controllo di persone sane;
- indagare, mediante elettromiografia e risonanza magnetica funzionale, la risposta neurofisiologica della corteccia cerebrale nei pazienti sottoposti a rianimazione facciale, per monitorare e misurare oggettivamente i fenomeni di plasticità corticale che potrebbero essere alla base dei processi di spontaneità del sorriso ottenuto mediante la chirurgia.



7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Conclusioni del Direttore Generale





Conclusioni del Direttore Generale

Il periodo storico che stiamo vivendo ci induce a considerare tutto, sempre di più, in chiave economica, è per questo che è parso opportuno ancorare queste brevi considerazioni conclusive al bilancio di missione 2011 ad un dato economico: il risultato di esercizio 2011 consente di affermare che l'equilibrio economico del sistema sanitario provinciale e i principali obiettivi aziendali sono stati raggiunti.

Tuttavia il difficile momento economico, che si riverbera con forza anche nel 2012, rende più onerosa l'azione quotidiana e l'impegno volto a garantire qualità delle prestazioni e dell'attività di cura, nonché a dare attuazione ai principi dell'equità di accesso e trattamento.

Il bilancio di missione cerca di rendere evidenza di quanto sia complessa la vita e l'attività di un ospedale (un'attività che si svolge a ciclo continuo, giorno e notte appunto) e di quanto sia complessa e articolata la rete di servizi che lo caratterizzano (dalle attività ambulatoriali ai centri di eccellenza). Di quanto l'attività di pianificazione, programmazione e controllo debba tener conto di fonti e interlocutori diversi e sia il frutto dell'integrazione di strategie e obiettivi e del confronto sinergico di diversi attori, dalla Regione alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS), all'Università.

Se la Regione fornisce, con diversi strumenti legislativi (dai Piani Sociali e Sanitari alle linee di programmazione annuali), la piattaforma di indirizzo, è nell'ambito della CTSS della provincia di Parma che tali orientamenti trovano specifica declinazione e contestualizzazione, con il Piano Attuativo Locale, che nel 2011 è arrivato a rendicontazione e che si fregia di un'ampissima partecipazione da parte di professionisti e non solo e di un coinvolgimento istituzionale a 360°, aperto anche al volontariato. In questo ambito si struttura la collaborazione e il confronto con l'Azienda Territoriale, che non è un fatto meramente istituzionale ma è tessuto da una quotidiana operosità, testimoniata in questo volume.

Costante e proficuo è il confronto con l'Università; sinergia essenziale all'assolvimento delle rispettive funzioni di assistenza, didattica e ricerca, così di rilievo nel mantenimento della qualità e della capacità di innovazione.

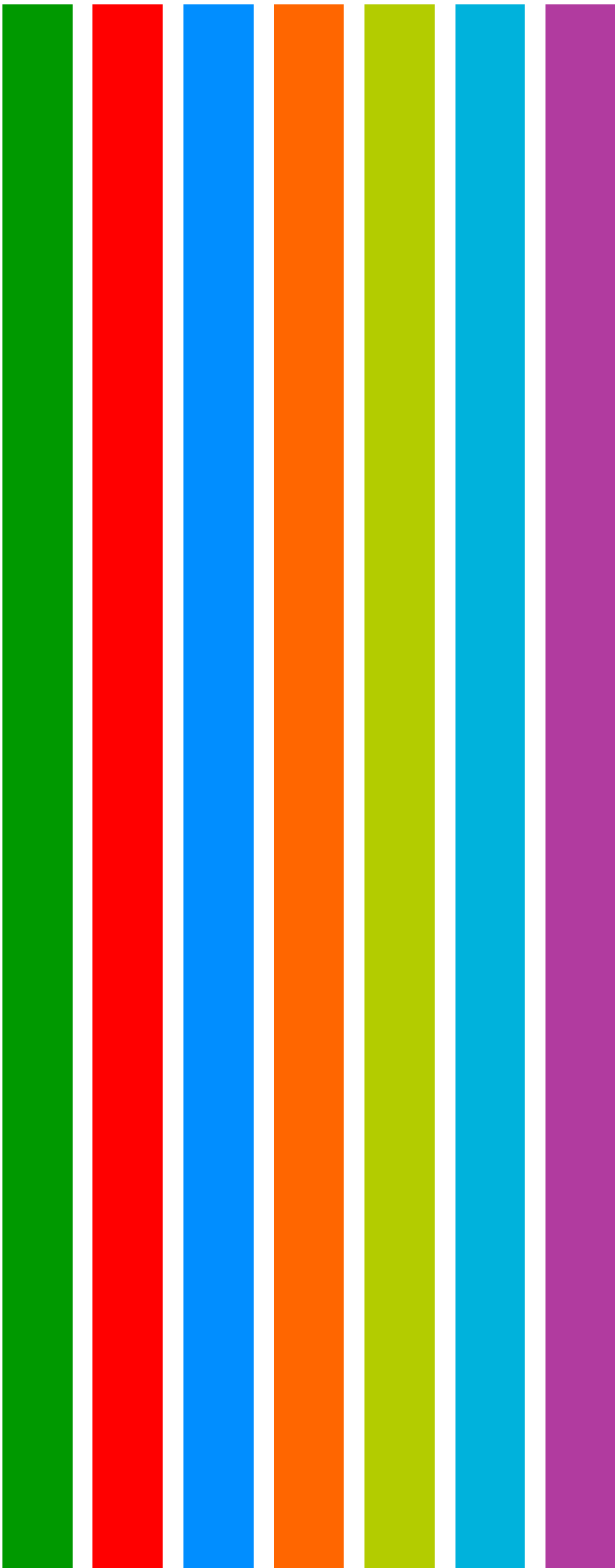
In questo quadro, si inserisce il Comitato di Indirizzo, rinnovato nel 2011, che assolve con puntualità e costanza un ruolo di orientamento e supporto dell'agire dell'Azienda e che garantisce la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, verificando altresì la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Peraltro, il cuore del continuo processo di integrazione che caratterizza un'azienda ospedaliero-universitaria è nei Dipartimenti ad Attività Integrata, di cui il Collegio di Direzione è espressione e sintesi.

Se le questioni economiche paiono costituire il limite delle nostre aspirazioni e della nostra capacità di azione, il presente volume mostra come questo limite non sia sempre invalicabile, come sinergie e lavoro di squadra possano costituire i presupposti su cui continuamente occorre lavorare per rafforzare la capacità di innovazione, che non deve essere necessariamente intesa come crescita (soprattutto da un punto di vista economico), ma certamente è sempre presupposto di qualità.

Possiamo, dunque, concludere che equità e qualità sono i nostri principi di riferimento da conseguire attraverso il confronto continuo, per valutare insieme i problemi, ascoltare le proposte e definire gli obiettivi da raggiungere, coinvolgendo chi all'interno dell'Ospedale opera per garantire qualità, continuità e appropriatezza al servizio dei cittadini del territorio di Parma e non solo e tutti coloro che sono interessati o collaborano alla crescita dell'Ospedale, cui va un sentito grazie: volontariato, organizzazioni dei cittadini e degli utenti, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, fondazioni, chiunque, a qualunque titolo, offra il proprio contributo. E coinvolge anche i referenti istituzionali, Regione, Università, Conferenza territoriale sociale e sanitaria e Azienda USL.

Parere del Comitato di Indirizzo





Parere del Comitato di Indirizzo

Nella seduta del 10.7.2012 è stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Missione 2011 per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo.

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

Il Comitato ha analizzato i vari capitoli in cui è suddiviso il documento, esaminando con particolare attenzione i capitoli dedicati alla produttività, al contributo della Azienda alla copertura dei LEA, alla promozione della eccellenza (clinica, tecnologico, organizzativa), alla integrazione con la Università degli Studi di Parma, allo sviluppo della edilizia ospedaliera con il completamento in corso del Nuovo Ospedale del Bambino.

Produttività: il Comitato, pur sottolineando il ruolo positivo svolto dall'Azienda nella rete dell'offerta provinciale e regionale, osserva una tendenza nel 2011 alla riduzione della produttività globale.

Si è infatti osservata una riduzione del numero di ricoveri in regime ordinario (-3%), uno spostamento dell'attività verso un mix di maggiore complessità e la messa in opera di azioni volte ad un continuo miglioramento dell'appropriatezza e alla promozione del governo clinico. Si rileva, a tal proposito, un incremento del peso medio della casistica trattata che passa dall'1,24 dell'anno 2010 all'1,27 del 2011 (+2%) e una riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati. A conferma della complessità globale della casistica trattata presso la Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche nel 2011, la percentuale di ricoveri con punto DRG > 2.5 resta ben superiore alla media regionale, raggiungendo l'8%.

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età della provincia di Parma ha registrato, rispetto all'anno precedente, un decremento complessivo di circa 7 punti, passando da 180 per mille abitanti nel 2010 a 173 nel 2011, consolidando il trend degli ultimi anni. La riduzione è prevalentemente concentrata sul regime ordinario, che passa da 131 nel 2009 a 126 nel 2011 ponendosi ad un livello inferiore anche alla media regionale. Per il day hospital si osserva un valore superiore alla media regionale, in ragione di un maggior numero di ricoveri sia chirurgici che medici.

Il contributo fornito dall'Azienda alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza garantisce la fornitura da parte della Azienda Ospedaliero-Universitaria del 76% dei posti letto per acuti pubblici della provincia e la fornitura del 63% della produzione provinciale per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva, concorre a permettere alla AUSL di riferimento un costo pro-capite per il livello di degenza tra i più bassi della Regione.

La *mobilità attiva* resta costantemente elevata, mentre si sta riducendo la *mobilità passiva extra regionale*. A questo proposito il Comitato segnala come permanga elevata la mobilità passiva della popolazione residente nella nostra provincia per quanto riguarda due attività HUB della nostra Azienda e cioè la Cardiochirurgia e la Neurochirurgia, la cui migrazione è quasi esclusivamente verso la Lombardia. Il Comitato rileva, inoltre, come resti trascurabile l'attività svolta in libera professione, specialmente in campo chirurgico e ritiene il fenomeno meritevole di approfondimento.

Il Comitato rileva con soddisfazione come alcune Strutture dell'Azienda, identificate come HUB provinciali, confermino una importante azione di richiamo per tutta l'area della Emilia nord con alte percentuali di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione (si segnalano ad esempio la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Pediatrica e la Oncoematologia Pediatrica, con quote rispettivamente pari al 68%, 60% e 58%, indicative di un'attrazione elevata per la qualificata attività svolta).

Per quanto riguarda la attività di Pronto Soccorso si conferma la positiva attività di OBI (che, con il 7% degli accessi in PS, rientra perfettamente nelle indicazioni regionali), a fronte di un trend in continua crescita degli accessi in Pronto soccorso (+2,29 nel 2011). La percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione in OBI è del 73%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%).

Promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa

In **ambito clinico**, il Comitato di Indirizzo sottolinea positivamente che la Chirurgia Maxillo-facciale dell'Azienda è stata riconosciuta, dalla Regione Emilia-Romagna, centro autorizzato per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia della Sindrome di Moebius e rileva che l'Azienda è prima nella casistica sia italiana che a livello europeo. Ciò pone l'Azienda in posizione di primo piano nell'ambito del trattamento riabilitativo e chirurgico di questa patologia.

L'anno 2011 si caratterizza per una sostanziale stabilità dell'attività trapiantologica fatta eccezione per il calo dei trapianti di midollo (-3 rispetto al 2010). In particolare i risultati dell'attività di trapianto renale

sono stati sovrapponibili a quelli dei migliori centri nazionali ed internazionali nonostante l'elevata complessità clinica della casistica trattata.

Si consolida l'attività delle 2 aree dedicate allo stroke (stroke unit), realizzate nel 2010, con un incremento del numero complessivo da 20 a 22 posti letto. A questi si aggiungono 14 posti letto sono collocati nella "SS stroke" della Clinica Geriatrica per i pazienti di età superiore a 70-75.

In campo tecnologico, si segnala il completamento della procedura di acquisizione di apparecchiature e la progettazione esecutiva del polo di interventistica radiologica. Il progetto si completa con una sala operatoria ibrida nella quale vengono combinate tecnologie utilizzate in un ambiente tipicamente chirurgico con sistemi radiologici ad elevate prestazioni e di ultima generazione per l'esecuzione di trattamenti percutanei e procedure endovascolari applicate all'intero sistema vascolare a limitata invasività con conseguenti riduzioni dei tempi di recupero e minimizzazione dei rischi operatori. Il progetto così strutturato rappresenta una soluzione estremamente avanzata, che permette di garantire una maggior sicurezza oltre a un incremento di efficienza e qualità, riducendo quindi i rischi di complicanze legati all'eventuale riconversione.

Significativo, in ambito di **miglioramento della capacità organizzativa**, il progetto di riorganizzazione per intensità di cura delle unità operative ortopediche.

Nel campo dell'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca si rileva come si sia ulteriormente rafforzato il rapporto di integrazione tra la Azienda e la Facoltà medica nella definizione di modalità omogenee di gestione ed organizzazione dei professionisti universitari ed ospedalieri. Il Comitato condivide la preoccupazione per le difficoltà cui si trova esposta la Facoltà di Medicina e Chirurgia in seguito alla cessazione, proseguita anche nel 2011, di un numero consistente di docenti che non sono stati sostituiti, creando talora problemi di direzione di strutture sanitarie. Inoltre, sul fronte dello sviluppo della formazione medico-specialistica, si è correttamente proceduto – nell'ambito dei criteri stabiliti dall'Accordo Attuativo Locale siglato da Azienda e Ateneo in data 7 novembre 2008 – al consolidamento del rapporto di collaborazione con i Consigli delle Scuole di Specializzazione e, nell'ottica di garantire le sinergie tra la programmazione didattica e le attività formative aziendali, è stato assegnato alle Giunte di Dipartimento ed al Collegio di Direzione un ruolo rilevante che si è sostanziato nell'esprimere una valutazione sulla rete formativa e sulla coerenza dei percorsi formativi. Permane sostanziale la partecipazione del personale della Azienda alla attività didattica della Facoltà, sia in termini di docenza che di tutoraggio.

Per quanto riguarda la attività di ricerca, si segnala un ulteriore aumento degli indicatori di qualità della produzione scientifica (Impact Factor totale e normalizzato).

Il Comitato ribadisce, come già osservato nel parere espresso al Bilancio di Missione 2009, che si rende 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 e ne permetta la quantificazione. Il Comitato auspica che la fornitura da parte della Agenzia Regionale di strumenti idonei di misurazione possa in breve termine favorire una corretta determinazione del contributo alla attività assistenziale da parte della componente universitaria.

Per quanto riguarda **lo stato di avanzamento del progetto del Nuovo Ospedale** il Comitato rileva con soddisfazione come nel corso del 2011 siano stati fatti ulteriori sostanziali progressi: sono iniziati i lavori per il IV lotto del poliblocco che ospiterà tutta l'attività della Clinica Medica e Nefrologia; è in via di completamento l'Ospedale dei Bambini; è stata completata la fase di acquisizione delle attrezzature informatiche per il completamento della Centrale Operativa 118; si sono conclusi i lavori del polo psichiatrico; sono stati completati i lavori di ampliamento del Nuovo Pronto Soccorso e di realizzazione dell'area ambulatoriale e di medicina d'urgenza. Nel 2011 si sono completati anche i lavori di ristrutturazione degli spazi esistenti con la realizzazione dell'Osservazione Breve Intensiva che è stata attivata nei primi mesi del 2012. Nel 2011, si sono conclusi i lavori di riqualificazione funzionale e di ristrutturazione interna del padiglione Barbieri ed è stato concretizzato il polo geriatrico-riabilitativo.

Controllo della spesa sanitaria: Il rispetto degli adempimenti sanciti dal Nuovo Patto per la Salute 2010-2012, finalizzati al controllo della spesa sanitaria e a sostenere le azioni necessarie al miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza di utilizzo delle risorse, risulta particolarmente impegnativo.

Nel corso dell'anno 2011 l'Azienda ha perseguito strategie di ottimizzazione e razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse allo scopo di presidiare il governo e la sostenibilità economico-finanziaria a fronte dell'impatto di variabili espansive della spesa quali: gli aspetti demografici e epidemiologici, il progresso scientifico e tecnologico, gli automatismi di revisione dei prezzi contrattuali e i fenomeni inflattivi.

L'assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, rispetto ai corrispondenti valori medi regionali, evidenzia nell'ultimo triennio un trend costante improntato al mantenimento del rapporto tra il valore dei singoli aggregati di fattori produttivi e i ricavi disponibili. Nel loro complesso, i costi sostenuti nell'esercizio 2011 per i principali aggregati di fattori produttivi sono rimasti sostanzialmente invariati rispetto agli esercizi 2010 e 2009.

Il Comitato di Indirizzo giudica favorevolmente le politiche messe in atto dall'Azienda per il contenimento dei costi e il ricorso alla aggregazione degli acquisti a livello di area vasta. In questo ambito si rileva una sempre maggiore rilevanza acquisita dalla Azienda in ambito di gare di acquisto ove è divenuta capofila in settori importanti (ad esempio le protesi ortopediche).

Il Comitato di Indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2011 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione dell'attività svolta nel corso dell'anno dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dei rapporti di collaborazione tra Azienda ed Università degli Studi di Parma, e confermi l'ottimo posizionamento dell'Azienda nell'ambito dell'assistenza sanitaria provinciale e regionale.

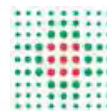
Esprime, pertanto, parere favorevole sul documento.

Carlo Coscelli
Presidente del Comitato di Indirizzo

Appendice







Appendice al capitolo 2

Sezione 2.3 "Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza"

Tabella 3 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2009

Anno 2009		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni	Importi	Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	120.236	7.319.093	246.356	49%	10.574.545	69%
	D2-D.Strument. no radiaz.	173.326	7.904.871	399.799	43%	17.219.179	46%
	D3-Biopsia	5.563	399.085	7.933	70%	480.904	83%
	D9-Altra diagnostica	15.207	376.132	29.500	52%	585.974	64%
	Totale	314.332	15.999.181	683.588	46%	28.860.603	55%
Laboratorio	L1-Prelievi	201.901	525.288	504.491	40%	1.348.971	39%
	L2-Chimica clinica	1.169.205	4.222.495	3.221.402	36%	10.924.079	39%
	L3-Ematologia/coagulaz.	265.726	985.212	576.297	46%	1.925.110	51%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	63.170	3.621.157	67.278	94%	3.652.745	99%
	L5-Microbiologia/virologia	89.109	1.109.078	249.244	36%	2.371.813	47%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	15.358	671.250	46.596	33%	1.335.493	50 %
	L7-Genetica/citogen.	18.465	1.696.573	18.491	100%	1.699.283	100%
	Totale	1.822.934	12.831.053	4.683.799	39%	23.257.494	55%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.504.280	5.795.799				
	Totale	3.327.214	18.626.852	4.683.799	71%	23.257.494	80%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.786	37.203	11.415	24%	120.037	31 %
	R2-RRF	13.396	106.063	136.334	10%	1.096.961	10%
	R3-Terapia Fisica	1.184	4.507	8.312	14%	24.052	19%
	R9-Altra riabilitazione	1.087	10.376	8.368	13%	111.656	9%
	Totale	18.453	158.149	164.429	11%	1.352.707	12%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	18.969	1.289.294	18.969	100%	1.289.294	100%
	T2-Dialisi	9.071	1.668.050	45.352	20%	7.961.850	21%
	T3-Odontoiatria	6.249	171.331	16.630	38%	796.238	22%
	T4-Trasfusioni	2.025	168.438	2.025	100%	168.438	100%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.996	2.509.399	28.364	60%	4.116.858	61%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	48.459	715.064	112.356	43%	1.938.067	35%
	Totale	101.769	6.521.576	223.696	45%	16.270.745	40%
Visite	V1-Prima visita	243.130	5.516.504	542.777	45%	12.029.353	46%
	V2-Visita di controllo	199.665	3.593.754	304.692	66%	5.458.928	66%
	V3-Osservaz. Breve Intensiva	2.791	614.020	3.853	72%	847.660	72%
	Totale	445.586	9.724.278	851.322	52%	18.335.941	53%
Totale		4.207.354	51.030.036	6.606.834	64%	88.077.490	58%

Fonte Banca Dati ASA - RER

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 63

Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2010

Anno 2010		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni		Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	119.997	7.791.524	257.140	47%	11.283.470	69%
	D2-D.Strument. no radiaz.	167.411	7.851.657	405.611	41%	17.935.910	44%
	D3-Biopsia	5.384	408.161	7.701	70%	486.382	84%
	D9-Altra diagnostica	15.524	374.521	33.717	46%	637.184	59%
	Totale	308.316	16.425.863	704.169	44%	30.342.947	54%
Laboratorio	L1-Prelievi	196.098	507.575	496.962	39%	1.305.956	39%
	L2-Chimica clinica	1.131.592	4.104.593	3.238.254	35%	11.001.141	37%
	L3-Ematologia/coagulaz.	263.472	988.718	574.417	46%	1.934.237	51%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	58.461	3.273.491	62.283	94%	3.302.872	99%
	L5-Microbiologia/virologia	84.486	1.060.386	244.621	35%	2.352.823	45%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	15.887	726.050	33.338	48%	1.149.878	63%
	L7-Genetica/citogen.	14.887	1.540.977	14.916	100%	1.543.934	100%
	Totale	1.764.883	12.201.790	4.664.791	38%	22.590.841	54%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.533.934	5.569.466				
	Totale	3.298.817	17.771.256	4.664.791	71%	22.590.841	79%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.651	37.007	12.864	21%	134.898	27%
	R2-RRF	12.249	95.419	142.836	9%	1.134.655	8%
	R3-Terapia Fisica	1.257	4.955	9.824	13%	27.080	18%
	R9-Altra riabilitazione	752	7.193	8.408	9%	125.737	6%
	Totale	16.909	144.573	173.932	10%	1.422.369	10%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	24.308	1.864.064	24.317	100%	1.864.623	100%
	T2-Dialisi	9.291	1.682.541	46.430	20%	8.118.821	21%
	T3-Odontoiatria	6.447	146.339	14.671	44%	658.511	22%
	T4-Trasfusioni	2.032	150.714	2.032	100%	150.714	100%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	16.393	2.141.726	29.526	56%	4.261.181	50%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	45.243	716.821	109.723	41%	1.968.739	36%
	Totale	103.714	6.702.205	226.699	46%	17.022.589	39%
Visite	V1-Prima visita	239.247	5.363.299	530.602	45%	11.667.199	46%
	V2-Visita di controllo	197.971	3.562.830	302.620	65%	5.420.340	66%
	V3-Osservaz. Breve Intensiva	4.319	950.180	5.294	82%	1.164.680	82%
	Totale	441.537	9.876.309	838.516	53%	18.252.219	54%
Totale		4.152.384	50.775.633	6.434.175	65%	88.208.596	58%

Fonte Banca Dati ASA - RER

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 63



Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2011

Anno 2011		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni		Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	123.146	8.542.724	247.725	50%	11.679.258	73%
	D2-D.Strument. no radiaz.	177.909	8.310.217	432.802	41%	19.311.671	43%
	D3-Biopsia	5.476	421.028	7.487	73%	486.986	86%
	D9-Altra diagnostica	17.657	413.185	36.423	48%	679.747	61%
	Totale	324.188	17.687.153	724.437	45%	32.157.661	55%
Laboratorio	L1-Prelievi	167.678	430.603	465.605	36%	1.216.958	35%
	L2-Chimica clinica	1.108.830	4.096.217	3.136.348	35%	10.760.456	38%
	L3-Ematologia/coagulaz.	240.724	961.771	544.238	44%	1.896.863	51%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	49.051	2.657.705	53.069	92%	2.688.587	99%
	L5-Microbiologia/virologia	80.574	1.002.746	233.594	34%	2.242.619	45%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	18.777	784.169	33.484	56%	1.159.258	68%
	L7-Genetica/citogen.	10.364	1.218.159	10389	100%	1.219.850	100%
	Totale	1.675.998	11.151.370	4.476.727	37%	21.184.591	53%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.502.290	6.374.695				
	Totale	3.178.288	17.526.065	4.476.727	71%	21.184.591	83%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.789	45.801	12.802	22%	143.530	32%
	R2-RRF	12.431	96.002	161.660	8%	1.607.251	6%
	R3-Terapia Fisica	1.498	6.289	14.142	11%	38.420	16%
	R9-Altra riabilitazione	867	9.442	8.049	11%	69.693	14%
	Totale	17.585	157.535	196.653	9%	1.858.894	8%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	25.436	1.960.223	25.436	100%	1.960.223	100%
	T2-Dialisi	9.110	1.656.259	46.034	20%	8.098.882	20%
	T3-Odontoiatria	6.783	154.446	21.273	32%	996.987	15%
	T4-Trasfusioni	1.945	154.563	2292	85%	164.565	94%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	19.309	2.222.665	33.166	58%	4.528.562	49%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	47.875	742.307	116.856	41%	2.040.326	36%
	Totale	110.458	6.890.463	245.057	45%	17.789.546	39%
Visite	V1-Prima visita	268.001	5.376.080	582.109	46%	12.202.615	44%
	V2-Visita di controllo	172.324	3.047.194	286.395	60%	5.078.854	60%
	V3-Osservaz. Breve Intensiva	4.480	985.600	5433	82%	1.195.260	82%
	Totale	444.805	9.408.874	873.937	51%	18.476.729	51%
Totale	4.075.324	51.670.090	6.516.811	63%	91.467.421	56%	

Fonte Banca Dati ASA - RER

[Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 63](#)

Tabella 7 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2009

Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma							
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg
Diagnostica	139.501	61,39	72,77	79,66	84,64	88,84	11,16
Laboratorio	271.948	91,26	94,37	96,22	97,25	98,01	1,99
Riabilitazione	13.019	51,47	70,42	84,16	88,85	91,35	8,65
Prestazioni Terapeutiche	21.832	69,06	77,21	82,14	85,42	88,8	11,2
Visite	80.607	61,88	76,38	81,91	85,76	88,88	11,12

Fonte: Banca Dati ASA

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 65

Tabella 8 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2010

Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma							
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg
Diagnostica	135.636	58,35	70,51	77,51	83	87,78	12,22
Laboratorio	661.388	91,68	94,51	95,8	96,84	97,7	2,3
Riabilitazione	11.315	58,56	72,32	81,97	86,31	89,72	10,28
Prestazioni Terapeutiche	17.877	69,98	75,87	83,2	88,13	91,18	8,82
Visite	79.992	62,14	75,55	82,04	86,48	89,78	10,22

Fonte: Banca Dati ASA

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 65

Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2011

Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma							
Tipologia prestazione	Totale prestazioni erogate a carico del S.S.N. programmate con gg_att>=1	entro 1-30 gg	entro 1-45 gg	entro 1-60 gg	entro 1-75 gg	entro 1-90 gg	oltre 90 gg
Diagnostica	140.089	50,6	65,46	74,39	80,14	84,76	15,24
Laboratorio	833.067	87,01	90,51	92,72	94,34	95,71	4,29
Riabilitazione	13.064	55,93	75,67	82,76	86,9	90,85	9,15
Prestazioni Terapeutiche	14.166	64,49	75,65	81,96	86,16	88,69	11,31
Visite	88.627	55,35	71,04	78,62	83,49	87,15	12,85

Fonte: Banca Dati ASA

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 65

Tabella 13 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2009

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

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS;

La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia Romagna al 1.01.2009: 4.337.966

(**) La colonna dei posti letto acuti (accreditati e non) è generata sulla base di quanto previsto dall'Accordo AIOP parte II B1 -accreditamento in base all' utilizzo - Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo quelli accreditati

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

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 68



Tabella 14 Assistenza Ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2010

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati					Indicatori				
	Acuti	Riabili= tazione	LD	Totale	Acuti(**)		Post-acuti (*)		Totale accedi= tati	Acuti	LD+ Riab.	Riabi= lita= zione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazi one	LD						
AUSL Parma	338	6	64	408	254	104	244	80	578					
AOU Parma	1.071	18	144	1.233	-	-	-	-	-	2,45	0,37	0,04	0,33	2,82
Tot. Parma	1.409	24	208	1.641	254	104	244	80	578	3,80	1,27	0,61	0,66	5,07
Tot. Regione	13.788	724	1.429	15.941	1.956	1.126	862	847	3.665	3,58	0,88	0,36	0,52	4,46

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), www.regione.emilia-romagna.it/SIS;
La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda residente in Emilia Romagna 1.01.2010 - 4.395.606

(**) La colonna dei posti letto acuti (accreditati e non) è generata sulla base di quanto previsto dall'Accordo AIOP parte II B1 -accreditamento in base all' utilizzo - Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo quelli accreditati

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

[Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 68](#)

Tabella 34 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2009-2011

Disciplina	2009		2010		2011	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
007-Cardiochirurgia	4,05	0,97	4,04	0,98	4,13	1,02
008-Cardiologia	1,52	1,09	1,57	1,1	1,7	1,18
009-Chirurgia Generale	1,44	1,08	1,44	1,08	1,36	1,02
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,65	1,14	1,57	1,16	1,71	1,19
011-Chirurgia Pediatrica	0,85	0,99	0,87	1,01	0,81	0,96
012-Chirurgia Plastica	1,4	1,08	1,32	1,04	1,29	1,03
013-Chirurgia Toracica	1,99	1,06	1,92	1,06	1,84	1,01
014-Chirurgia Vascolare	1,88	1,06	1,88	1,06	1,88	1,06
018-Ematologia	3,84	0,96	4,86	1,2	4,51	1
021-Geriatria	1,15	1,09	1,17	1,1	1,12	1,05
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,7	1,2	1,91	1,33	1,87	1,26
026-Medicina Generale	1,18	1,14	1,12	1,08	1,12	1,07
029-Nefrologia	1,42	1,08	1,45	1,09	1,36	1,02
030-Neurochirurgia	2,13	1	2,23	1,04	2,18	1,03
032-Neurologia	1,09	0,98	1,1	0,98	1,12	0,99
034-Oculistica	0,72	0,92	0,77	0,97	0,8	1,01
036-Ortopedia e Traumatologia	1,29	1	1,29	0,99	1,31	0,99
037-Ostetricia e Ginecologia	0,66	1,06	0,65	1,05	0,69	1,07
038-Otorinolaringoiatria	0,96	0,98	0,95	1	0,98	1,01
039-Pediatria	0,53	0,94	0,55	0,94	0,55	0,97
043-Urologia	1,12	1	1,08	0,97	1,12	1,02
047-Grandi Ustionati	3,55	1,04	2,83	0,89	2,6	0,86
048-Nefrologia Trapianti	3,47	1,56	3,41	1,56	3,34	1,56
049-Terapia Intensiva	4,97	1,05	4,54	0,94	4,83	1,03
050-Unita' Coronarica	1,9	1,14	1,88	1,12	1,94	1,14
051-Astanteria	0,78	0,86	0,77	0,83	0,82	0,85
052-Dermatologia	0,87	0,88	0,94	0,91	0,91	0,92
058-Gastroenterologia	1,16	1,02	1,14	1,02	1,12	1,01
062-Neonatalogia	1,38	0,94	1,64	1,08	1,65	1,04
064-Oncologia	1,03	0,82	1,02	0,8	1,03	0,76
065-Pediatria e Oncoematologia	1,23	0,71	1,12	0,66	1,15	0,66
068-Pneumologia	1,29	0,93	1,28	0,92	1,4	1,01
073-Terapia Intensiva Neonat.	1,15	0,58	1,81	0,89	1,79	0,91

Fonte: Banca Dati SDO - RER

[Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 77](#)

Tabella 37 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2011

PARMA		Totale ricoveri	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
Area oncologica										
Chemioterapia (DH)	Az. OSP	1.131	21,5	96,3	66,7	85,7	92,9	92,9	92,9	7,1
	Totale	1.826	5	65	95,3	98,9	99,5	99,5	99,5	0,5
Intervento chirurgico tumore polmone (regime ordinario)	Az. OSP	74	15	0	90,5	100	100	100	100	0
	Totale	74	15	0	90,5	100	100	100	100	0
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az. OSP	31	19	0	74,2	100	100	100	100	0
	Totale	74	16,5	0	85,1	98,6	98,6	98,6	98,6	1,4
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az. OSP	171	16	2,3	83,2	97,6	99,4	100	100	0
	Totale	236	16	2,5	83	97,4	99,1	100	100	0
Intervento chirurgico tumore prostata (regime ordinario)	Az. OSP	75	28	0	65,3	98,7	98,7	98,7	98,7	1,3
	Totale	178	34	0	42,1	92,1	97,8	98,9	98,9	1,1
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)	Az. OSP	50	16	0	88	98	100	100	100	0
	Totale	83	12	0	90,4	96,4	98,8	98,8	100	0
Area cardiovascolare										
Coronarografia (DH)	Az. OSP	3	.	100	.	.	.	.	.	.
	Totale	3	.	100	.	.	.	.	.	.
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az. OSP	138	29	2,9	53,7	87,3	98,5	99,3	100	0
	Totale	160	26	2,5	56,4	87,2	98,1	99,4	100	0
Angioplastica - PTCA (regime ordinario)	Az. OSP	145	35	54,5	39,4	87,9	100	100	100	0
	Totale	146	35	54,1	40,3	88,1	100	100	100	0
By-Pass aortocoronarico (regime ordinario)	Az. OSP	152	7	29,6	83,2	98,1	98,1	100	100	0
	Totale	152	7	29,6	83,2	98,1	98,1	100	100	0
Area Non Oncologica										
Tonsillectomia (regime ordinario)	Az. OSP	178	76	0,6	16,9	35	53,1	58,8	65	35
	Totale	260	53	0,4	35,5	53,7	66,4	70,7	75,7	24,3
Intervento protesi anca (regime ordinario)	Az. OSP	195	140	1	2,1	9,8	20,7	40,9	80,3	19,7
	Totale	442	145	0,5	5	21,4	29,3	41,4	66,1	33,9
Riparazione ernia inguinale (DH)	Az. OSP	310	73	0,3	21,7	40,8	57	68,6	84,1	15,9
	Totale	832	28	0,4	51,5	66,1	76	82,6	89,6	10,4
Emorroidectomia (DH)	Az. OSP	18	20,5	0	61,1	83,3	100	100	100	0
	Totale	42	12	7,1	79,5	92,3	100	100	100	0
Biopsia percutanea del fegato (DH)	Az. OSP	11	71	90,9	0	0	100	100	100	0
	Totale	25	6,5	44	92,9	92,9	100	100	100	0

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

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

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

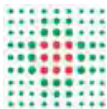
Fonte banca Dati SDO - RER

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 80



Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2011

TOTALE REGIONE	Totale ricoveri	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*							
			0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
Area oncologica										
Chemioterapia (DH)	Az. USL	11.931	4	46,4	97	99,2	99,5	99,5	99,6	0,4
	Privato	262	7	32,1	96,1	99,4	99,4	99,4	99,4	0,6
	Az. OSP	7.533	4	50,9	98,2	99,3	99,5	99,6	99,6	0,4
	Totale	19.726	4	47,9	97,4	99,2	99,5	99,5	99,6	0,4
Intervento chirurgico tumore polmone (regime ordinario)	Az. USL	318	13	5,3	76,7	97,7	99	99	99	1
	Privato	60	4	6,7	94,6	96,4	98,2	98,2	98,2	1,8
	Az. OSP	366	19	9,8	82,7	96,7	98,2	99,1	99,1	0,9
	Totale	744	16	7,7	81,1	97,1	98,5	99	99	1
Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario)	Az. USL	326	22	1,2	71,1	94,7	96,3	96,9	97,8	2,2
	Privato	36	12,5	0	94,4	100	100	100	100	0
	Az. OSP	176	22	0,6	68,6	94,9	98,3	98,9	100	0
	Totale	538	21	0,9	71,9	95,1	97,2	97,7	98,7	1,3
Intervento chirurgico tumore colon-retto (regime ordinario)	Az. USL	1.408	19	2,6	75,2	95,2	96,1	97,2	99,4	0,6
	Privato	98	6	4,1	98,9	100	100	100	100	0
	Az. OSP	809	14	5,9	81,7	93,6	95,7	97,8	99,5	0,5
	Totale	2.315	17	3,8	78,4	94,8	96,1	97,5	99,5	0,5
Intervento chirurgico tumore prostata (regime ordinario)	Az. USL	872	46	0,3	28,4	67	86,1	95,4	99,3	0,7
	Privato	131	28	0,8	53,8	93,8	97,7	99,2	99,2	0,8
	Az. OSP	439	30	1,1	53	87,1	96,5	99,3	99,8	0,2
	Totale	1.442	38	0,6	38,2	75,5	90,3	96,9	99,4	0,6
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (regime ordinario)	Az. USL	645	21	0,6	74,3	97,8	98,8	98,8	99,5	0,5
	Privato	88	10	0	96,6	98,9	100	100	100	0
	Az. OSP	457	22	1,8	68,2	92,2	96	96,9	98,2	1,8
	Totale	1.190	21	1	73,6	95,8	97,8	98,1	99,1	0,9
Area cardiovascolare										
Coronarografia (DH)	Az. USL	654	13	14,8	83,7	91,2	91,4	92,3	94,1	5,9
	Privato	27	9	7,4	100	100	100	100	100	0
	Az. OSP	311	18	1,9	63,6	77	82	85,6	91,1	8,9
	Totale	992	14	10,6	77,2	86,6	88,4	90,2	93,2	6,8
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Az. USL	559	40	5,7	39,5	65,7	82,5	91,3	96,2	3,8
	Privato	152	11	0	71,7	84,2	88,8	94,1	96,7	3,3
	Az. OSP	537	36,5	3,9	44	63,2	78,9	85,9	97,1	2,9
	Totale	1.248	35	4,2	45,5	66,9	81,8	89,3	96,7	3,3
Angioplastica - PTCA (regime ordinario)	Az. USL	1.346	12	16,2	81	93,4	95,2	95,8	97,7	2,3
	Privato	1.169	7	3,8	96,4	99,6	99,8	99,9	100	0
	Az. OSP	1.144	12	24	80,3	93,4	97	98	98,7	1,3
	Totale	3.659	9	14,7	86,4	95,6	97,4	97,9	98,8	1,2
By-Pass aortocoronarico (regime ordinario)	Privato	518	7	2,9	98,2	99,8	100	100	100	0
	Az. OSP	403	19	18,6	61,3	75,3	86,3	93,9	99,1	0,9
	Totale	921	9	9,8	83,6	90,1	94,6	97,6	99,6	0,4
Area Non Oncologica										
Tonsillectomia (regime ordinario)	Az. USL	2.311	95	1,9	13,8	32,1	47,8	59,4	76	24
	Privato	441	17	0,5	71,5	90,9	95,9	97,7	99,5	0,5



	Az. OSP	800	102	0,4	16,4	29,6	44,3	59,3	74,7	25,3
	Totale	3.552	83	1,4	21,7	38,9	53,1	64,2	78,6	21,4
Intervento protesica (regime ordinario)	Az. USL	2.440	104	1,6	8,9	24,9	43,4	57,5	77,5	22,5
	Privato	2.121	24	1,1	62,4	84	90,8	94,6	98	2
	Az. OSP	1.992	159	1,3	7,5	14,3	24,9	34,8	58	42
	Totale	6.553	82	1,3	25,8	40,9	53,2	62,6	78,2	21,8
Riparazione ernia inguinale (DH)	Az. USL	3.939	71	1,1	19,5	42,8	59,4	72	84	16
	Privato	1.272	16	0,3	75,9	92,7	97	98,7	99,3	0,7
	Az. OSP	1.003	105	1	13,6	27	42,9	56,6	74,6	25,4
	Totale	6.214	60	0,9	30,2	50,5	64,5	75	85,7	14,3
Emorroidectomia (DH)	Az. USL	268	74	1,9	20,5	41,1	58,6	75,7	86,3	13,7
	Privato	127	15	3,1	78	91,1	95,9	97,6	100	0
	Az. OSP	66	39	4,5	42,9	60,3	76,2	88,9	92,1	7,9
	Totale	461	47	2,6	39,4	57,5	71,3	83,5	90,9	9,1
Biopsia percutanea del fegato (DH)	Az. USL	507	12	31	76,6	90,3	95,4	98,6	99,7	0,3
	Az. OSP	216	8	25,5	83,9	94,4	97,5	98,1	100	0
	Totale	723	11	29,3	78,9	91,6	96,1	98,4	99,8	0,2

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

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

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

Fonte banca Dati SDO - RER

[Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 80](#)



Appendice al capitolo 3

Sezione 3.4 "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale"

Paragrafo "Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto"

Sintesi delle attività dell'Area Vasta Area Vasta Emilia Nord (anno 2011)

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena:

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione a livello di Area Vasta, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, al fine di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

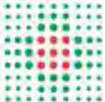
Nel primo semestre 2011, le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno operato per dare continuità e consolidare le iniziative ed i progetti già in essere inserendoli coerentemente nel quadro giuridico ed organizzativo scaturito dalle indicazioni regionali poi raccolte nella D.G.R. 927 del 27 giugno 2011, cercando di individuare nuovi modelli organizzativi, in grado di garantire funzionalità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il 7 settembre 2011 è stato approvato dall'Assemblea dei Direttori Generali l'"Accordo Quadro" costitutivo dell'Area Vasta, successivamente trasmesso ai Presidenti delle Conferenze Territoriali delle Province di riferimento dell'Area Vasta Emilia Nord, che hanno proceduto all'esame ed alla sua approvazione. Si è proceduto anche all'informazione ed al confronto con le Organizzazioni sindacali, mediante la convocazione di 3 incontri specifici al termine dei quali le OO.SS. hanno concordato alcune osservazioni sul testo loro sottoposto.

Acquisti centralizzati

In questo settore si registra un costante incremento delle attività, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti), da un livello di programmazione stringente e costantemente monitorato, dall'abitudine ormai consolidata a procedere nell'ottica della suddivisione del lavoro e dell'integrazione di risorse. Si è puntato soprattutto a migliorare le tempistiche, che sono strettamente connesse alla capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche.

A tale proposito si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro di farmacisti, con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM), incaricato di fungere da riferimento per i Servizi Provveditorato per le problematiche relative alle procedure di gara per l'acquisizione di DM e finalizzato anche a garantire adeguato flusso informativo nei Servizi Farmacia delle Aziende sull'andamento e sulle scelte operate per le singole gare; analogamente anche i Servizi di Ingegneria Clinica delle Aziende AVEN hanno proceduto ad una suddivisione di compiti, con la definizione di referenti per le specifiche gare programmate, in stretto rapporto con la struttura del Dipartimento Interaziendale Acquisti.

È in fase di implementazione il sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività: su questo punto occorre investire ulteriore impegno.



Si è data continuità al lavoro di monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci e alla gara per l'acquisizione di endoprotesi coronariche.

L'Area Vasta Emilia Nord ha provveduto a definire la propria programmazione degli acquisti per il biennio 2011 – 2012 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati (Regionale, di Area Vasta e Aziendale).

La riorganizzazione dei Servizi Acquisti, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2011 – 2012, in coerenza con la pianificazione 2010 – 2011, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.

La tabella che segue riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle gare di Area Vasta ed i risultati economici conseguiti.

N. Gare programmate per il biennio 2011 – 2012	117
N. Gare aggiudicate nell'anno 2011	42
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2011	16
N. Gare avviate al 31.12.2011	27
N. Gare programmate ancora da avviare	32
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2011	€ 171.401.811,69
Stima dei risparmi indotti	11,3%
N. Procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2011	24

Per quanto concerne i rapporti con l'Agenzia Regionale Acquisti, è proseguita la collaborazione per l'attuazione della programmazione gare, assicurando:

- la partecipazione del Direttore Operativo e del Responsabile DIA di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;
- l'attività di coordinamento e raccordo della Direzione Operativa tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ing. Clinica..) ed i professionisti coinvolti nelle gare;
- la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER;
- l'attività dei Servizi Provveditorato, dei Servizi di Farmacia ed Ing. Clinica per la trasmissione ad Intercent-ER di tutti i dati (fabbisogni, prezzi, tipologia di prodotti, segnalazioni, variazioni..), sia per la fase di preparazione delle procedure di gara, che per la fase di applicazione delle convenzioni.

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli "ordinativi di fornitura" emessi dalle Aziende associate all'AVEN nel 2011 risulta pari ad €. 71.903.475,51.

Si segnala la recente aggiudicazione della gara per l'acquisizione del principio attivo Filgrastim (per il quale sono oggi disponibili farmaci biosimilari) per il consistente risultato economico raggiunto: l'applicazione del nuovo prezzo (10,85€/fl vs 49€/fl precedente) corrisponde ad un risparmio di quasi 2 ml di euro annui, calcolato sui consumi AVEN dell'anno 2010.

Nel corso del 2011, inoltre, è stata avviata una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, volta a produrre sinergie per la fase di selezione e valutazione di prodotti specialistici a rilevante impatto dal punto di vista tecnico-scientifico ed economico; tale lavoro è direttamente collegato anche all'espletamento a livello regionale di alcune importanti gare



(DM per oculistica, endoprotesi coronariche, farmaci innovativi, biosimilari, materiale protesico), per le quali si cerca di favorire un maggior raccordo e scambio tra le strutture delle 3 Aree Vaste.

Progetto di logistica integrata - magazzino centralizzato

Le attività connesse alla costruzione dell'edificio sono state ultimate e la struttura è stata consegnata dalla ditta appaltatrice. Nel primo semestre 2011 si è proceduto all'aggiudicazione dell'appalto per l'allestimento della struttura e l'affidamento dei servizi connessi alla sua gestione. Non è però stato possibile giungere alla firma del contratto a causa della presentazione, da parte di uno dei soggetti risultati non aggiudicatari, di un ricorso sul quale il TAR si è espresso a novembre. Tale sentenza ha però comportato l'attivazione delle procedure di ricorso al Consiglio di Stato con richiesta di sospensiva cautelare della sentenza del TAR Parma.

È stato elaborato dal Comitato Tecnico e dall'Assemblea e successivamente adottato, da parte di tutte le Aziende AVEN, l'Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del Polo Logistico. Fondamentale per la condivisione del testo è stato il lavoro condotto dai Direttori Amministrativi e dai Responsabili dei Servizi Bilancio delle Aziende AVEN, col supporto della Direzione Operativa per l'approfondimento e la definizione degli aspetti connessi alla gestione finanziaria del magazzino.

Sono proseguiti i lavori del gruppo incaricato di definire le procedure informatiche ed operative finalizzate all'attivazione dell'anagrafica centralizzata dei beni sanitari, che ha concluso la fase preliminare con l'organizzazione di momenti formativi destinati agli operatori delle Aziende interessate.

Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi

Relativamente a tale settore di attività, la programmazione AVEN prevedeva le seguenti direttrici di attività:

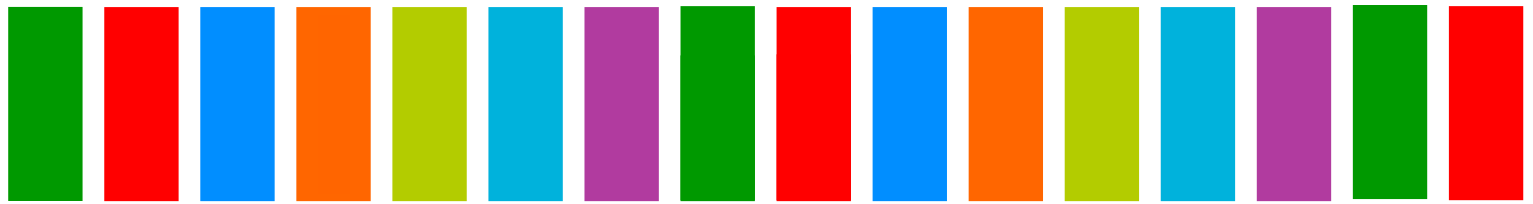
- consolidamento delle attività del Dipartimento Interaziendale Acquisti (di cui sopra);
- proseguimento delle attività della Commissione Farmaco di Area Vasta, con il coordinamento e supporto del CeVEAS: la Commissione Farmaco si è riunita mensilmente, ha provveduto all'aggiornamento del Prontuario Terapeutico AVEN, all'approfondimento del ruolo in terapia di specifici gruppi di farmaci (anche tramite il coinvolgimento capillare dei clinici utilizzatori), a iniziative di monitoraggio/verifica di dati di utilizzo, all'approfondimento di tematiche relative ai farmaci, connesse ai processi di acquisizione;
- definizione di una procedura per la vigilanza e l'attivazione di sistemi di allerta nel caso di difettosità, incidenti, ritiri o altri eventi connessi all'utilizzo di beni sanitari: tale procedura è stata elaborata ed è in corso di validazione presso le strutture interessate delle Aziende associate;
- iniziative per promuovere il coordinamento delle Commissioni Aziendali per i Dispositivi Medici (CADM) e giungere alla costituzione di una Commissione di Area Vasta dei dispositivi medici e materiale protesico. Sono emerse criticità (in termini di risorse) e resistenze che hanno impedito di procedere nell'attivazione di un percorso condiviso. Occorre trovare modalità organizzative più funzionali e coerenti, almeno per i beni sanitari oggetto di centralizzazione logistica, per i quali sarà necessario prevedere anche attività di valutazione e selezione centralizzate.

Integrazione in ambito amministrativo – gestionale e clinico - assistenziale

Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale, che clinico-assistenziale.

In particolare si segnala l'attività svolta dai gruppi di area clinico-assistenziale: gruppo referenti specialistica, gruppo laboratori, gruppo responsabili formazione, gruppo prescrizione informatizzata del farmaco (progetto di modernizzazione Prisma), gruppo responsabili dipartimenti di sanità pubblica.

Per quanto concerne i gruppi di area amministrativo-gestionale, si segnalano le attività svolte dal gruppo dei responsabili risorse umane, gruppo normativa appalti, gruppo responsabili servizi di prevenzione e protezione, gruppo assicurazioni, gruppo responsabili servizi bilancio. Infine, si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione di comuni orientamenti applicativi della Legge 136/2010.



La Direzione Generale ringrazia i numerosi professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che, a vario titolo e in varia misura, hanno fattivamente contribuito alla realizzazione del documento:

Ennio Amori, Diego Ardissino, Giovanna Artioli, Andrea Ardizzoni, Donatella Bacchieri, Antonio Balestrino, Anna Barbot, Maria Bella, Barbara Benoldi, Maria Pompea Bernardi, Anna Bertelè, Gilda Bertolini, **Paola Bodrandi***, Bernardo Bianchi, Laura Bompani, Federica Bonfanti, Monia Boniburini, Loris Borghi, Luca Braglia, Marco Brambilla, Rodolfo Brianti, **Massimiliano Brunetti***, Fabio Caliumi, **Caterina Caminiti***, Giovanna Campaniello, **Sabrina Capitani***, Anna Carpi, Rosanna Casaroli, Patrizia Celi, Katia Dardani, Mario De Blasi, Giulia De Luca, Simona Delsante, Antonella D'Errico, Dante Di Camillo, Cristiana Di Gennaro, Francesca Diodati, Antonio Di Santo, Simona Fontechiari, Alessandro Formentini, Demetrio Franchini, Federica Gardini, Gabriella Gavioli, Monica Gazzi, Giacinto Giorgio, Antonella Giusti, Antonella Giuberti, Alessandro Gregori, Daniela Guarenghi, **Michela Guasti***, Elisa Iezzi, Paride Lambertini, Ruben Omar Leal Lopez, Rita Lombardini, **Mariateresa Luisi***, Michele Malanca, Barbara Marcomini, Santo Margarone, Marco Mignani, Francesca Montali, **Cecilia Morelli***, Giuseppe Moroni, Giuseppe Munacò, Libera Notarangelo, **Laura Oddi***, Silvia Orzi, Simona Pagani, Luisa Pellegrini, Silvia Pizzi, **Isabella Raboini***, Gabriella Raise, Catia Robuschi, Saveria Romanelli, Davide Romano, Sonia Sabatino, Andrea Saccani, Massimo Salsi, Elisabetta Sartori, Umberto Scoditti, Enrico Sesenna, Enrico Maria Silini, Francesca Tanzi, Antonio Ventura, Carla Verrotti Di Pianella, Antonella Vezzani, Vincenzo Vincenti, Daniela Vitali, Piero Vitali, Daniela Viviani, Emanuela Zambenardi, Alessandra Zatti, Ivana Zavaroni

e tutti coloro che hanno contribuito a raccogliere i dati e le informazioni necessarie a supporto del gruppo di lavoro.

Si ringraziano, inoltre, l'Università degli Studi di Parma e la Facoltà di Medicina, che hanno collaborato all'elaborazione delle parti di relazione con l'Università e di quelle relative al **Contesto di riferimento**; l'Azienda Usl di Parma e, in particolare, Marella Zatelli e Letizia Ferrari per la collaborazione nella raccolta e sistematizzazione dei **percorsi elaborati in modo comune dalle due Aziende sanitarie**.

Un ulteriore ringraziamento va a Cecilia Bruschi e Marzia Fusi della Scuola in ospedale, che hanno partecipato alla stesura della sezione "**Impatto sul contesto territoriale**" del capitolo 2.

Coordinamento editoriale

Cecilia Morelli

Progetto grafico

Sabrina Capitani, Giuseppe Moroni

Divulgazione e comunicazione esterna

Massimiliano Brunetti, Patrizia Celi

Foto

Silvio Di Fazio

