Bilancio di Missione 2012

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

BILANCIO DI MISSIONE 2012

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 8

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale 11

1.4 Accordi di fornitura 17

1.5 Osservazioni epidemiologiche 18

2 Profilo aziendale 21

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale 23
- La sostenibilità economica 23
- La sostenibilità finanziaria 29
- La sostenibilità patrimoniale 30

2.2 Impatto sul contesto territoriale 35
- Impatto economico 35
- Impatto sociale e culturale 38
- Impatto ambientale 41

2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza 45
- Costo pro-capite per livello di assistenza 45
- Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro 45
- Assistenza distrettuale 46
- Assistenza specialistica ambulatoriale 47
- Assistenza ospedaliera 52
- Attività Hub 53
- Qualità dell'assistenza 68

2.4 Ricerca e didattica 72
- Attività di ricerca 73
- Attività didattica 82

2.5 Assetto organizzativo 86

3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali 95

3.1 Partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria 97

3.2 Universalità ed equità di accesso 99
- Governo delle liste di attesa 99
- Progetti ICT di Sanità On Line 102
- Assistenza odontoiatrica 103
- Programmi di screening oncologici 104
- Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto 105
- Contrastare le iniquità 110

3.3 Centralità del cittadino 116
- Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti 116
- La rilevazione della qualità percepita dai cittadini e le azioni di miglioramento 117
- Curare la relazione per prendersi cura della persona 118
- Sviluppo delle abilità di comunicazione e counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita 119
- Reti cure palliative e terapia del dolore 120

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale 122
- Gestione del rischio 122

Rischio infettivo e sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie 128
Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica e dispositivi medici 139
Accreditamento 141
Percorsi specialistici 142
Programma Stroke Care 145
Pronto Soccorso 146
Sistema delle cure in area critica 147
Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto 148
Potenziamento del sistema informatico a supporto del sistema informativo 149

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa 150
Innovazione dei processi di cura: progetto riorganizzazione per intensità di cure in Ortopedia 150
Ematologia e Trapianti di midollo osseo 152
Rete malattie rare 153
Processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa 153
Innovazione tecnologica 155

3.6 Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca 156
Comitato di Indirizzo 156
Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali 157
Le relazioni interprofessionali in area sanitaria: riscoprire la collaborazione 161
La ricerca sociale e sanitaria nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: l'esperienza di percorsi di formazione alla ricerca psicosociale 162
Il "Laboratorio per i sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi per la salute" 163

---

4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione 165

4.1 La "carta di identità" del personale 167
Analisi di genere del personale 168
Mobilità del personale 177
Pari opportunità 179

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa 180
Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione 180

4.3 Gestione del rischio e sicurezza 183
Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi 183
Sorveglianza sanitaria 184
Gestione degli infortuni 186

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali 189

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti 192
Sistema d'incentivazione del personale dirigente 192
Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto 193

4.6 Formazione 193
I dati di attività 193
Progetti principali attivati 196

4.7 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura 206

4.8 Sistema informativo del personale 208

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze 209
Relazioni sindacali 209
Libera professione 210
Gestione del contenzioso 211

4.10 Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori 211
Il nido aziendale 211
I servizi alla persona 212
Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro 212

5 Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione 215
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi 217
5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità 220
5.3 La comunicazione interna aziendale 224

6 Governo della ricerca e innovazione 227
6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione 232
Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali 238
Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie 238
Utilizzo appropriato delle innovazioni 242
6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole 246
Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica 246
Attività di formazione del personale 246
Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna 249
Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere) 251
6.3 Garanzie di trasparenza 255
Anagrafe della ricerca 255
Reportistica 256
Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico 259

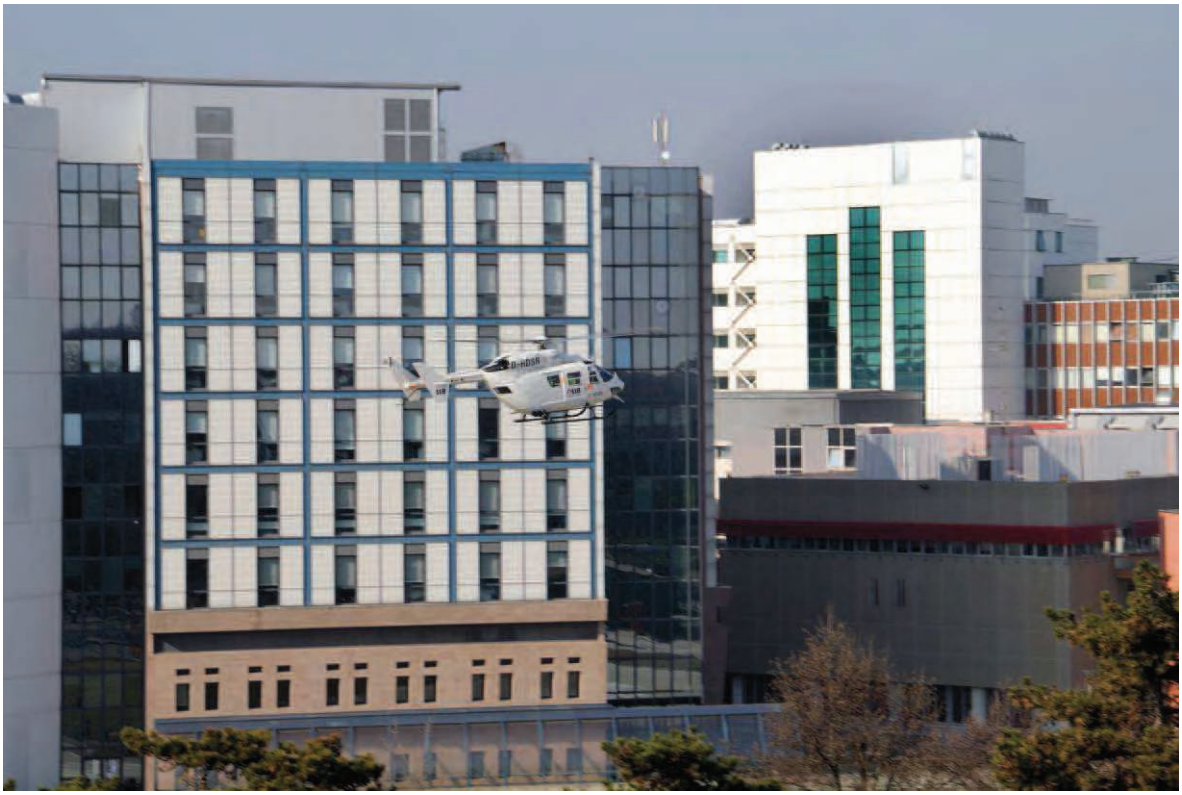
7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale. L'Ospedale dei Bambini di Parma "Pietro Barilla" 261

Conclusioni del Direttore Generale 269

Comitato di indirizzo 273

Appendice I

Ringraziamenti



Presentazione

Lo sguardo indietro che il bilancio di missione ci consente di dare al nostro immediato passato, all'anno appena trascorso, è un'opportunità per leggere il presente e per ragionare sulla prospettiva.
Ci è utile per dare valore e senso a quello che facciamo e ci viene richiesto, e per trovare e rendere condivisi segnali di vitalità e di cambiamento. Il cambiamento è essenziale nei periodi di crisi, è un'opportunità che deve essere colta, anche a costo di sacrifici.

Diversi sono stati i cambiamenti nel 2012. Uno fra tutti è rendicontato nel **capitolo 7**, per la prima volta tutto dedicato all'Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla". Una grande opportunità per l'Azienda e per la città tutta. Certamente la struttura architettonica moderna e innovativa, che dobbiamo al Gruppo Barilla e a Fondazione Cariparma e Impresa Pizzarotti, non può essere considerata un sacrificio. Al contrario si tratta di una realtà con un grande potenziale di sviluppo, come ben rappresentato nel capitolo 7 appunto. Tuttavia, la nuova struttura, operativa da Febbraio 2013, richiede alle persone e all'organizzazione capacità di cambiamento e di adattamento a nuove modalità di lavoro e a contesti diversi che rompono le routine consolidate.

Nel **capitolo 3** si dà conto anche dell'evoluzione del progetto dedicato al modello organizzativo per intensità di cura iniziato nelle unità operative di Ortopedia e Clinica Ortopedica. Riprendiamo tale tema anche quest'anno nella consapevolezza che cambiamenti organizzativi di questa portata richiedono tempo e investono la cultura stessa di un'organizzazione. In generale nel capitolo sono state mantenute le novità introdotte già lo scorso anno, ossia una presentazione più schematica dei risultati conseguiti rispetto a vari obiettivi e la riorganizzazione di alcune sezioni.
Ancora una volta, come ogni anno, nel capitolo 3 in particolare, e in altri punti del volume (tutti evidenziati opportunamente), proponiamo argomenti che sono stati redatti congiuntamente con l'Azienda territoriale per dare conto di alcuni degli ambiti di integrazione su cui stiamo lavorando.

Anche nel **capitolo 2** si conferma l'impostazione editoriale introdotta lo scorso anno, tesa ad alleggerire il testo utilizzando l'appendice per dati e tabelle utili per eventuale consultazione. È novità 2012 il tentativo di semplificare, senza perdere il necessario rigore, il paragrafo dedicato a "Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale". Il capitolo 2 è probabilmente il capitolo complessivamente più arduo del volume proprio per la sua caratteristica di presentare dati di attività e produzione e dati economici o di efficienza gestionale, valori di riferimento e di confronto regionale utilizzando indicatori e grafici e contenuti spesso fortemente tecnici.

In questi capitoli, si concentrano la maggior parte delle informazioni di inquadramento relative alle funzioni di assistenza, ricerca e didattica, nonché i percorsi di integrazione con l'Università e l'Azienda USL di Parma, interlocutori imprescindibili.

Il **capitolo 1** considera, invece, prevalentemente il contesto in cui l'Azienda opera. Fra i diversi aspetti vengono richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma attraverso quattro Dipartimenti, che costituiscono oggi la Facoltà, nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine. Anche in questo capitolo si conferma quanto già sviluppato lo scorso anno, cercando 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, in quanto il portale è ricco e aggiornato e può fornire spunti e chiavi di lettura ben oltre la parte normativa.

Gli altri capitoli del volume sono di fatto capitoli tematici, in cui il lettore interessato può trovare approfondimenti mirati su temi centrali per la nostra organizzazione: il capitale umano (nel capitolo 4), le strategie di comunicazione (nel capitolo 5) e l'attività di ricerca (nel capitolo 6).
Al contesto di lavoro e alle persone che svolgono la propria attività all'interno dell'Azienda è dedicato il **capitolo 4**. Nel capitolo trova illustrazione, 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).
La comunicazione, testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda e strumento di comprensione della struttura ospedaliera, è il tema caratterizzante il **capitolo 5**. Vengono qui riprese fra l'altro diverse

attività, presentate nei capitoli 3 o 7, dal punto di vista degli eventi comunicativi che le hanno caratterizzate.
Il **capitolo 6** illustra, in modo puntuale e con una forte attenzione per le linee strategiche di sviluppo della funzione, le attività di ricerca portate avanti nel 2012 dai professionisti dell'Azienda e le iniziative attuate per lo sviluppo delle competenze connesse alla ricerca e all'innovazione.

Come ogni anno, l'intento di queste note è quello di facilitare la comprensione della complessa e articolata realtà dell'Azienda attraverso il Bilancio di missione.
Certamente voluminosità e complessità del documento possono disincentivare la lettura.
È bene considerare il documento come strumento di consultazione, utile fonte sull'attività, sulle caratteristiche e sul funzionamento dell'Ospedale, sfruttandone il formato elettronico per effettuare letture trasversali, per temi di interesse o per parole chiave.
Ricordiamo che per contattare l'Azienda è disponibile l'indirizzo bilanciodimissione@ao.pr.it, al quale si possono inviare considerazioni, suggerimenti o indicazioni.

È necessario, infine, porgere un sentito ringraziamento alle persone che operano quotidianamente e che mettono in gioco le proprie competenze e il proprio spirito di servizio e a coloro che sono dietro alle tante parole, numeri e informazioni presenti su questo volume.

Leonida Grisendi
Direttore Generale

1 Contesto di Riferimento

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

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

La foto di Palazzo Ducale proviene dal sito www.starhotels.com: la foto appartiene al suo autore.

Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Ancor prima che uno strumento di comunicazione, il Bilancio di Missione è un vero e proprio strumento di governance organizzativa, funzionale al monitoraggio e al rafforzamento della relazione tra l'ospedale e i cittadini, veri destinatari delle scelte politiche e delle azioni di cura che ne conseguono. L'indirizzo strategico e gli strumenti di governance, adottati dal Direttore Generale, non possono prescindere, e trovano fondamento nei Decreti Legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993, e dall'assunzione delle disposizioni normative che delineano la cornice entro la quale l'azienda deve operare.
Il documento vuole essere un contributo alla responsabilità e trasparenza, favorendo una percezione corretta del valore creato in azienda e promuovendo, contestualmente, una modalità organizzativa sempre più improntata all'ascolto delle istanze e dei bisogni dei propri utenti, a cui siamo chiamati a rispondere con responsabilità ed impegno costante.
Si ritiene utile, per descrivere lo scenario in cui si opera, aprire il Bilancio di Missione con l'esplicitazione narrata degli atti più significativi emanati che rappresentano l'interpretazione e la declinazione operativa della politica sanitaria dell'Alta Direzione.
L'anno 2012 rappresenta una nuova tappa del dialogo che questo ospedale ha avviato con i propri utenti e stakeholder - per il futuro, si ritiene necessario governare l'ospedale attraverso ulteriori sforzi congiunti, così da poter garantire ancora una sanità gratuita a tutti i cittadini così come prevede la Carta Costituzionale all'art. 32 - nonostante il ridimensionamento economico - imposto dalle diverse e recenti disposizioni normative, nazionali e regionali.
In effetti, si può affermare che l'anno 2012 è caratterizzato, prima di ogni altra cosa, da una riduzione significativa delle risorse economiche messe a disposizione delle aziende sanitarie italiane e la sfida è quella di continuare a garantire una buona sanità pubblica fruibile da tutti i cittadini, resa sostenibile sotto il profilo economico.
Il permanere della grave situazione della finanza pubblica italiana, ha imposto una imprescindibile necessità di ottimizzare la spesa e ha trovato conferma in una serie di provvedimenti emanati nel corso dell'anno 2012, in linea di continuità con quanto previsto dal D.L. n. 138 del 2011 e convertito nella legge n. 148/2011. Tale legge ha presagito, a partire dal 2012 fino al 2016, una serie di azioni volte alla riduzione delle spese dei Ministeri, compreso quello della Salute.
Il D.L. n. 52 del 7 Maggio 2012, convertito nella legge n. 94/2012 *"Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica"* per coordinare l'attività di approvvigionamento di beni e servizi da parte delle Pubbliche Amministrazioni e il D.L. n. 95 del 6 Luglio 2012, *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"* (Spending Review), contengono norme volte alla riduzione della spesa delle amministrazioni pubbliche in generale, ma anche disposizioni urgenti per il raggiungimento del governo della spesa sanitaria e dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.
L'azione che si vuol perseguire è quella del consolidamento dell'economicità, della governance del sistema sanitario e di affermazione, su tutto il territorio nazionale, del principio di efficienza e appropriatezza in ambito di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca.
L'azienda, come mai prima d'ora, è stata chiamata a esercitare in un quadro normativo e istituzionale particolarmente articolato e complesso, che condiziona sensibilmente le scelte di politica sanitaria.
L'assetto di questa azienda è inteso come contesto dove i Dipartimenti Sanitari e le altre Strutture operative non sanitarie sono partecipi del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, creando un clima che promuove ricerca dell'eccellenza in ogni ambito professionale.
Si parte dall'assunto che l'organizzazione deve essere funzionale al soddisfacimento dei bisogni espressi dal cittadino-utente, cercando una sintesi fra le diverse e complementari mandati aziendali.
Negli atti emanati dall'Alta Direzione, vi è sotteso l'obiettivo principe di far funzionare al meglio i processi, in virtù dell'azione sinergica di una molteplicità di professionisti, onde promuovere miglioramento continuo, avvalendosi delle coordinate e dei valori descritti nell'Atto Aziendale e volti essenzialmente a:

- considerare il paziente al centro di tutti i processi decisionali e organizzativi;
- migliorare l'integrazione delle diverse componenti dell'azienda;
- innovazione proattiva;
- rafforzare la cultura della sicurezza e della qualità delle cure erogate;

- valorizzare le risorse umane, attraverso la promozione continua della formazione e aggiornamento professionale.

Di seguito sono richiamate alcune delibere del Direttore Generale relative al 2012 che toccano alcuni dei molteplici aspetti gestionali dell'ospedale.
Per quanto attiene la consultazione e l'approfondimento delle disposizioni nazionali e regionali più significative e di recente emanazione, nella loro versione integrale, si rinvia al Portale del Servizio Sanitario Regionale, alla sezione interamente dedicata alla legislazione, il cui indirizzo è: http://www.saluter.it/documentazione/leggi.
E' possibile consultare i Bilanci di Missione, relativi agli anni precedenti, nel sito aziendale, all'indirizzo: http://www.ao.pr.it/azienda/bilancio-missione/bilancio-missione.htm.

Deliberazione del Direttore Generale 7 Maggio 2012, n. 110 "Approvazione dell'accordo di programma tra Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, Università degli studi di Parma e Fondazione Don Carlo Gnocchi per la realizzazione di un "Centro territoriale per la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria"
Dal punto di vista epidemiologico, l'incidenza delle malattie cardiovascolari rappresenta uno dei fenomeni più rilevanti e la prevenzione è un elemento determinante. L'istituzione del "Centro territoriale per la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria", unico nel territorio, si propone di elaborare e realizzare un programma di prevenzione delle malattie cardiovascolari con lo scopo primario di ridurre l'incidenza di morbilità e mortalità. Per lo sviluppo e l'implementazione di questo progetto è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro. Il progetto si pone come obiettivi specifici: la realizzazione di interventi di prevenzione primaria; la limitazione delle conseguenze della malattia cardiovascolare; il miglioramento globale della capacità funzionale e del grado di autonomia, di indipendenza e di qualità della vita; il reinserimento lavorativo; la riduzione del rischio di successivi eventi cardiovascolari, del rischio di progressione nel processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante, del rischio di deterioramento clinico, fino ad arrivare allo scompenso grave. Tale delibera si ascrive nella cornice del Protocollo d'intesa Regione/Università, a pag. 10 del documento viene citato l'Accordo di Programma ai sensi del D.Lgs 517/99.

Deliberazione del Direttore Generale 11 Maggio 2012, n. 114 "Istituzione della struttura complessa a direzione ospedaliera "Pediatria Generale e d'Urgenza"
Si è ritenuto di prevedere una nuova articolazione organizzativa per governare al meglio i percorsi clinici dei bambini provenienti dall'accettazione pediatrica e dal Pronto Soccorso, approfittando dell'opportunità offerta dalla costruzione del Nuovo Ospedale dei Bambini. L'istituzione della Pediatria Generale e d'Urgenza permette di potenziare, migliorandola, l'offerta assistenziale attraverso, anche, l'integrazione multidisciplinare e interprofessionale. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla lettura del cap. 7 del documento, interamente dedicato alla presentazione dell'Ospedale dei bambini "Pietro Barilla".

Deliberazione del Direttore Generale 30 Maggio 2012, n. 133 "Recepimento dell'Accordo Quadro per la disciplina delle relazioni tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord ai sensi della deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 927 in data 27 giugno 2011"
La deliberazione regionale citata al paragrafo 5 prevede che vengano individuate le modalità organizzative e gestionali delle Aree Vaste. Si ritiene l'Area Vasta quella la cui dimensione è strategica e ottimale dal punto di vista operativo, per la programmazione integrata dei servizi e la gestione unitaria di specifiche attività amministrative, tecniche, sanitarie e assistenziali, in un'ottica di efficienza e di coerenza nella progettazione, organizzazione, gestione e produzione dei servizi sanitari e delle attività di ricerca. Si ritiene che l'Area Vasta favorisca sinergie e condivisione dei processi e delle risorse delle aziende, incrementandone la qualità e promuovendo il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Deliberazione del Direttore Generale 22 Giugno 2012, n. 170 "Approvazione dell'accordo tra l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma per l'istituzione e l'attivazione della Scuola di Odontoiatria e l'utilizzo dei relativi spazi finalizzati alle attività istituzionali"
L'Università ha come fini primari la promozione, l'elaborazione e la diffusione del sapere scientifico mediante l'esercizio della ricerca, dell'insegnamento, dello studio al servizio della società; l'Azienda

Ospedaliero – Universitaria di Parma garantisce la funzione di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione per migliorare lo stato di salute della collettività
Questa delibera rappresenta un ulteriore modello operativo verso l'integrazione e la collaborazione dell'attività di didattica e di ricerca e l'attività assistenziale, condividendo anche spazi architettonici comuni.

Deliberazione del Direttore Generale 8 ottobre 2012, n. 256 "Progetto pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking"
Attraverso questo progetto, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità, l'Azienda propone un percorso formativo rivolto agli operatori sanitari abitualmente coinvolti nell'assistenza delle donne vittime di violenza, in particolare medici e infermieri del Pronto Soccorso, dell'Ostetricia e Ginecologia, insieme agli operatori delle forze dell'ordine e del Centro Antiviolenza.
Il percorso formativo si è snodato in 10 eventi e si pone l'obiettivo di affrontare il fenomeno stalking, di sensibilizzare e fornire contenuti e strumenti utili durante la prima assistenza alle donne vittime. Il progetto ha avuto il patrocinio del Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda e dall'Associazione Italiana Donne Medico. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla lettura del paragrafo 3.2 del documento,"Universalità ed equità di accesso".

Deliberazione del Direttore Generale 29 ottobre 2012, n. 276 " Presentazione progetto di Servizio Civile Nazionale per l'impiego di volontari: Curare la relazione per prendersi cura della persona – 2012"
Il progetto si inscrive in un disegno più ampio in cui l'Azienda promuove una serie di attività formative e organizzative che si propongono di dare un volto sempre più umano all'ospedale, attraverso il ripensamento del concetto stesso di salute che tiene in debita considerazione i problemi di salute di carattere squisitamente fisico, ma anche quelli riconducibili alla sfera psichica e sociale, riconoscendo che gli uni condizionano fortemente gli altri in un connubio inscindibile. Il progetto si propone, attraverso l'azione di giovani che svolgono il Servizio Civile di migliorare la relazione e superare il senso di solitudine negli anziani ricoverati. Il progetto ha previsto un percorso formativo dei volontari e si svolge nella struttura aziendale Lungodegenza Critica che si caratterizza per la cura di pazienti anziani particolarmente fragili a causa della contestuale presenza di più malattie cronico-degenerative, disabilità, limitate riserve funzionali, depressione e minore capacità di recupero. L'opera del volontario di Servizio Civile si propone, attraverso diverse iniziative svolte con il singolo anziano o in gruppo, di superare il senso di solitudine o di noia che può sopraggiungere durante la degenza in ospedale. L'influenza dell'ambiente, come numerosi studi hanno provato, evidenzia che, se adeguato, può rivelarsi strategicamente terapeutico per il benessere psichico ed il recupero dell'anziano ricoverato e questo è vero, soprattutto, se l'ambiente offre un supporto relazionale continuativo, adeguato e soddisfacente.

Deliberazione del Direttore Generale 7 Novembre 2012, n. 282 "Convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpigli per attività di raccolta, bancaggio e rilascio di unità di sangue cordonale"
Il sangue di cordone ombelicale, di seguito denominato SCO, costituisce una valida alternativa trapiantologia per tutti quei pazienti in attesa di trapianto che non riescono a reperire un donatore compatibile attraverso i registri nazionali e internazionali di midollo osseo. Con questa convenzione l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma si avvale dei servizi offerti dalla Banca Regionale del Sangue Cordonale presso l'Ospedale S. Orsola Malpigli, riconosciuto come centro Hub. I servizi offerti sono quelli relativi alla formazione, tutoraggio e aggiornamento del personale sanitario e servizi di raccolta, manipolazione, bancaggio, caratterizzazione, tipizzazione, conservazione e distribuzione di unità di SCO. Il programma, a cui l'azienda partecipa, si propone di promuovere, attraverso la sensibilizzazione e formazione, la donazione del SCO da parte delle partorienti. Si è pensato di rinnovare l'accordo di collaborazione che è a titolo volontario e gratuito.

Deliberazione del Direttore Generale 21 Dicembre 2012, n. 323 "Recepimento dell'accordo tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL dell'AVEN con L'Hub Verdi di Villanova D'Arda (AUSL PC) e l'Hub Rehabilitation Institute di Montecatone (AUSL IMOLA)"
La riabilitazione e la qualità degli esiti dei pazienti con gravi mielolesioni migliora quando viene effettuata in centri ad elevata dotazione tecnologica e organizzativa. Nella delibera della Giunta Regionale n. 136 del 11.02.2008 vengono definite le Linee Guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione

delle gravi mielolesioni e identificate le strutture con funzioni Hub, al fine di qualificare l'assistenza mediante la concentrazione della casistica complessa, ritenendo che questo tipo di organizzazione innalzi il livello di efficacia ed efficienza. L'Azienda, mediante questo atto, ha ritenuto di continuare ad avvalersi dei centri riabilitativi Hub per offrire ai pazienti un'assistenza riabilitativa altamente qualificata.

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

Nell'anno 2012 l'Ateneo di Parma è stato rimodulato a seguito dell'entrata in vigore della legge 240/2010 legge "Gelmini". In questo mutato contesto la Facoltà di Medicina e Chirurgia è oggi costituita da quattro Dipartimenti:

- Medicina Clinica e Sperimentale,
- Neuroscienze,
- Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali,
- Scienze Chirurgiche.

La rimodulazione ha riguardato sostanzialmente solo aspetti organizzativi essendo di fatto invariate le funzioni didattiche, di ricerca ed assistenziali.
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 attraverso i quattro Dipartimenti sopra menzionati nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.
Per quanto riguarda i Corsi di laurea, attualmente sono in essere 15 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 1 di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, 9 triennali delle professioni sanitarie (Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Ortottica ed Assistenza Oftalmologica, Ostetricia, 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 è pari a 3846 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 42 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 D.M. 1 agosto 2005, attualmente le Scuole autonome sono 16; 5 sono le Scuole aggregate la cui sede amministrativa è Parma e 19 le Scuole aggregate aventi come sede amministrativa un altro Ateneo. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'anno 2011/2012 è pari a 529 come declinato nei successivi capitoli 2.4 e 3.6. Per quanto concerne l'A/A 2012/2013, l'assegnazione dei contratti di formazione alle Scuole di Specializzazione è stata determinata a seguito dell'emanazione del D.M. del 24 aprile 2013 che ha stabilito la data di inizio delle attività didattiche all'8 agosto 2013. Il concorso per l'ammissione dei medici in formazione specialistica ai corsi dell'A/A 2012/2013 viene svolto circa alla metà del mese di luglio.
Per quanto riguarda i Corsi di dottorato post-laurea sono attivi 16 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 2012 ne sono attivi 13 con un numero complessivo di partecipanti pari a 164. Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento. Nell'anno 2012 ne sono attivi 16 con un numero complessivo superiore a 500 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 5.000.
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.
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. il mantenimento degli attuali Corsi di Laurea;
2. il mantenimento degli attuali 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 S.S.R. e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento;
- una revisione dell'offerta formativa e una rimodulazione organizzativa di tutti i Corsi di laurea alla luce di quanto disposto dal sistema AVA - ANVUR, con l'intento della semplificazione, razionalizzazione, migliore utilizzo del corpo docente ed incremento della qualità e 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 di Area Medico-Chirurgica, 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, si rappresenta nell'ambito del complessivo numero dei docenti afferenti ai Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica, l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale nell'anno 2012 presso 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 i Dipartimenti Universitari di Area Medico-Chirurgica alla data 31.12.2012

Facoltà	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Assistenti ordinari
Personale docente afferente ai DU di Area Medico-Chirurgica	53	71	97	1
di cui inseriti in attività assistenziali nei DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	32	48	63	0

Tabella 2 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2012 afferenti ai DU di Area Medico-Chirurgica

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
2012	0	0	2	0	2	0	0	0

Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2012 afferenti ai DU di Area Medico-Chirurgica inseriti in attività assistenziale presso i DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Anno	Prima fascia		Seconda fascia		Ricercatori universitari		Assistenti ordinari	
	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale
2012	0	0	0	0	2	0	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'utilizzazione 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 ortogeriatrica 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;
- Accordo di Programma tra l'Azienda USL di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Università degli Studi di Parma e la Fondazione Don Carlo Gnocchi per la realizzazione di un "Centro Territoriale per la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria".

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale (SSR) 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 142 docenti universitari (di cui 22 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 83 professionisti del S.S.R (76 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 (20 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 4 dell'Azienda Usl di Parma, 8 dell'Azienda USL di Piacenza) cui si aggiungono circa 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 inoltre 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 2011/2012 n. 217 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*.

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 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 stata rinnovata la convenzione con la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Parma per quanto attiene la Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera ed è attiva 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, nel periodo antecedente il 2012, sono state stipulate 24 convenzioni con atenei nazionali che prevedono la messa a disposizione del personale e delle strutture aziendali per i diversi tirocini degli studenti e dei laureati.

Di seguito, sono elencate le convenzioni stipulate nel corso del 2012 che completano il quadro dell'offerta formativa relativa ai tirocini e ad altre forme di didattica integrativa.

- convenzione con l'Università di Bologna, Consorzio Alma, per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo del Master in Gestione delle Risorse Umane della Facoltà di Economia;
- convenzione con l'Università Telematica San Raffele di Roma, per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo e orientamento;
- convenzione con l'Università di Verona, per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo e orientamento;
- convenzione con l'Università di Milano, Corso di Laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche, per lo svolgimento di attività di tirocinio formativo e orientamento;
- convenzione con l'Università degli Studi dell'Insubria di Varese, 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 2012 del Piano sociale e sanitario regionale.

Dall'analisi del tasso di ospedalizzazione standardizzato (compresa la mobilità passiva extraregionale 2012 e considerando complessivamente regime ordinario e day hospital) emerge che la provincia di Parma, presenta nel triennio un trend in decremento attestandosi, nel corso del 2012, su valori di 172 per mille abitanti (tabella 4 e grafico 1). Si registra infatti un lieve decremento sul regime di DH, che passa da 47 del 2011 a 44 del 2012, ma un aumento di 2 punti sulla degenza ordinaria. Per entrambi i regimi si osserva un valore superiore alla media regionale.

La media regionale, che complessivamente si abbassa di 6 punti rispetto al 2011, presumibilmente risente della contrazione di posti letto nelle province colpite dal terremoto (la riduzione più significativa del tasso di ospedalizzazione si riscontra infatti nelle province di Modena e Reggio Emilia e Ferrara). 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 57% della popolazione parmigiana, tabelle 5 e 6) con un valore in incremento del 7% rispetto agli anni precedenti e con una corrispettiva riduzione della percentuale di coloro che si rivolgono alle strutture ospedaliere pubbliche e private della provincia di Parma (-7%); l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma rimane superiore (15%) a quella rilevata a livello regionale dove rappresenta il 10% dei ricoveri (grafici 2 e 3). 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 (12,7%) della media regionale (19%).

Tabella 4 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2010-2012

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	
2010	131	24	26	49	180	131	21	23	44	175
2011	126	23	25	47	173	128	20	22	42	170
2012	128	20	24	44	172	125	19	19	38	164

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna.
Note: I dati sono comprensivi del 13° invio regionale.
Sono esclusi i neonati sani. Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2012 in contestazione.
La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2010.
I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2013.

Grafico 1 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione, anni 2011-2012

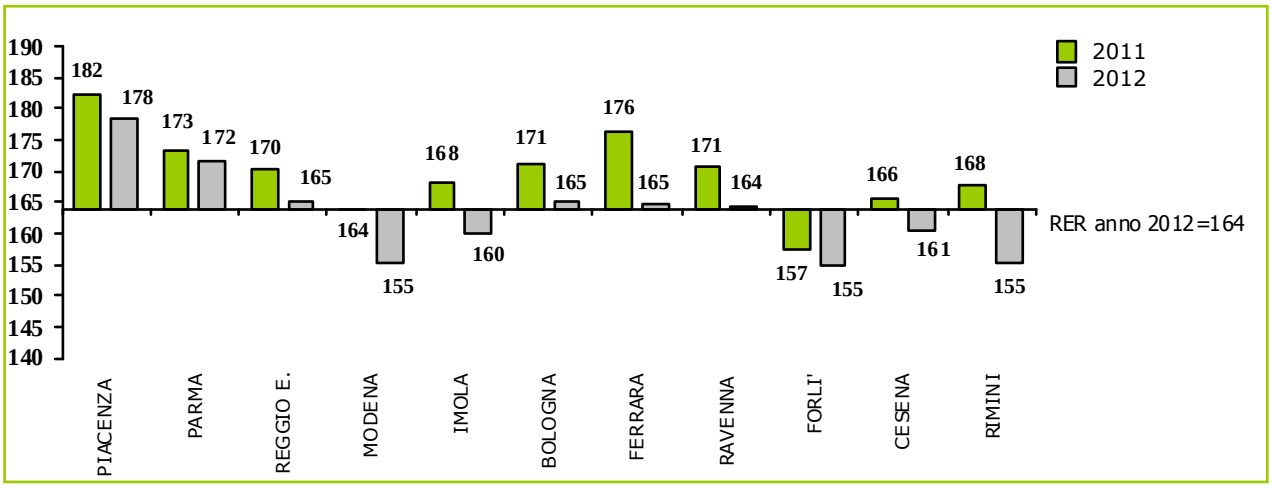


Tabella 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2010-2012

Anno	% ricoveri presso presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso presidi AOU di Parma	% totale ricoveri entro la provincia	% ricoveri in altre province RER		% ricoveri fuori regione (ANNO 2010)	% totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2010	18	18	50	86	5	0,6	8	100
2011	18	19	50	87	5	0,6	8	100
2012	16	15	57	87	5	0,7	7	100

Fonte: Banca dati SDO - 13° invio.
Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.
Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2012 in contestazione.

Tabella 6 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anno 2012 - 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
16	15	57	5	0,7	7		44	10	28	10	3	6

Fonte: Banca dati SDO - 13° invio.
Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.
Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2012 in contestazione.

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2012

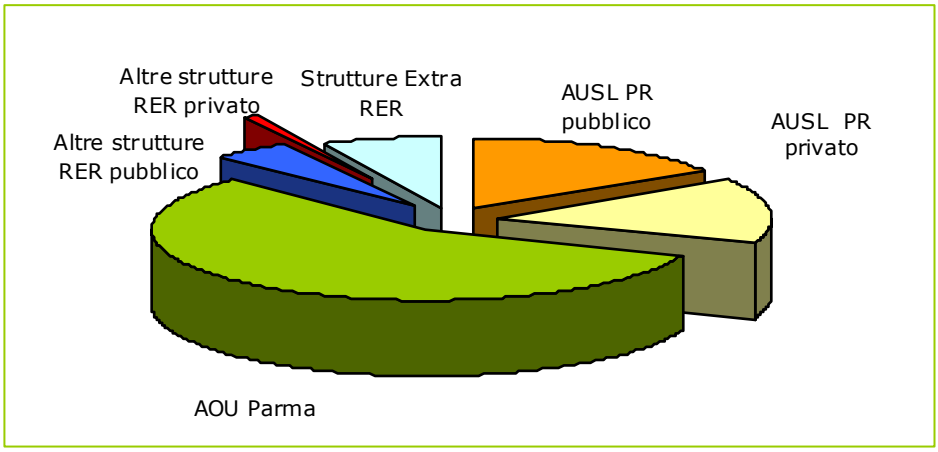
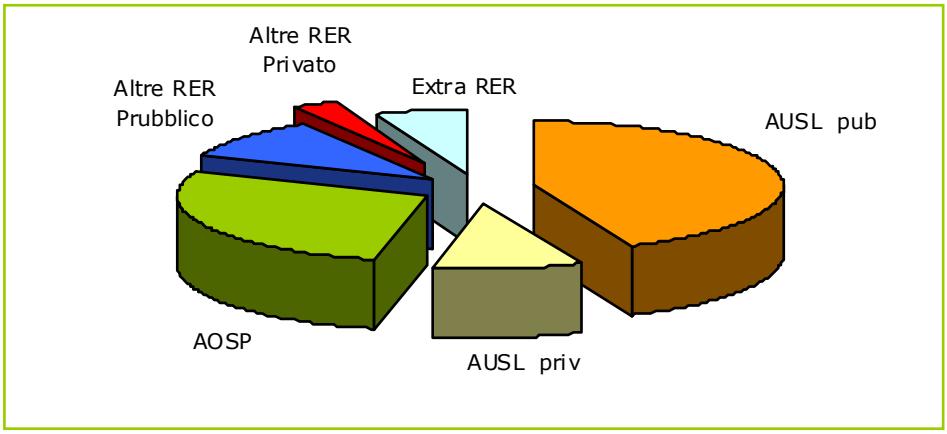


Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2012



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 2012 ha mantenuto sostanzialmente stabile l'indice di attrazione rispetto agli anni precedenti. Permane, invece, una tendenza al decremento a livello delle aziende ospedaliere della regione che, nel corso del triennio, passano da 16,6% di pazienti provenienti da altre regioni a 15,6% (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 2010-2012

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
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
2012	AOU PR	47,8	31,2	10,7	10,2
	AOSP RER	44,8	30,1	9,6	15,6

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 2012

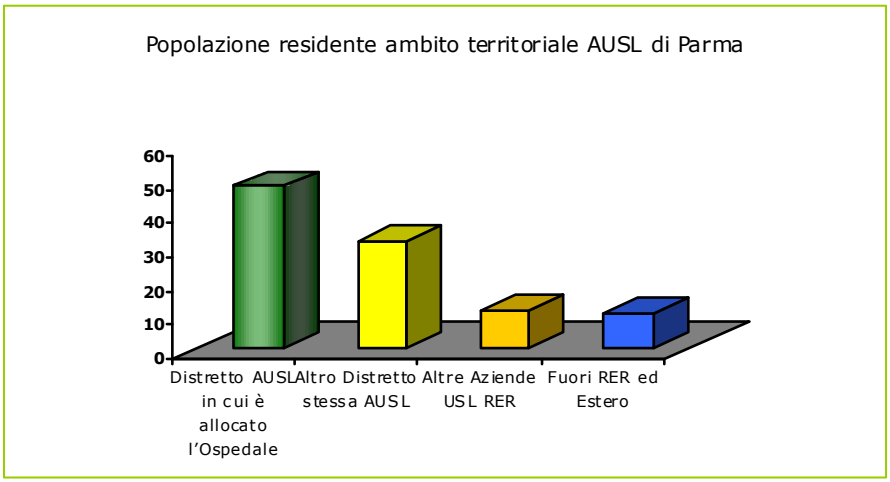
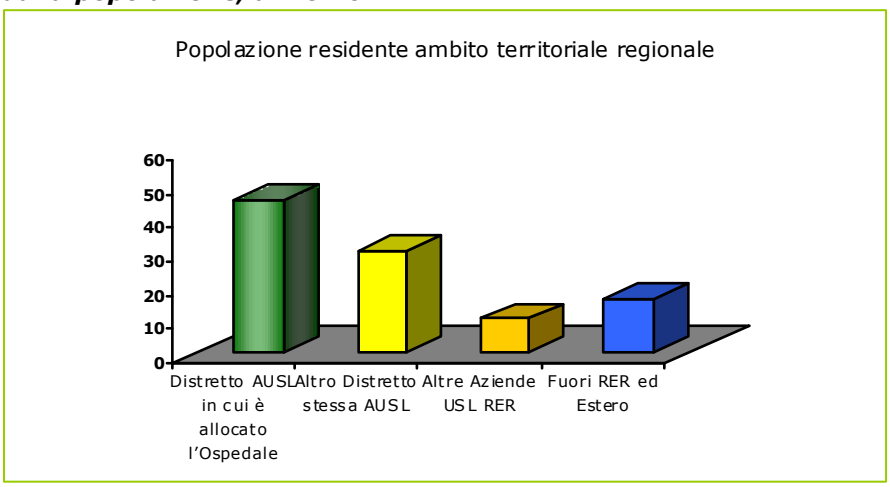


Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2012



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 2010-2012

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
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
2012	PR	1.376	8.596	384	499	1.425	12.280	3.684
	RER	1.465	10.753	413	457	1.356	14.444	3.691

Fonte: Banca dati ASA
Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2012
Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2012

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2012

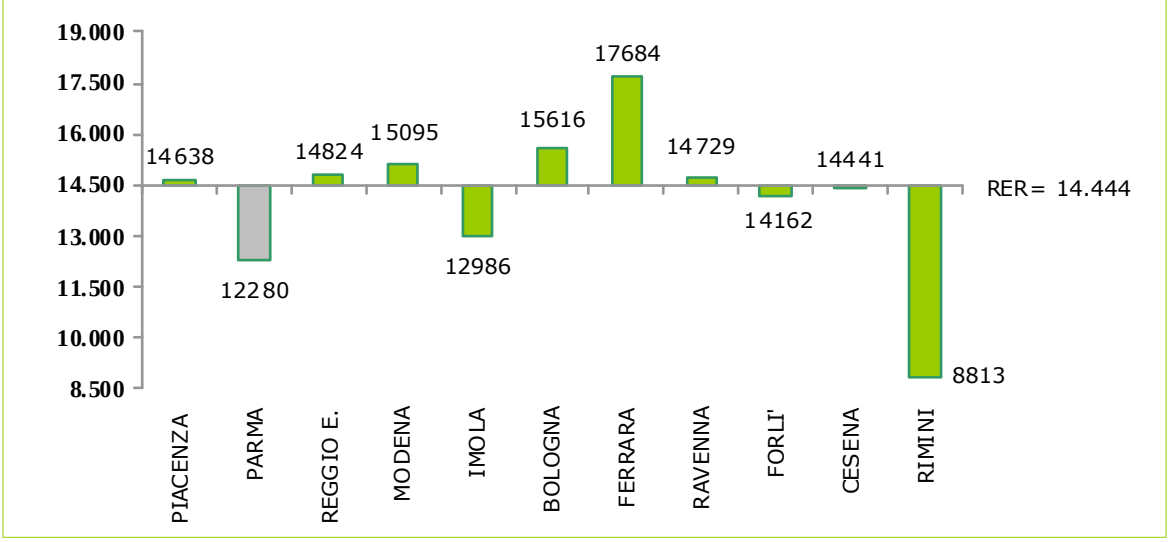
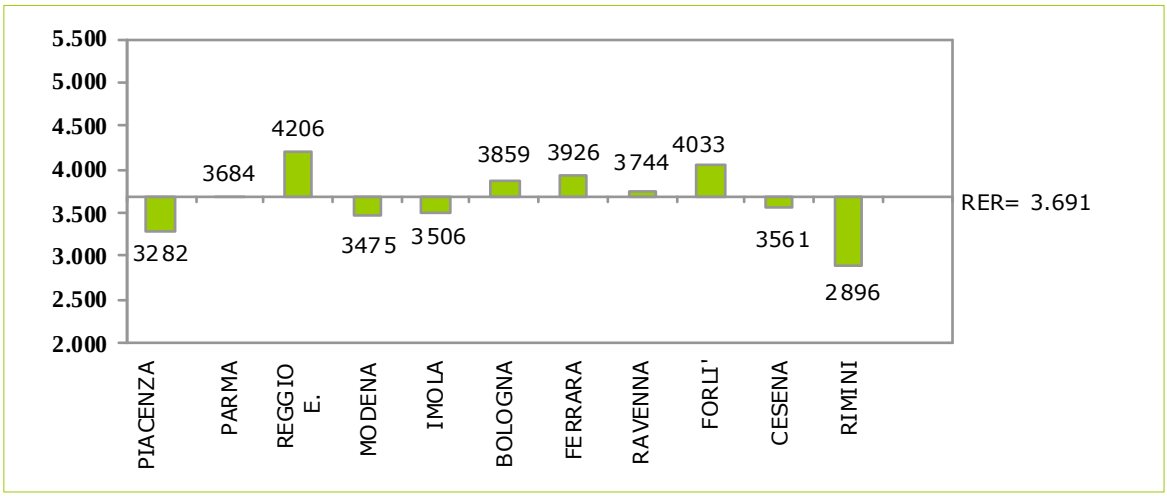


Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2012



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 40% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti (escluso l'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda Usl), contrariamente al dato medio regionale, in cui le Aziende Usl emergono come i maggiori erogatori a favore dei cittadini residenti (64,5% 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 50% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto (tabella 10 e grafico 10).

Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2010-2012

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda ospedaliera che insiste sul territorio	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2011)
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
2012	PR	51,2	39,9	3,1	5,8
	RER	64,5	22,3	7,4	5,9

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 2011

Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2012

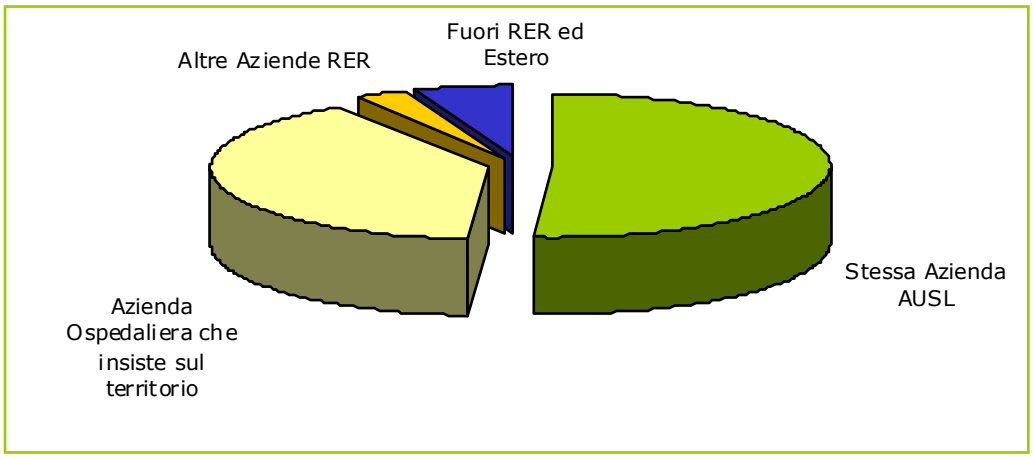


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2012

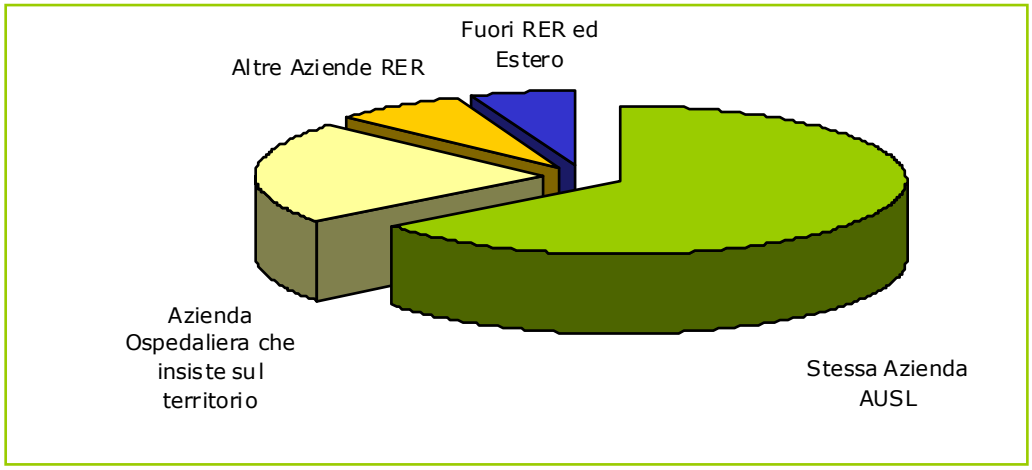


Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2010-2012, tutte le prestazioni

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
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
2012	AOU PR	50	28	10	11,6
	AOSP RER	48	33	8,6	10,4

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 2012

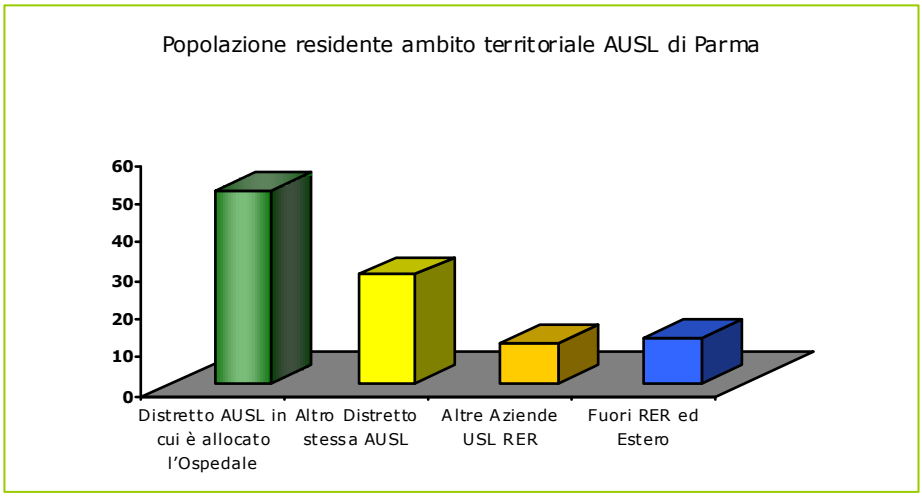
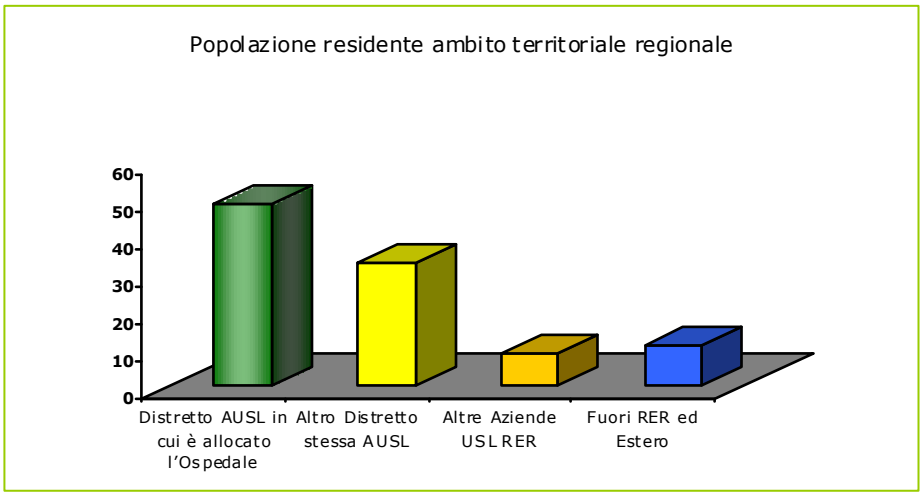


Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2012



1.4 Accordi di fornitura

Nel corso del 2012, sono stati stipulati accordi di mobilità extraprovinciali con le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna formalizzati generalmente sulla base delle "Linee guida per gli accordi economici su mobilità attiva extraprovinciale delle Aziende ospedaliere" trasmesse dalla Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.
Le indicazioni contenute nelle linee guida, in osservanza della DGR 732/2011, fanno riferimento all'obbligatorietà di prevedere accordi tra aziende erogatrici di prestazioni sanitarie ed aziende committenti per volumi di scambio relativi all'attività di ricovero (attività effettivamente erogata, nel 2012, per AUSL di altre Provincie RER euro 27.069.472; attività riconosciuta a seguito degli accordi extraprovinciali euro 26.467.987).

1.5 Osservazioni epidemiologiche

Attività hub

Il modello hub and spoke rappresenta una modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle Reti integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub).
Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il piano sanitario 1999-2001 (DGR 22/7/2002 N. 1267) riconosce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.
Nella tabella seguente sono riportate le reti ufficialmente riconosciute dalla Regione Emilia-Romagna, alle quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma contribuisce attraverso l'attività di funzioni hub di riferimento per un ampio bacino d'utenza, prevalentemente dell'area vasta Emilia nord (Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena).

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

Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Trapianti Organo	Nefrologia, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo (Rene - Rene e Pancreas - Rene da vivente) Ematologia e C.T.M.O. (Midollo osseo)	Rianimazione	Il bacino d'utenza è nazionale. Esiste infatti una lista d'attesa unica regionale per i Trapianti Renali da donatore cadavere, coordinata dal Centro Riferimento Trapianti della RER, a cui afferiscono residenti e non della Regione. Le iscrizioni in lista presso il Centro Trapianti di Parma, sono al 31/12/2012 (ultimo dato disponibile) 378 di cui 38% residenti in Emilia Romagna ed il 62% fuori regione. Il dato regionale al 31/12/2012 e di 1171 pazienti di cui il 44% residenti e il 56% fuori regione. L'AOU di Parma è Centro di riferimento per i trapianti di rene, rene-pancreas e midollo osseo.
Terapia delle Grandi Ustioni	Centro Ustioni	Dipartimento Emergenza-Urgenza	All'interno della Rete integrata Regionale per la Terapia delle Grandi Ustioni, si inserisce l'attività HUB del nostro Centro Ustioni il cui Bacino d'utenza è relativo alle province di PC, PR, RE, MO e si completa nel Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi (SIAT). La funzione di assistenza ai Grandi ustionati nell'ambito della Regione è presente solo a Parma e Cesena
Malattie Cardiache e Cardiochirurgia	Cardiochirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/ Interventistica)	Altre Unità Operative del Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività HUB per la funzione Cardiochiurgica e di Cardiologia interventistica e diagnostica sono quelle delle province di PR e PC. Attraverso le Unità operative dell'area cuore del Dipartimento Cardio-polmonare, l'azienda è centro riconosciuto per il trattamento delle malattie cardiache.
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. 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.
Terapia dei Grandi Traumi	AOU 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 con 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
Assistenza integrata alla persona colpita da Ictus	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma quale Centro autorizzato all'utilizzo della terapia trombolitica		L'AOU 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.

Terapia Intensiva Neonatale	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. Il bacino d'utenza è relativo alle province di Parma e Piacenza.
Sistema Trasfusionale-Piano Sangue		Servizio Immunotrasfusionale	
Servizi di Genetica Medica	Genetica Medica - Laboratori di Genetica Molecolare	Genetica Medica-Laboratori di Citogenetica - Servizi clinici di Genetica Medica e di Genetica Oncologica	L'aspetto tecnologico qualitativamente elevato, (laboratori di Genetica molecolare), conferisce all'Azienda un ruolo Hub per la diagnosi di malattie rare, attraverso la struttura di Genetica medica, il cui bacino territoriale si estende alle province di PC e PR.
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

Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Alte specialità riabilitative:			
Riabilitazione gravi mielolesioni		Medicina Riabilitativa	L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entra nella rete integrata dei servizi anche con funzione di 2° livello (spoke), relativamente alla riabilitazione delle persone con grave cerebrolesione acquisita (progetto GRACER) e delle persone affette da gravi mielolesioni, funzione realizzata da strutture riabilitative di tipo intensivo (Medicina Riabilitativa). Inoltre, partecipa quale Polo tecnologico multifunzionale (Centri H/S) per le disabilità infantili, alla presa in carico delle gravi disabilità motorie dell'età evolutiva attraverso il Centro regionale per la Spina Bifida.
Riabilitazione gravi cerebrolesioni acquisite		Medicina Riabilitativa	
Riabilitazione gravi disabilità neuromotorie età evolutiva		Centro Spina Bifida	
Malattie Rare: l'AOU di Parma è inserita nella rete regionale per l'assistenza delle malattie rare, attraverso i Centri di riferimento identificati dalla Regione Emilia-Romagna per la diagnosi e la cura delle malattie rare (l'elenco nazionale ne prevede circa 600)			
Malattie rare pediatriche		Trasversale sulle Unità Operative autorizzate alla gestione e presa in carico delle patologie rare pediatriche (di cui all'allegato della DGR 1897/2011)	La DGR 1897/2011 stabilisce la realizzazione della rete di assistenza ai pazienti con malattie rare in età evolutiva di cui fornisce un dettagliato elenco, per le quali l'AOU di Parma è stata individuata quale centro Spoke all'interno della rete assistenziale
Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite	Centro Emostasi, UO Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo		La nostra Azienda svolge un 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 della nostra Azienda 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.
Fibrosi Cistica	Clinica Pediatrica - Struttura Semplice per la Fibrosi Cistica	DipartimentoTesta-Collo (U.O. ORL) Scienze Radiologiche Patologia e Medicina di Laboratorio Clinica Pneumologica	Con deliberazione successiva a quella del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, nel marzo del 2006 (DGR395/2006), 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 (ORL, Scienze Radiologiche, Patologia e Medicina di Laboratorio e Clinica pneumologica). Il bacino di riferimento è rappresentato dai territori di PR, PC, RE e BO.
Sindrome di Moebius	DipartimentoTesta-Collo (U.O. DI Chirurgia Maxillo-Facciale)		Nel 2011 (D.G.R.3640 /2011) viene aggiornata la rete regionale per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare e l'AOU di Parma, Facciale viene individuata come Centro autorizzato per l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

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 grafici e tabelle relativi agli 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**]
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.

2 Profilo aziendale

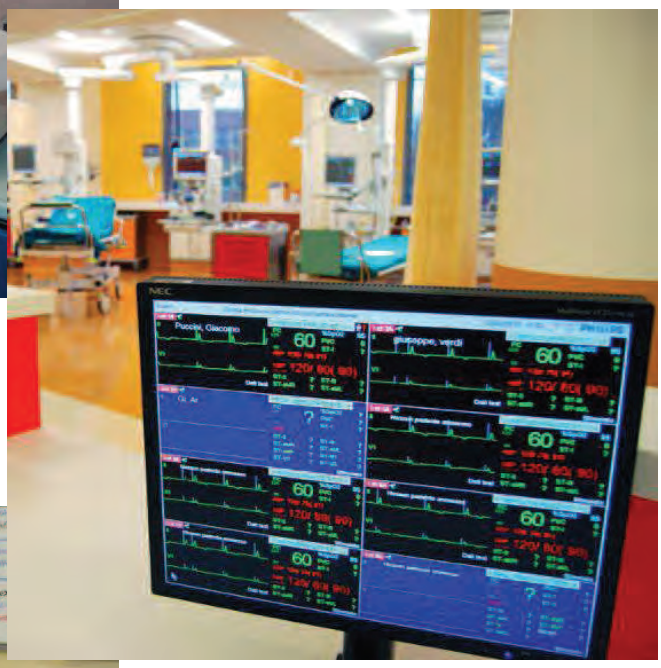
Questo capitolo delinea caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. Si è cercato di tracciare il profilo aziendale in relazione a una pluralità di dimensioni che ne vincolano e caratterizzano l'azione nel perseguimento degli obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale.

Il capitolo è articolato su cinque ambiti.

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

Respiratory Gating
VARIAN

DermaChlor


NEC
Pascal, Giacomo
giuseppe, verdi

Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

La sostenibilità economica

Le dinamiche economiche che caratterizzano l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono rappresentate per mezzo di indici che consentono di:

- Valutare un dato risultato economico di periodo secondo precise cause gestionali,
- Valutare l'incidenza dei costi dei vari fattori produttivi sui ricavi aziendali,
- Analizzare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

Premessa

A seguito dell'applicazione del D.Lgs. n. 118/2011, sono state necessarie alcune modifiche che hanno avuto effetti sul bilancio consuntivo 2012 e che possono essere ricondotte ad un cambiamento di "principi contabili", intendendo per quest'ultimi quei principi, ivi inclusi i criteri, le procedure ed i metodi di applicazione, che stabiliscono le metodologie di individuazione dei fatti da registrare, le modalità di contabilizzazione degli eventi di gestione, i criteri di valutazione e quelli di esposizione dei valori in bilancio. Pertanto, il raffronto tra le voci dei consuntivi dei diversi anni deve tenere conto delle varie modifiche intervenute che si riassumono di seguito:

Effetti principali sul Bilancio Consuntivo 2012	
Voce di Bilancio	Impatto
Contributi in c/esercizio	Il D.Lgs. 118/2011 ha introdotto una differente metodologia di contabilizzazione dei contributi correnti e del loro rinvio agli anni successivi in caso di mancato utilizzo; in particolare, gli importi non utilizzati dei contributi vengono accantonati negli appositi fondi per essere utilizzati gli anni successivi (nel Bilancio consuntivo 2011 e nei precedenti si procedeva invece tramite i risconti passivi).
Quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio	Incremento di tre aliquote d'ammortamento/sterilizzazione e applicazione retroattiva delle aliquote
Acquisto di beni sanitari	Riclassificazione dei fattori produttivi dei beni sanitari
Ammortamenti	Incremento di tre aliquote d'ammortamento/sterilizzazione e applicazione retroattiva delle aliquote
Accantonamenti	Nei bilanci consuntivi precedenti, i contributi in conto esercizio non utilizzati non venivano accantonati ma risultavano nei risconti passivi

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle Aziende sanitarie e del Consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta, a partire dal 2012, la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale.

Tale modalità comporta la necessità di assicurare a livello regionale una situazione di **pareggio di bilancio**, da determinarsi sulla base dei criteri civilistici: a partire dall'anno 2012 all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno (D.G.R. 653/2012).

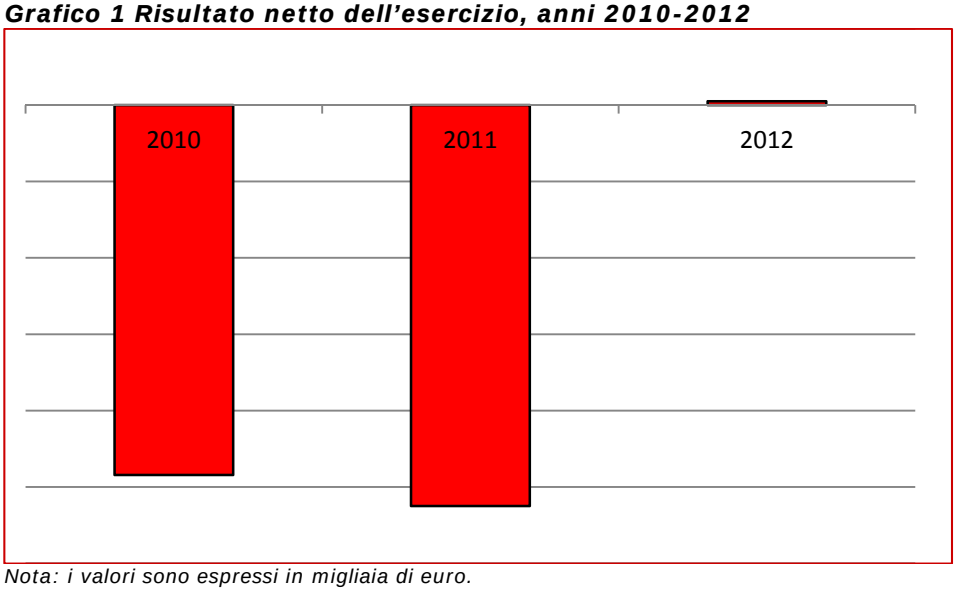
L'Azienda ha chiuso l'esercizio con un utile pari a euro 5.880. Tale valore risulta in linea rispetto al risultato atteso dalla programmazione regionale e dalle disposizioni nazionali del D.Lgs. 118/2011.

Negli anni 2010 e 2011 la condizione di equilibrio riguardava la parziale copertura degli ammortamenti, pertanto il risultato di esercizio presentava una perdita ma comunque coerente con l'obiettivo regionale.

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Risultato netto d'esercizio	-9.686	-10.500	6

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro.

Grafico 1 Risultato netto dell'esercizio, anni 2010-2012



Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro.

Contributo della gestione caratteristica e della gestione non caratteristica nella formazione del risultato netto

L'indicatore permette di analizzare la gestione caratteristica e non caratteristica dell'Azienda ovvero i costi e i ricavi tipici istituzionali; immobilizzazioni per lavori interni, costi sanitari, amministrativi e generali determinati dalla gestione caratteristica mentre la gestione non caratteristica comprende tutti i costi e tutti i ricavi non collegati direttamente all'attività specifica dell'Azienda.

I risultati della gestione caratteristica dell'Azienda mostrano un incremento generale del valore della produzione. L'incremento del Valore della produzione è dovuto principalmente a Contributi in conto esercizio.

La variazione è spiegata principalmente dai seguenti eventi:

- assegnazione regionale del contributo relativo al valore degli ammortamenti (al netto della sterilizzazione) relativa ai beni entrati in inventario al 31 Dicembre 2009 per un importo di euro 10,180 milioni;
- assegnazione regionale del contributo di euro 7,050 milioni in base alla rideterminazione del riparto per l'anno 2012 (DGR n. 479 del 22 aprile 2012);
- assegnazioni regionali per i Programmi di Ricerca Regione-Università per euro 3,6 milioni;
- contabilizzazione di euro 7,704 mil., a titolo di utilizzo fondi per quote di contributi vincolati di esercizi precedenti.

Nell'ambito dei costi della produzione si registra un incremento complessivo per acquisti di servizi sanitari, un sensibile aumento dei costi dei servizi non sanitari in particolare per le utenze, ammortamenti e accantonamenti. La gestione caratteristica presenta nel 2012 un risultato positivo.

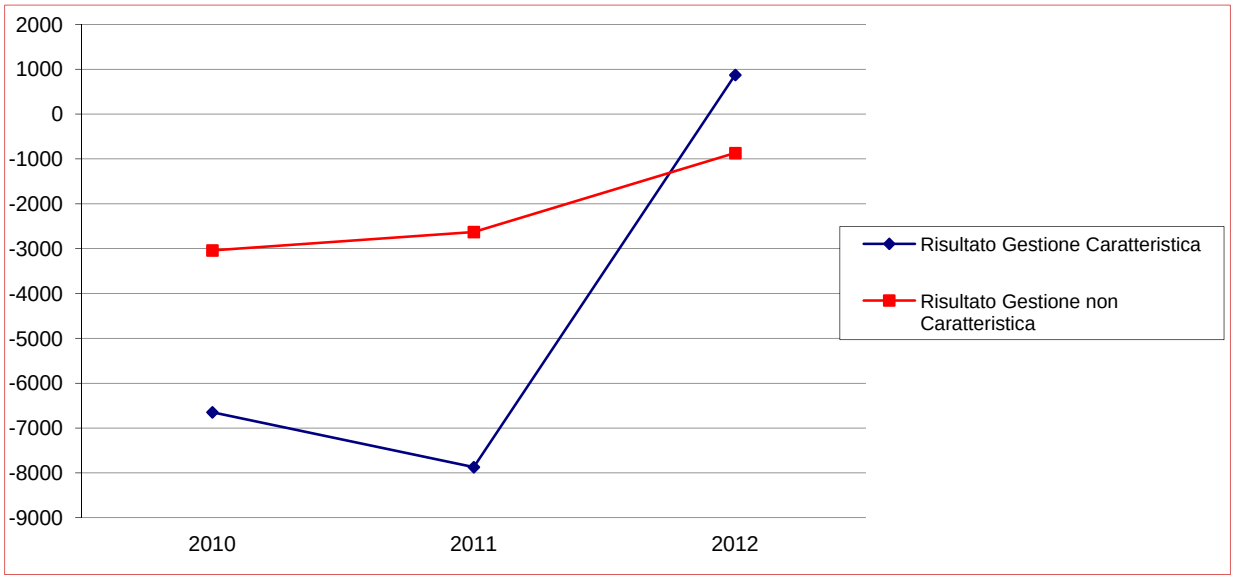
La gestione non caratteristica rappresenta, invece, il contributo a carattere episodico alla formazione del bilancio di esercizio: in particolare ricomprende l'area straordinaria (sopravvenienze attive e passive), finanziaria e fiscale. Nel 2012 si registra un miglioramento per effetto, tra l'altro, della contrazione di interessi addebitati dalle ditte fornitrici di beni e servizi e gli oneri addebitati dall'Istituto Cassiere per l'anticipazione corrente.

Tabella 1 Valori assoluti dei risultati della gestione caratteristica, non caratteristica e risultato medio (trend anni 2010 – 2012)

	2010	2011	2012
Risultato Gestione Caratteristica	-6.647	-7.871	874
Risultato Gestione non Caratteristica	-3.039	-2.629	-868
Risultato Netto	-9.686	-10.500	6

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro.

Grafico 2 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica, anni 2010-2012

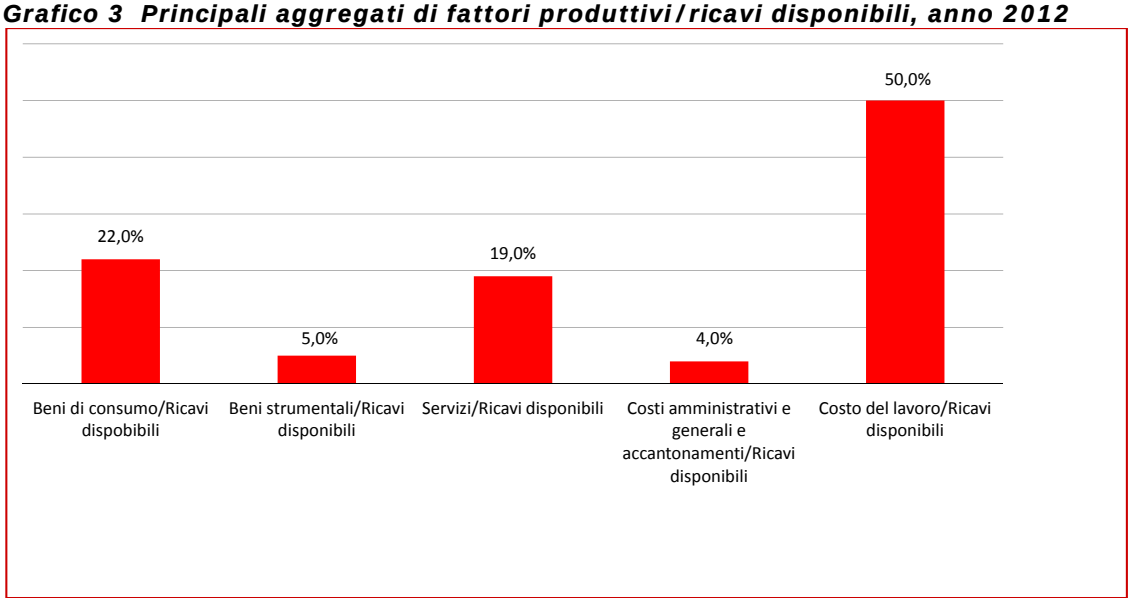


Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali

L'analisi permette di valutare in quale misura i ricavi disponibili, ossia le risorse utilizzate dall'Azienda per lo svolgimento dell'attività tipica, riescono a coprire i costi derivanti dalla gestione caratteristica.

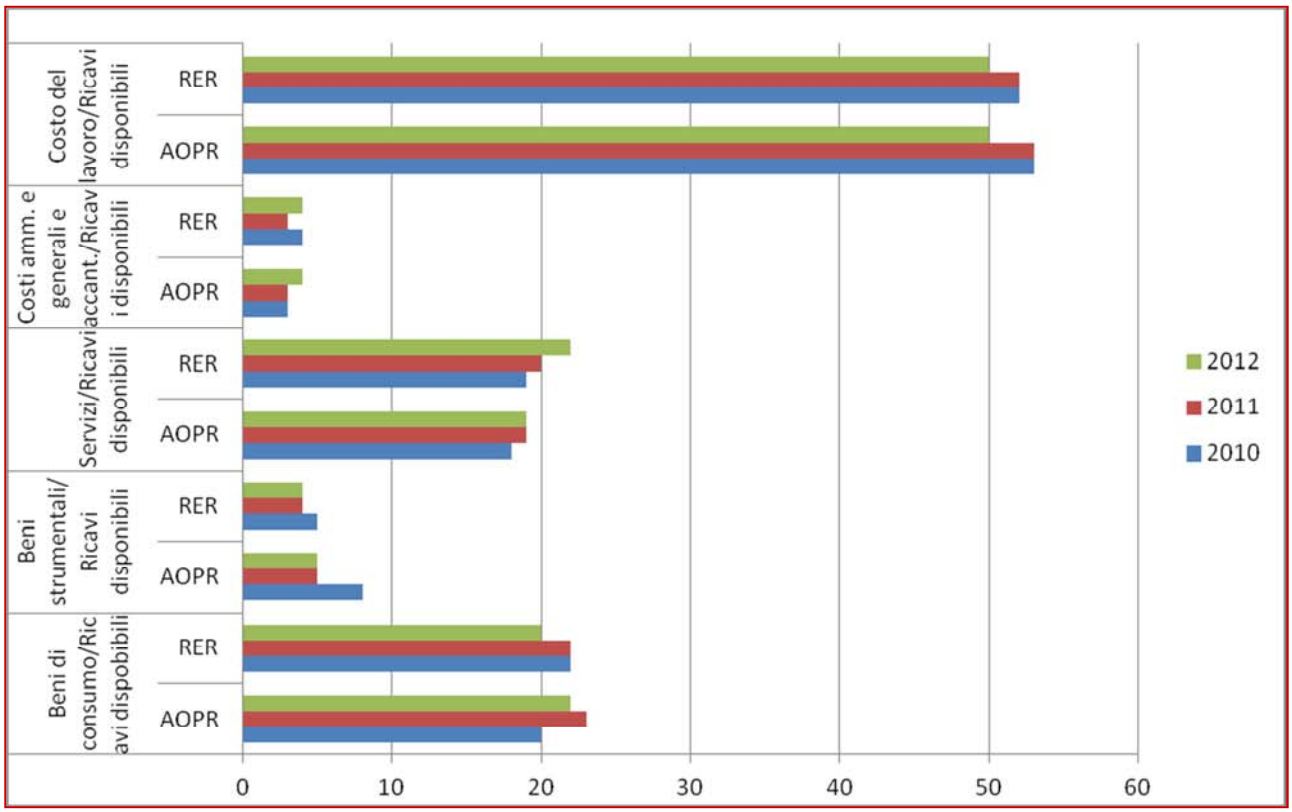
Dal grafico si evidenzia il costo del lavoro come il dato di maggior impatto sui principali aggregati di fattori produttivi. I risultati aziendali nell'ultimo triennio attestano però un miglioramento del livello di assorbimento non solo del costo del lavoro ma di tutti gli aggregati di fattori produttivi.

Grafico 3 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, anno 2012



Questo indicatore permette di analizzare il grado di assorbimento dei diversi aggregati di fattori produttivi impiegati nel processo di produzione, rispetto al valore dei ricavi disponibili e il conseguente confronto con i valori medi regionali.
Il trend degli ultimi anni evidenzia un miglioramento della performance gestionale che si allinea ai valori medi regionali. In particolare il costo del lavoro che per l'anno 2011 registrava un valore pari al 53%, nel 2012 si allinea al valore medio regionale del 50%.
Il costo dei servizi rimane stabile nel tempo allineandosi al 19%, inferiore di 3 punti percentuali rispetto al valore medio regionale. Anche per il consumo di beni si evidenzia un contenimento di un punto rispetto al 2011 anche se resta superiore di due punti percentuale rispetto al valore medio regionale.

Grafico 4 Principali aggregati di fattori produttivi /ricavi disponibili, confronto con la RER anni 2010-2012



La performance della gestione caratteristica registra un allineamento ai valori medi regionali.

Struttura dei costi aziendali

L'analisi descrive l'incidenza dei costi di produzione aziendale suddivisi per macroaree rispetto ai costi complessivi. Dal grafico 7 si evidenzia il costo del lavoro come il dato di maggior impatto sui principali aggregati di costi complessivi. L'aggregato beni acquistati è stato oggetto di una significativa riclassificazione delle singole voci in seguito all'applicazione del D.Lgs 118/2011 che ha riguardato i fattori produttivi. Si segnala comunque un allineamento col 2011. Tale risultato è correlato agli effetti positivi di alcune politiche quali: razionalizzazione della dotazione posti letto, passaggio di attività dal regime ordinario a quello di day hospital, riduzione degenza media, passaggio al conto deposito per alcune tipologie di materiale protesico, implementazione di sistemi informatizzati di gestione delle scorte e dell'approvvigionamento del materiale sanitario per sala operatoria con riduzione dei tempi e dei costi di gestione.

Grafico 5 Composizione dei costi di esercizio, anno 2012

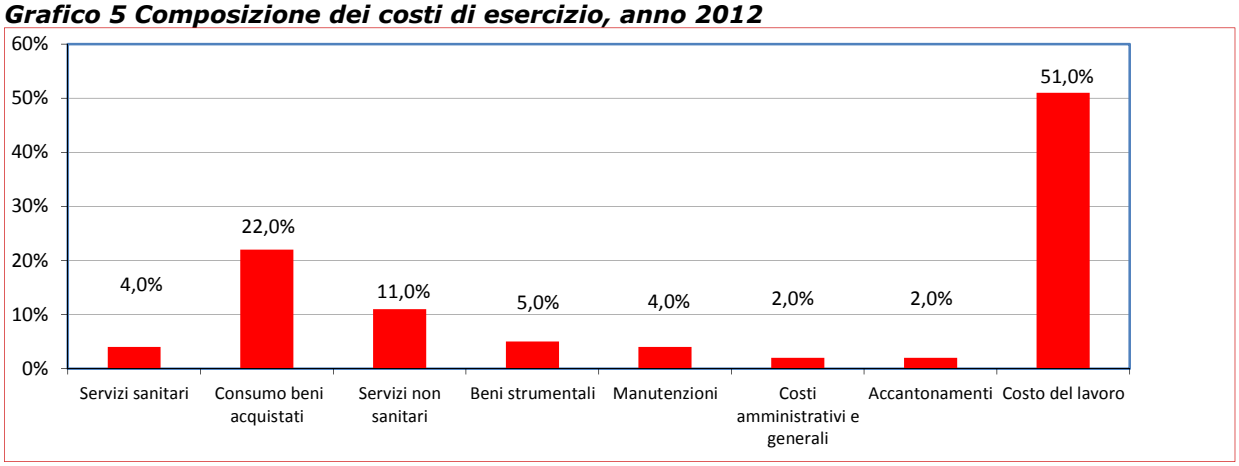
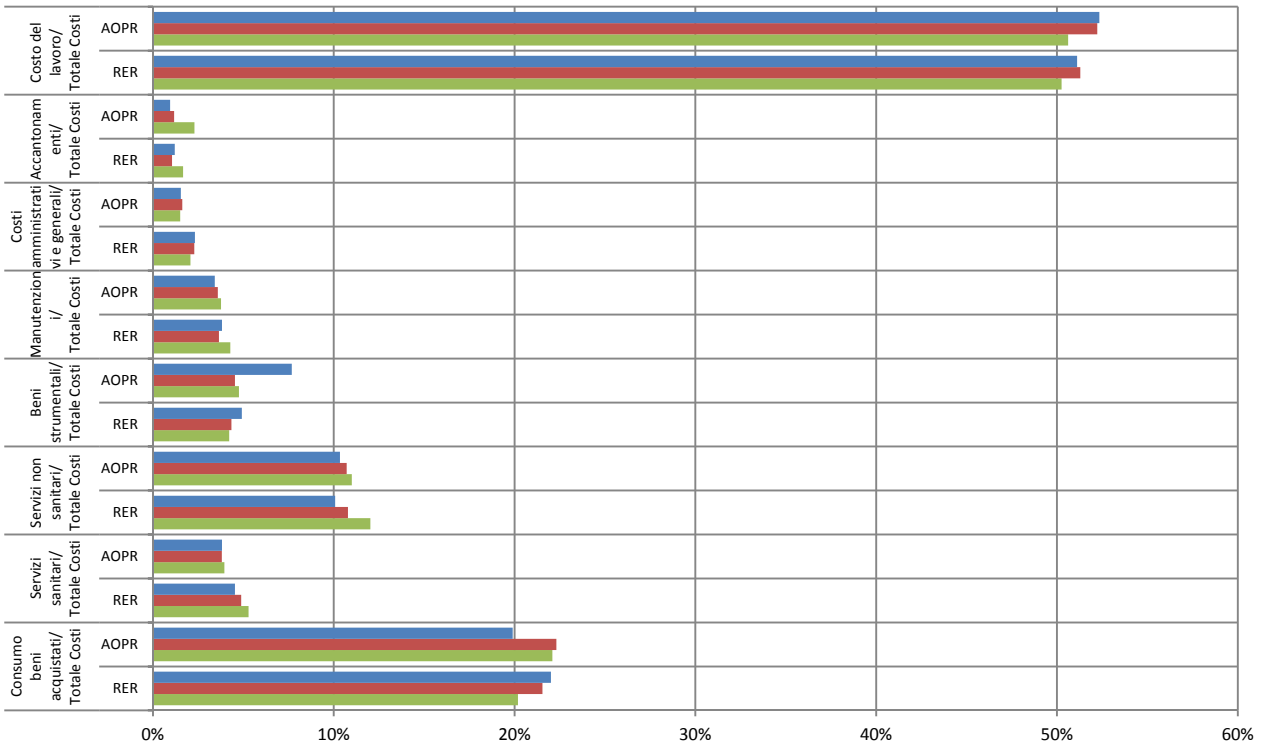


Grafico 6 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali sul totale costi, confronto con RER, anni 2010-2012



	Consumo beni acquistati/ Totale Costi		Servizi sanitari/ Totale Costi		Servizi non sanitari/ Totale Costi		Beni strumentali/ Totale Costi		Manutenzioni/ Totale Costi		Costi amministrativi e generali/ Totale Costi		Accantonamenti/ Totale Costi		Costo del lavoro/ Totale Costi	
	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR	RER	AOPR
2010	22%	20%	5%	4%	10%	10%	5%	8%	4%	3%	2%	2%	1%	1%	51%	52%
2011	22%	22%	5%	4%	11%	11%	4%	5%	4%	4%	2%	2%	1%	1%	51%	52%
2012	20%	22%	5%	4%	12%	11%	4%	5%	4%	4%	2%	2%	2%	2%	50%	51%

L'acquisto dei servizi sanitari registra un'incidenza inferiore alla media regionale; così come l'acquisto dei servizi non sanitari è in linea col 2011 e inferiore alla media regionale.
Leggermente superiore al dato medio è l'incidenza dei beni di consumo e dei beni strumentali.
Il costo del lavoro evidenzia un contenimento di un punto percentuale rispetto al 2011 anche se superiore di un solo punto rispetto alla media regionale.

Nel corso dell'anno 2012 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. 653/2012, 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.

La sostenibilità finanziaria

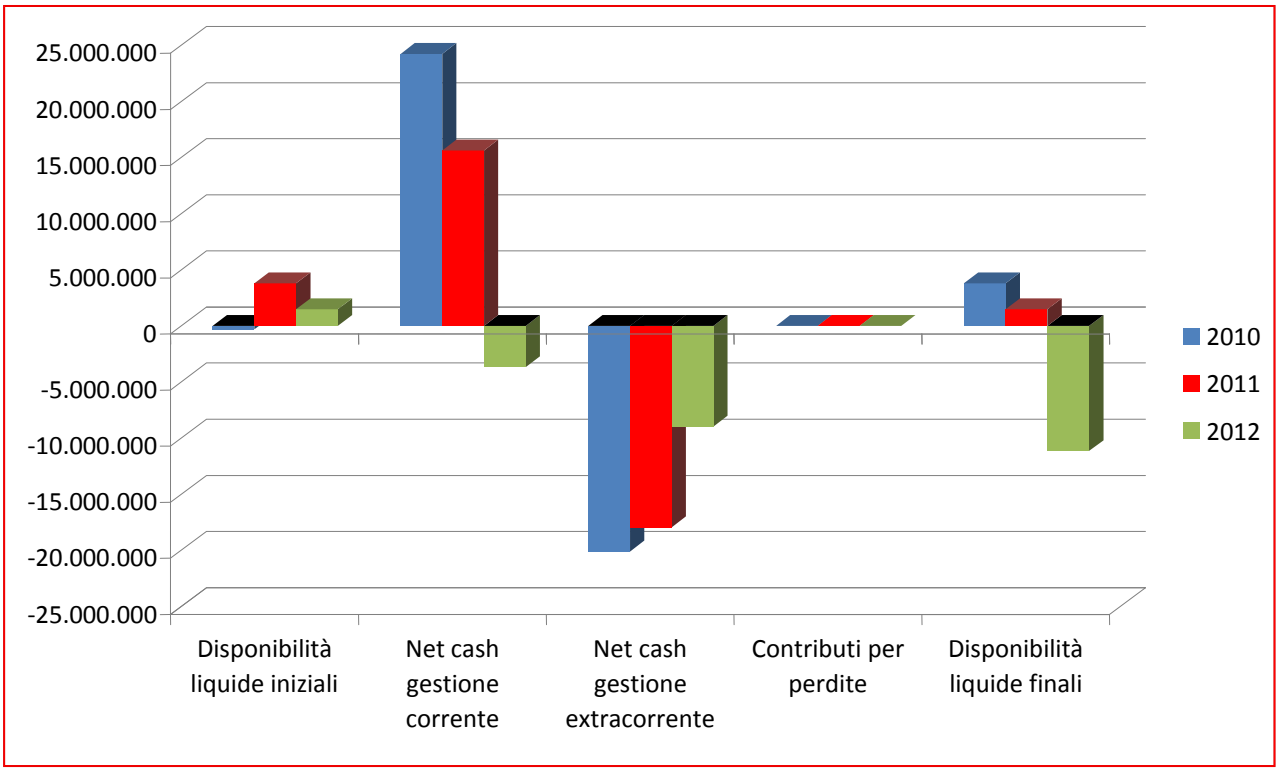
La sostenibilità finanziaria dell'Azienda viene indagata attraverso l'analisi del Rendiconto finanziario di liquidità, e attraverso indici atti a esprimere la durata media (tempi medi di pagamento) dei debiti verso i fornitori.

Dinamica dei flussi monetari - modalità di finanziamento e tipologia di impiego delle fonti – relativi all'esercizio

Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica finanziaria dell'Azienda nell'anno di riferimento e ha l'obiettivo di rappresentare i movimenti in entrata ed in uscita intervenuti nelle risorse finanziarie aziendali, così da evidenziarne la variazione intervenuta nel periodo di riferimento.
Analizzando i flussi di cassa generati nell'esercizio, si evidenzia un saldo tra disponibilità liquide iniziali e disponibilità liquide finali pari a – 11.153.002 €, corrispondente a un maggiore utilizzo dell'anticipazione di tesoreria per mantenere costanti i tempi di pagamento ai fornitori.
Il grafico 9 mostra inoltre una discontinuità nella gestione finanziaria caratterizzata da un forte assorbimento finanziario da parte della gestione extracorrente.

	2010	2011	2012
Disponibilità liquide iniziali	-331.662	3.793.253	1.484.417
Net cash gestione corrente	24.236.504	15.633.640	-3.670.710
Net cash gestione extracorrente	-20.111.589	-17.942.476	-8.966.709
Contributi per perdite	0	0	0
Disponibilità liquide finali	3.793.253	1.484.417	-11.153.002

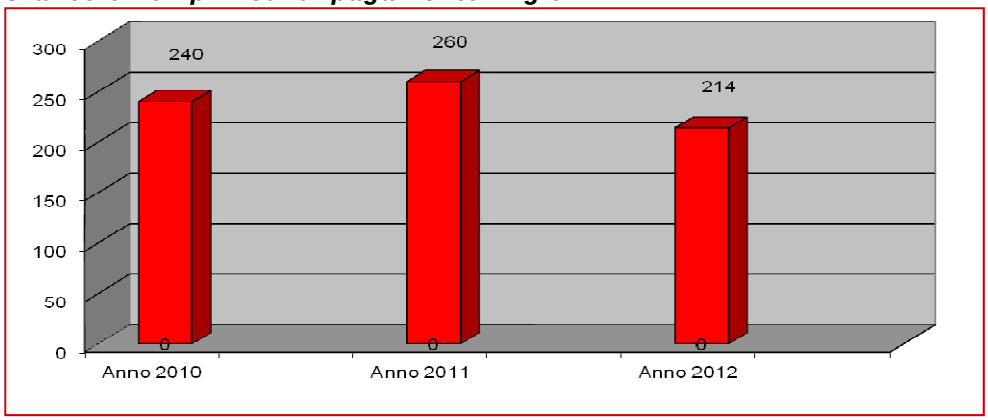
Grafico 7 Rendiconto finanziario di liquidità



Durata media dell'esposizione verso fornitori

L'indicatore della tabella mostra la durata media dell'esposizione verso fornitori; esprime cioè il tempo che intercorre tra il sorgere del debito ed il suo effettivo pagamento.
La durata dell'esposizione verso i fornitori intesa come debiti medi per forniture in conto esercizio è oscillata nel biennio 2010-2011 tra i 240 e i 260 giorni dalla data di ricevimento della fattura. Nel 2012 è evidente una riduzione della tempistica dovuta al trasferimento di maggiori fondi da parte della Regione.

Grafico 8 Tempi medi di pagamento in giorni



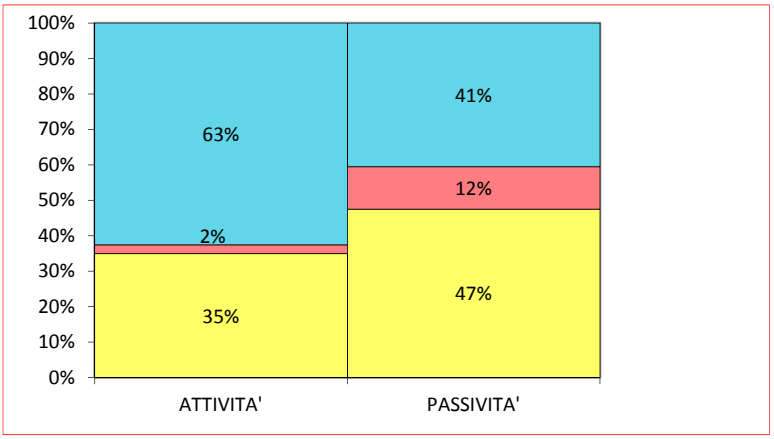
La sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori per l'analisi della sostenibilità patrimoniale sono volti a indagare le condizioni da cui dipende la solidità del patrimonio aziendale, attraverso l'analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti e delle relazioni fra questi intercorrenti, nonché rilevando le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento e al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

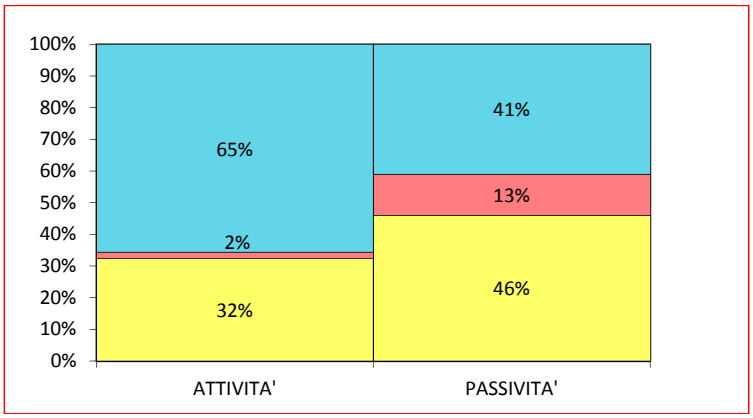
Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/finanziamento

Il passivo è rappresentato per il 47% da finanziamenti a breve termine, composti in gran parte da debiti verso fornitori per beni e servizi: nel trend triennale si osserva un andamento sostanzialmente stabile. I finanziamenti a medio-lungo termine rappresentano una percentuale bassa sul complesso dei finanziamenti, con un decremento nel 2012 per la contrazione di mutui avvenuta nel periodo in esame. Si registra poi un allineamento del patrimonio netto rispetto al 2011. L'attivo è rappresentato principalmente dalle immobilizzazioni, con un andamento stabile nel triennio; le liquidità immediate e differite registrano una leggera crescita, passando dal 32% al 35%. Di seguito lo stato patrimoniale in chiave finanziaria.

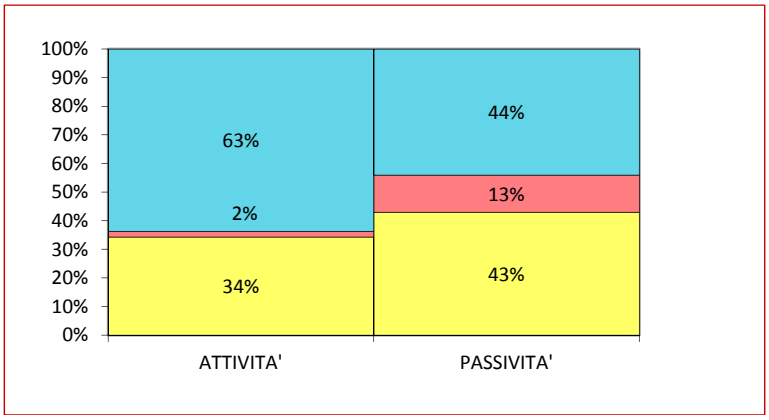
	HPR 2012		
	ATTIVITA'	**PASSIVITA'**	
Liquidità immediate e differite	35%	47%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	12%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	63%	41%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	**100%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**



	HPR 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'	**99%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**



	HPR 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'	**99%**	**100%**	**TOTALE PASSIVITA'**

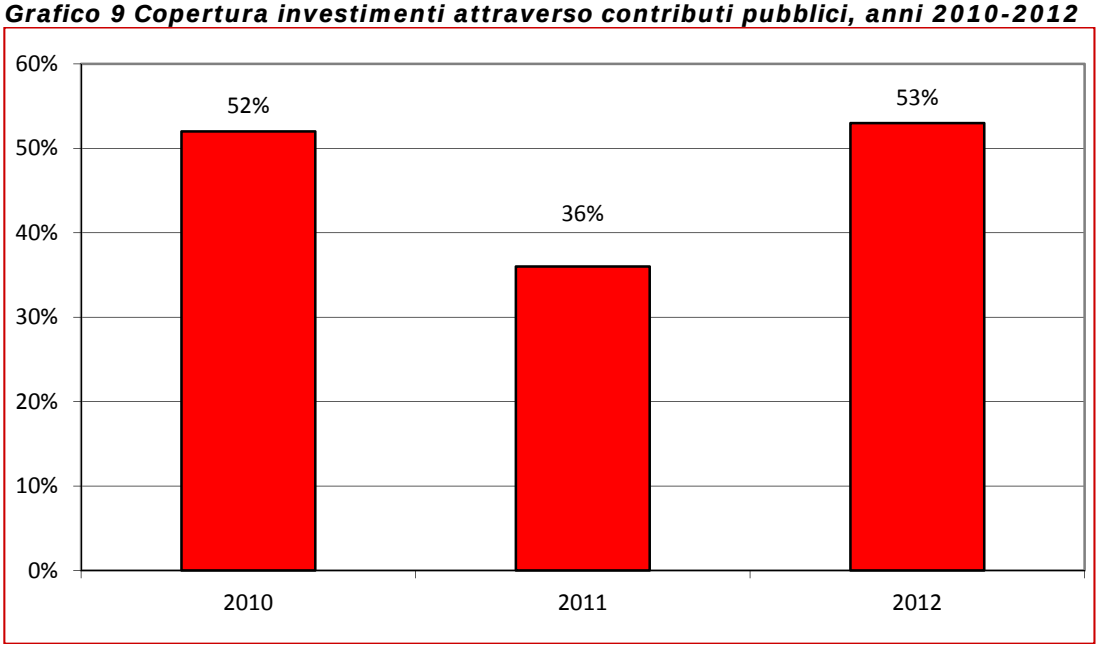


Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Si rappresentano gli investimenti effettuati nel triennio e la loro copertura attraverso contributi pubblici. L'analisi descrive in che misura i contributi in conto capitale erogati dall'Azienda coprono gli investimenti realizzati nell'anno.

	2010	2011	2012
Totale investimenti	41.272.200	21.645.000	30.698.000
% Copertura investimenti attraverso contributi pubblici	52%	36%	53%

Grafico 9 Copertura investimenti attraverso contributi pubblici, anni 2010-2012



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio e loro ammontare complessivo e per singola tipologia

Le politiche di programmazione degli investimenti destinati all'ammodernamento del patrimonio strutturale e tecnologico dell'Azienda hanno seguito strettamente, specie nell'ultimo triennio, l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale, segnate da un necessario processo di crescente attenzione ad una allocazione sempre più efficace ed efficiente degli investimenti, ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Tabella 2 Valore assoluto nuovi investimenti, anni 2010-2012

	2010	2011	2012
Fabbricati indisponibili	359.209	562.421	6.520.597
Impianti e macchinari	2.067.369	2.474.231	392.534
Attrezzature sanitarie e scientifiche	6.639.862	3.629.655	7.521.261
Mobili e arredi	612.130	649.215	1.988.505
Altre immobilizzazioni materiali	1.043.237	409.939	371.688
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	13.052.359	10.977.023	13.194.563
Altre immobilizzazioni immateriali	484.677	414.398	706.914
Migliorie su beni di terzi	144.036	18.000	2.000
Totale	24.402.879	19.134.882	30.698.061

Il valore degli investimenti in valore assoluto per l'anno 2012 è in netto aumento rispetto al 2011 (grafico 12); in particolare si evidenzia un picco alla voce fabbricati indisponibili, Attrezzature sanitarie e scientifiche e Mobili e arredi. Il notevole incremento dei Fabbricati indisponibili è dovuto alla realizzazione di importanti commesse edilizie quali, in particolare, la conclusione di lavori dell'Ospedale dei Bambini con il completamento dei trasferimenti delle unità operative presso la nuova sede. L'intervento al Poliblocco IV Lotto ha coinvolto interventi edili, acquisizioni di mobili e arredi e attrezzature sanitarie e informatiche; l'edificio ospiterà le funzioni attualmente ubicate nel Padiglione Nefrologia, che sarà restituito all'Università degli Studi di Parma proprietaria dell'immobile, e parte delle attività collocate al Padiglione Rasori. L'intervento all'Ospedale della Riabilitazione si è concluso nel mese di Aprile 2012 e nei mesi successivi si è provveduto a completare i trasferimenti delle diverse unità operative del Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo. A sostegno della politica degli investimenti si evidenzia un ammodernamento tecnologico di apparecchiature medicali e informatiche, l'acquisizione di nuove apparecchiature e l'adeguamento locali per la radiologia interventistica.
E' stato perseguito l'obiettivo di completamento degli interventi previsti dal Programma Straordinario Investimenti in Sanità (ex art. 20, L67/88) di verifiche tecniche di vulnerabilità sismica e prevenzione incendi.

Grafico 10 Valore degli investimenti in valore assoluto, anni 2010-2012

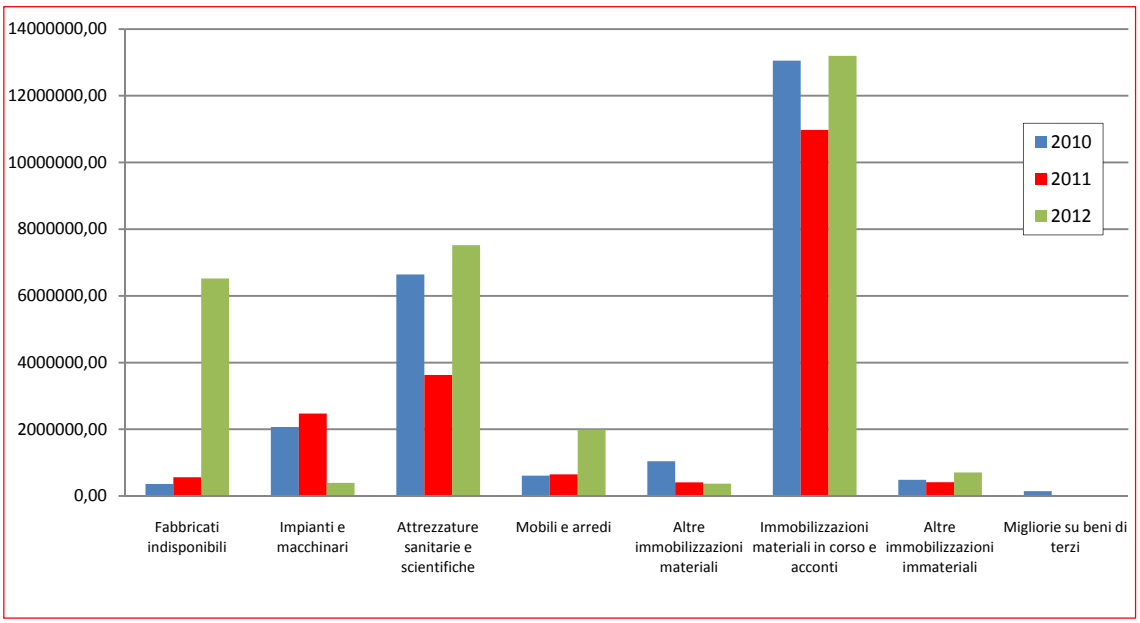
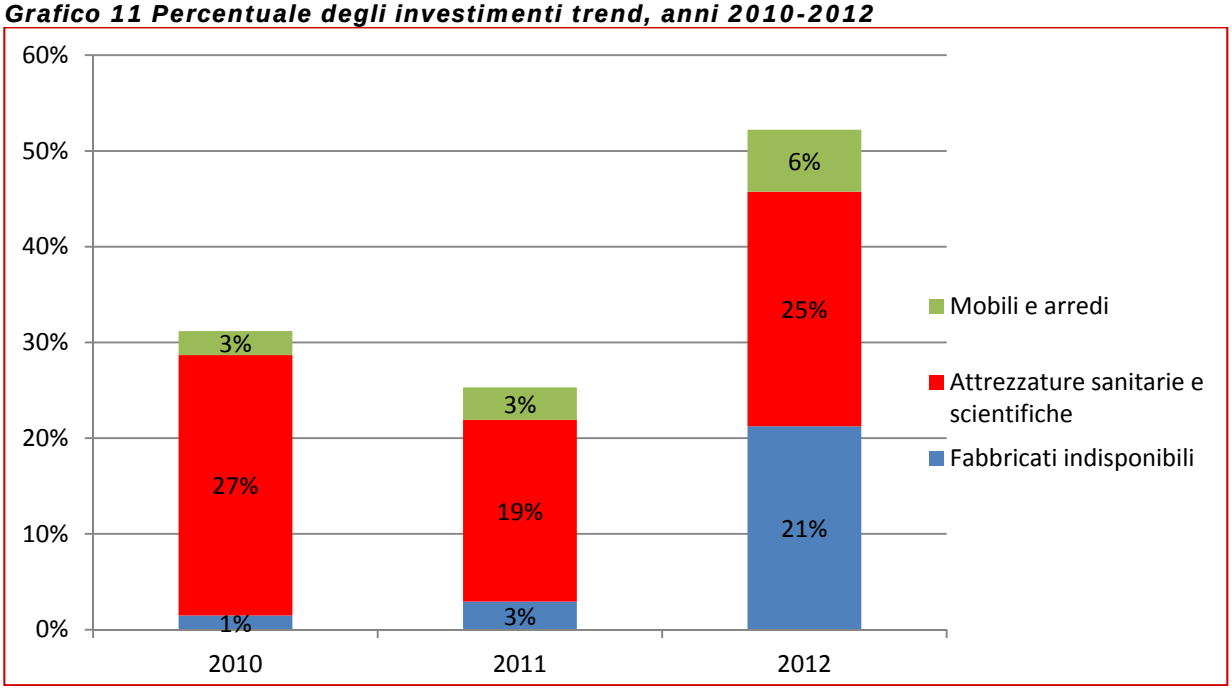


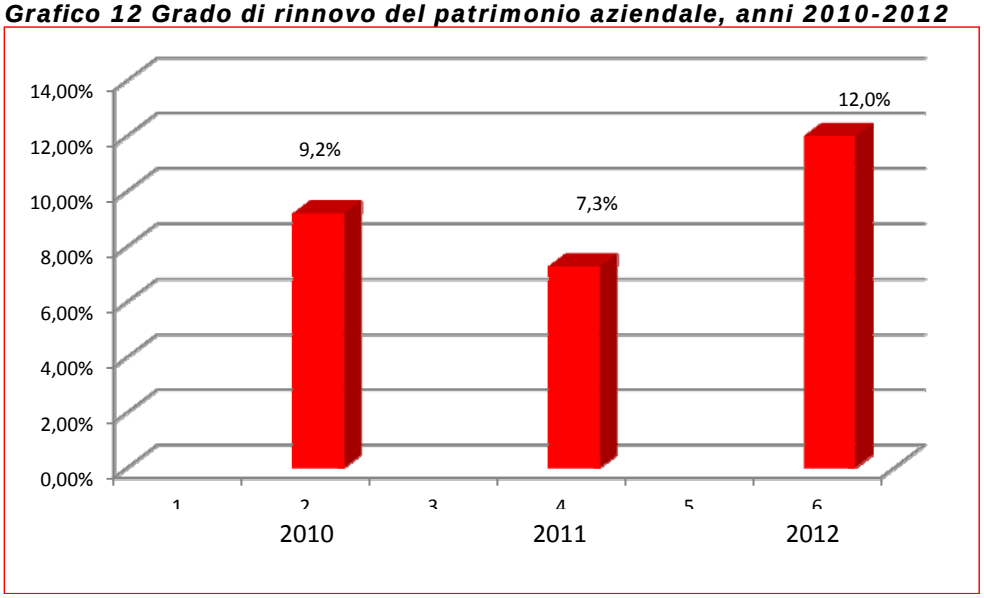
Grafico 11 Percentuale degli investimenti trend, anni 2010-2012



Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

I nuovi investimenti in immobilizzazioni rapportati al totale del patrimonio aziendale, immobiliare e mobiliare, mettono in evidenza il grado di rinnovo del patrimonio stesso. Maggiore è il valore dell'indicatore, maggiore è il grado di rinnovo del patrimonio.
Come si può notare il grado di rinnovo del patrimonio è più elevato rispetto al 2010 e al 2011 per effetto del nuovo Ospedale dei Bambini.

Grafico 12 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale, anni 2010-2012

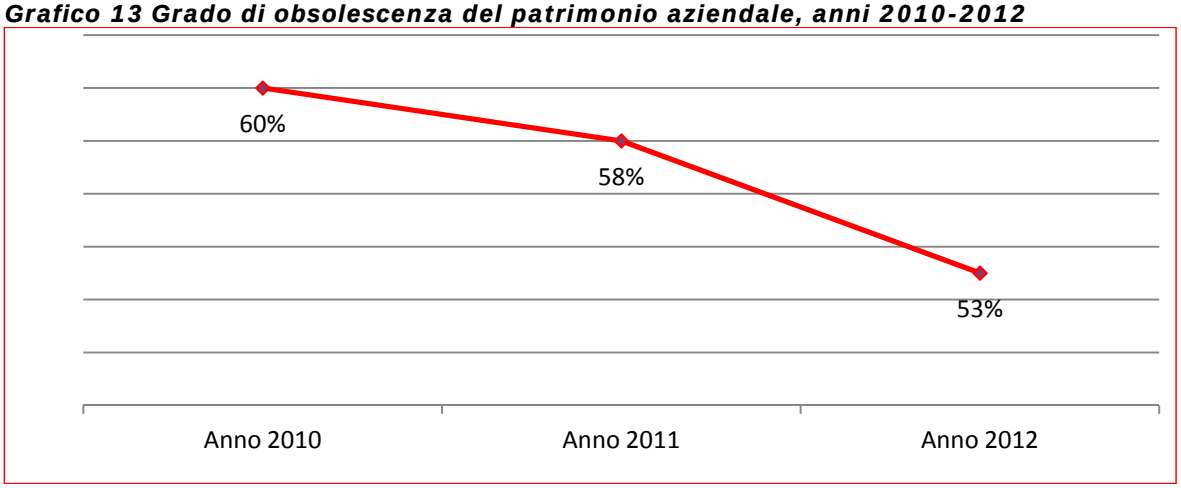


Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

L'indicatore descrive il grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, determinato dal rapporto tra il valore residuo dei beni durevoli ed il totale degli investimenti lordi.

	2010	2011	2012
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	60%	58%	53%

Grafico 13 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, anni 2010-2012



L'indicatore, come si evince dal grafico 13, registra un valore decrescente passando dal 58% del 2011 al 53% del 2012 per effetto del grado di rinnovo del patrimonio aziendale, infatti maggiore è il livello di rinnovo del patrimonio dell'Azienda, minore è la tendenza all'obsolescenza dei beni durevoli. Questo dimostra quindi come l'Azienda abbia saputo far fronte all'invecchiamento del proprio patrimonio attraverso un costante rinnovo di esso e alla 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

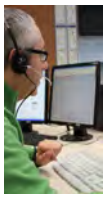
La prima dimensione su cui si focalizza l'analisi dell'impatto sul contesto territoriale è la dimensione economica, che evidenzia appunto il contributo dell'Azienda all'economia del territorio come realtà occupazionale e per i rapporti di fornitura.

Considerando le tipologie contrattuali tempo indeterminato e tempo determinato, la popolazione lavorativa dell'Azienda è passata, nel 2012, a 3.796, con una lieve contrazione complessiva rispetto all'anno precedente. Il dettaglio sull'evoluzione nel tempo e sulle caratteristiche del personale è presentato nel capitolo 4 del presente volume.
Tra il personale dipendente a tempo indeterminato l'86,8% del personale risiede sul territorio provinciale, mentre l'8,3% 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.

Tabella 1 Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale, anno 2012

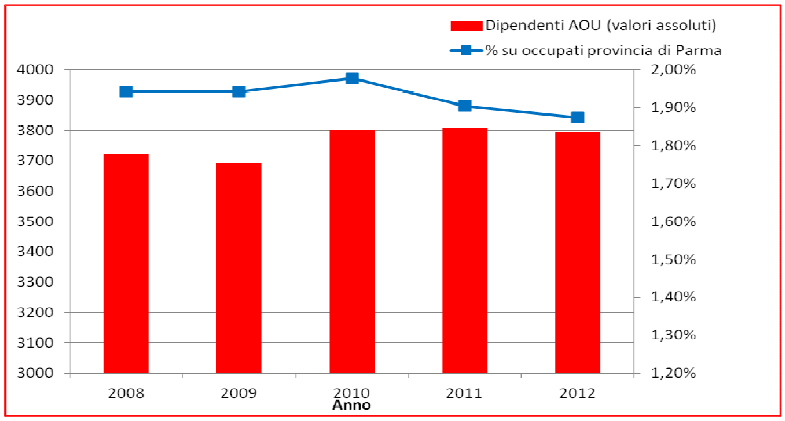
	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Altro personale
Ruolo sanitario	2479	111	113
Ruolo professionale	8		1
Ruolo tecnico	952	66	2
Ruolo amministrativo	179	1	9
Totale	3618	178	125

** 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, in valori assoluti, della popolazione lavorativa aziendale (intesa come personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato) e, attraverso la linea spezzata, l'incidenza percentuale degli occupati in AOU sul totale degli occupati della provincia di Parma negli stessi anni.
Dal grafico si evince che l'incidenza percentuale sugli occupati della provincia si attesta nel 2012 sull'1,87% presentando una lieve flessione rispetto agli anni precedenti, in particolare il 2010 quando l'incidenza è arrivata quasi al 2%. Infatti, sia nel 2011 che nel 2012 secondo i dati a disposizione [Fonte: Occupati e tasso di occupazione Serie storica 2004-2012 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 in AOU (personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato) e incidenza percentuale sugli occupati della provincia di Parma



Per quanto riguarda la provenienza dei professionisti impiegati nella nostra Azienda, si segnala che 85 lavoratori sono stranieri; di questi, 57 provengono da paesi dell'Unione Europea (in maggioranza dalla Romania), mentre 20 lavoratori di provenienza extra-europea sono paraguaiani.

Lavoratori stranieri	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Intra UE	49	54	54	57
Extra UE	30	31	33	28
Totale	79	85	87	85

I lavoratori appartenenti alle categorie protette sono ulteriormente incrementati, passando da 98 nel 2011 a 100.

31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
68	93	98	100

Gli universitari in convenzione con l'Ospedale sono diminuiti di 10 unità, passando da 229 a 219, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 2 Universitari suddivisi per ruolo, anno 2012

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	189
Ruolo tecnico	6
Ruolo amministrativo	24
Totale	219

Frequentano l'area ospedaliera 3.846studenti (a.a. 2012-2013), fra corsi di laurea e post-laurea di area sanitaria. I medici in formazione specialistica, iscritti nell'a.a. 2011-2012 alle Scuole di specializzazione di Area Sanitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, sono 529.. 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, evidenzia ulteriormente il ruolo di rilievo dell'Azienda nel mercato del lavoro. Nel 2012 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 168.773 (valore in migliaia). A questi, devono essere aggiunti 7.688 migliaia di € per 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 2010-2012, il cui andamento è da mettere in relazione alla variazione di personale rilevata sopra:

Tabella 3 Valori degli emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori e docenti convenzionati, anni 2010-2012

Anno	Lordo	Oneri riflessi	Totale	Netto
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
2012	8.074,3	3.012,2	11.086,4	4.838,6

I valori sono espressi in migliaia di euro

Tabella 4 Valore degli emolumenti corrisposti dall'Università a personale tecnico-amministrativo in convenzione, anni 2010-2012

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
2012	2.290,9	887,2	3.178,2	1.553,7

I valori sono espressi in migliaia di euro

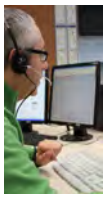
Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si conferma nel 2012 che oltre un quinto (20,5%) dei beni e servizi acquistati (nelle classi di bilancio: acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione) ha interessato il territorio provinciale.

Tabella 5 Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione, anni 2011-2012

	Anno 2011	Anno 2012
Ambito territoriale di Parma	€ 35.120,8	€ 33.020,6
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 10.717,6	€ 9.825,6
Totale Regione	€ 45.838,4	€ 42.846,2

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

L'importo complessivo del 2012 relativo alle classi di beni e servizi indicate ha fatto rilevare una lieve contrazione e ammonta a 161.076,1 migliaia di euro, contro i 164.886,4 del 2011, e, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 26,6% 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 2012, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ricevuto 80 contributi tra donazioni e lasciti. Il numero maggiore di donazioni (42) proviene da singoli cittadini. Diciotto sono invece le donazioni pervenute da associazioni, 1 da scuole e 19 da imprese o enti.
Il valore economico della generosità di tante persone si aggira intorno ai 859 mila euro, cui vanno aggiunte donazioni di attrezzature sanitarie per un valore complessivo di 93.000 euro e di arredi ed attrezzature informatiche.
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 evidenzia, per il 2012, 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.

La Scuola in Ospedale

Nell'anno scolastico 2011-2012 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 2011-2012 ha seguito 298 alunni di scuola secondaria di 1° e 2° grado degenti presso i reparti pediatrici: in particolare 254 bambini e ragazzi con degenza breve (1-7 giorni), 18 con degenza media (8–15 giorni) e 26 con un periodo di degenza superiore ai 15 giorni. I bambini della scuola primaria sono stati 442 con degenza breve, 49 con degenza media e 28 con degenza protratta per un totale di 519 bambini. Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso un servizio scolastico a 817 alunni. Per la scelta della metodologia e per i contenuti sono state confermate le linee guida già sperimentate. In particolare si è cercato di procedere a un'attenta analisi dei bisogni educativi e formativi dell'utenza, in particolare per i lungodegenti, di adattare continuamente la didattica alle condizioni psico-fisiche dell'alunno, di utilizzare anche strumenti alternativi al libro di testo (uso del computer, giochi didattici, schede, eccetera), di contenere in tempi piuttosto brevi le lezioni frontali a vantaggio di attività pratiche (ricerche su Internet, fotocopie, visione di filmati, eccetera), di proporre attività laboratoriali coinvolgenti, di mantenere contatti regolari con le scuole di appartenenza.

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.

Istruzione domiciliare

Nel corso del 2012, è proseguita l'attività del progetto di domiciliazione: la Scuola in Ospedale ha dato il supporto e l'informazione necessari per l'attivazione e di conseguenza 4 alunni di scuola secondaria di primo grado, un'alunna di scuola secondaria di secondo grado e 2 alunni di scuola primaria sono stati seguiti in Istruzione Domiciliare direttamente dalle scuole di appartenenza.

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).

Parma in Pillole

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. Il progetto si è avvalso della collaborazione dell'Associazione Noi per Loro e ha avuto come finalità quella di avvicinare i ragazzi ad alcune realtà territoriali supportate dalla presenza di un esperto. Nel corrente anno si è ampliato il calendario delle uscite dando maggior spazio ad approfondimenti di carattere culturale e didattico. L'uscita ritenuta più significativa anche dalle famiglie è stata quella alla sede del giornale locale Gazzetta di Parma.

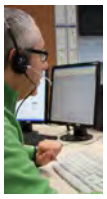
Musica per Narrarsi

Musica per Narrarsi: progetto di creatività musicale. Il gruppo corale " Voci di Parma " sponsor e ideatore del progetto, ha accolto anche quest'anno benevolmente la proposta della docente di Educazione Musicale di destinare due borse di studio (valore complessivo di 600,00 euro) a due alunni particolarmente motivati allo studio della musica. La borsa di studio consiste in due strumenti musicali che sono stati consegnati il 15 Giugno 2012 a due studenti di 14 e 13 anni della Scuola in Ospedale.

Comenius – Your World Our World

Nel giugno 2011 si è concluso il progetto biennale Comenius in partenariato con altre scuole europee, ma sono continuati anche nell'anno scolastico 2011/2012 i contatti con i docenti e gli alunni inglesi e finlandesi per poter avviare future collaborazioni. Per questo motivo si sono effettuati saltuariamente scambi di informazioni via mail e collegamenti Skype con la Scuola in Ospedale di Oulu (Finlandia). Inoltre è stata fatta la domanda, tramite l'Associazione per le Terre Verdiane, per poter aderire al progetto Comenius Regio per l'anno 2012/2013 avente come tema l'informatica al servizio della didattica.

Il progetto Comenius appena concluso, 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 utili ai fini dell'ampliamento delle conoscenze degli alunni.

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.

Per l'occasione, nel 2012, è stata realizzata una manifestazione musicale, organizzata dall'insegnante di Educazione Musicale, a cui ha partecipato un'alunna della Sezione Scolastica Ospedaliera, che si è esibita al pianoforte accompagnata dal Coro ARS Canto "G.Verdi" del Teatro Regio di Parma. Il coro ha completato la propria esibizione con brani natalizi nella seconda parte del concerto. Quest'anno inoltre è stata possibile la collaborazione con i colleghi e gli alunni della Sezione Musicale dell'Istituto Comprensivo "Ferrari" che si sono esibiti nella prima parte del concerto presentando una fiaba musicale intitolata "Il pifferaio magico". Ha contribuito alla realizzazione della manifestazione l'Associazione VOB (Volontari Ospedale dei Bambini).

Per festeggiare il Natale, le docenti di Scuola in Ospedale hanno organizzato anche un *Presepe Vivente* negli spazi dell'Oncoematologia Pediatrica, con la preziosa collaborazione dell'Associazione Noi Per Loro.

"Il Nuovo Ospedale dei Bambini lo conosco anch'io"

Il progetto degli anni scorsi intitolato "L'ospedale lo conosco anch'io" si è trasformato in un nuovo progetto dal titolo "Il nuovo Ospedale dei Bambini lo conosco anch'io", che ha inteso preparare i piccoli cittadini che frequentano la scuola dell'infanzia all'inaugurazione della nuova struttura. Il progetto ha previsto la fase della formazione degli insegnanti sull'argomento "La salute". Le scuole coinvolte sono scuole comunali dell'infanzia della città di Parma. Le attività con i bambini nelle scuole sono iniziate a settembre 2012. Il progetto nasce come 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 e per promuovere un'immagine dell'ospedale diversa da quella di luogo di paura e sofferenza. 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.

Progetto Stiffelio

Novità del 2012 è stato il Progetto Stiffelio, un progetto artistico-musicale realizzato in collaborazione col Teatro Regio di Parma. Il progetto è nato con l'intento di avvicinare e far conoscere l'opera lirica sia nel contesto musicale sia in tutti quegli aspetti più nascosti legati alla produzione. L'opera protagonista del progetto è stata "Stiffelio" di Giuseppe Verdi. Sono stati coinvolti, in vari incontri, ragazzi del reparto di Oncoematologia Pediatrica. Coronamento dell'esperienza è stata la partecipazione alla rappresentazione dell'opera al Teatro Regio nell'ambito della rassegna "Imparolopera": i nostri alunni hanno potuto ammirare i costumi da loro stessi realizzati, indossati da bambini di scena. E' stata realizzata una mostra finale di tutti i lavori realizzati e della documentazione fotografica delle diverse fasi del progetto, presso il 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.

Attraverso una comunicazione inviata a tutti i Dirigenti Scolastici delle scuole Superiori di Parma e Provincia, si è arrivati a creare un elenco di docenti volontari disponibili per l'insegnamento di diverse discipline quali : Latino e Greco, Chimica, Diritto, Scienze Naturali, Storia e Filosofia, Matematica, Discipline giuridiche ed economiche, Elettrotecnica, Fisica, Storia dell'Arte. Nel corrente anno scolastico sono stati coinvolti dieci dei docenti in elenco per accompagnare il percorso di studi di quattro alunni degenti presso il reparto di Oncoematologia Pediatrica e di Clinica Pediatrica. Il progetto, coordinato dalla Funzione Strumentale di Scuola in Ospedale, si è rivelato un prezioso contributo all'attività didattica svolta dai docenti della Sezione Secondaria di primo grado. I risultati conseguiti dagli alunni sono stati molto apprezzati dai docenti delle rispettive scuole di appartenenza, per due di questi ragazzi la preparazione di quest'anno era finalizzata agli esami (di qualifica professionale e di maturità professionale).

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.

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.

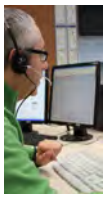
Le tipologie di interventi messi in atto sono diversificate e riguardano, ad esempio, i rapporti di fornitura, il patrimonio immobiliare, le politiche del personale (sia con interventi informativi per massimizzare i comportamenti virtuosi in tema di consumi, mobilità e gestione dei rifiuti, sia con indagini 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. politiche per l'uso razionale dell'energia;
2. implementare sistemi, per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, eccetera) nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale;
3. attivare iniziative di mobilità sostenibile;
4. realizzare iniziative di informazione per gli operatori sanitari sull'uso razionale dell'energia e sulla corretta gestione ambientale;
5. garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale utilizzando l'apposito programma informatico predisposto da CUP 2000;
6. incrementare, in collaborazione con Intercent-er, gli "acquisti verdi" attraverso l'introduzione di criteri di rispetto ambientale nei capitolati di appalto.

Risultati raggiunti

1. L'Azienda ha aderito alla gara espletata da Intercent-ER per la fornitura di Energia Elettrica che ha portato il costo dell'energia elettrica a:
   € 5.411.433,03 nel 2009
   € 5.695.309,36 nel 2010
   € 6.305.493,60 nel 2011
   € 7.730.553,14 nel 2012
   a fronte di una spesa di € 6.520.762 sostenuta nel 2008.
   La tariffa media ponderata dell'energia elettrica ha avuto un incremento di circa il 20% nel 2012



rispetto al 2011, causa l'aumento delle materie prime e a una variazione delle accise. Sono, inoltre, aumentati tutti gli oneri di dispacciamento e distribuzione (+53,56% rispetto al 2011), che hanno comportato da soli un incremento di costo di quasi € 690.000,00 su base annua.
È proseguito per tutto il 2012 il monitoraggio mensile dei consumi di acqua potabile e di energia elettrica. Con riferimento al monitoraggio di energia elettrica nel 2012 si evidenzia un incremento che possiamo ritenere fisiologico dei consumi dello 0,4% rispetto all'anno precedente, conseguente all'apertura del padiglione Barbieri con il condizionamento estivo.
Relativamente ai consumi d'acqua, nel 2012 si è registrato un incremento rispetto al 2011 del 12,7%, attribuibile ad una serie di perdite occulte, che hanno avuto il loro acume nei mesi giugno-agosto 2012. Due grosse perdite occulte sono state infatti rinvenute e sistemate nell'autunno 2012, portando i consumi dei mesi novembre e dicembre ai livelli più bassi mai riscontrati.
Nel 2012 è stata aggiudicata la gara per il "Multiservizio Manutentivo e Servizio Energia per gli immobili di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma", che prevede l'installazione di contatori dell'acqua fredda su tutti i padiglioni per tenere sotto controllo i consumi padiglione per padiglione e, per differenza, accertare la presenza di perdite significative sulla rete di distribuzione. Si prevede l'installazione entro metà 2013.
Sono inoltre allo studio ulteriori misure per la riduzione dei consumi, quali: l'utilizzo di un pozzo per il raffreddamento della centrale frigorifera con acqua di falda, senza utilizzare acqua del pubblico acquedotto; la modifica degli impianti a biossido di cloro con l'installazione di sonde in pressione in modo da evitare lo spreco dell'acqua per le misure in continua del tenore di cloro.
Relativamente ai consumi di metano, nel 2012 si è registrato un incremento dei consumi rispetto al 2011, pari al 10,8%, dovuto principalmente alla stagione del riscaldamento e ai mesi febbraio-aprile-dicembre, dove le temperature sono state sensibilmente più fredde rispetto il 2011. Si osserva che il consumo si è attestato sui livelli del 2009.

2. È stata data applicazione alla normativa nazionale e regionale in materia di rendimento energetico del patrimonio immobiliare delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo di minimizzare l'impatto tecnico economico e di massimizzare il risparmio energetico. La gara per il "Multiservizio Manutentivo e Servizio Energia per gli immobili di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma" ha per oggetto tra l'altro la progettazione definitiva/esecutiva, la realizzazione e la successiva manutenzione di un impianto di cogenerazione "chiavi in mano", progettato per funzionare in servizio continuativo con gas naturale, idoneo per il funzionamento in parallelo alla rete elettrica. La potenza elettrica nominale complessiva del progetto presentato è di 2.826 kW elettrici e prevede una produzione elettrica minima da cogeneratore di 18.000 MWh/annui, pari a quasi il 45% del fabbisogno dell'Azienda. La realizzazione dell'impianto, effettuata nell'ambito del global manutentivo, è prevista inizi nel 2013 dopo l'acquisizione dei pareri degli enti competenti. È stato realizzato un impianto di solare termico da 250 kW nell'ambito della riqualificazione del padiglione Barbieri e un impianto di solare termico da 97 kW nell'ambito della costruzione dell'Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla".
3. Sono stati costantemente mantenuti i contatti con il gruppo regionale dei Mobility Manager, partecipando alle iniziative e agli incontri programmati. E' proseguito il rilascio di abbonamenti agevolati per il TPL e abbonamenti per le righe blu a tariffa ridotta.
4. È proseguita la campagna sensibilizzazione, informazione e orientamento rivolta agli operatori dell'Azienda con diverse iniziative e ponendo particolare attenzione alle segnalazioni e suggerimenti da parte dei dipendenti trasmessi con l'indirizzo e-mail iospengolospreco@ao.pr.it.
5. È stata garantita la costante partecipazione al Gruppo Regionale Energia e la trasmissione delle schede per la predisposizione del monitoraggio regionale, fornendo i dati richiesti dagli organismi regionali preposti, caricando i dati sul sistema AEM reperibile al sito http://aem.cup2000.it/ .
6. Nel corso del 2012, l'Azienda è stata promotrice e capofila di una gara per l'acquisto di toner a ridotto impatto ambientale, per l'importo annuo complessivo di € 200.000, di cui € 50.000 aziendali, allo scopo di avviare una sperimentazione che dovrebbe portare, nel capitolato della prossima gara europea di toner, all'inserimento di un lotto dedicato a tale tipologia di prodotto.
   Inoltre, è stata data esecuzione alla fornitura degli arredi per il NOB, dell'importo complessivo € 1.545.000,00, per la cui aggiudicazione all'interno del capitolato di gara sono stati introdotti criteri di aggiudicazione legati al rispetto ambientale, quali: evidenza dell'uso di materiali ecocompatibili ed ecosostenibili, rappresentati da:
   - possesso della eco etichetta per la categoria "arredi" – criteri ecolabel,
   - evidenza della riciclabilità, separabilità e contenuto dell'imballaggio,
   - materiali e trattamenti utilizzati per sedute e armadiature.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
	1. Esiguità 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).

Le Aziende sanitarie sono chiamate a:

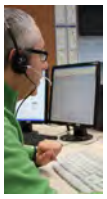
- Ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari;
- Incrementare, in collaborazione con Intercent-er, gli "acquisti verdi" attraverso l'introduzione di criteri di rispetto ambientale;
- Realizzare iniziative di informazione per gli operatori sanitari sull'uso razionale dell'energia e sulla corretta gestione dei rifiuti;
- Garantire il flusso di informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico predisposto da CUP 2000.

Risultati raggiunti

Nel corso del 2012, tra le attività di vigilanza poste in essere, in tema di sicurezza igienica ambientale, particolare rilevanza riveste la **gestione dei rifiuti** prodotti in ambito aziendale, intesa come presidio di tutte le fasi, dalla produzione allo smaltimento del rifiuto.

Le attività sono state realizzate seguendo le precise linee di indirizzo regionali del Programma "Il Sistema Sanitario per uno sviluppo sostenibile", 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) e nel rispetto degli obiettivi specifici assegnati alle varie Aziende Sanitarie. In particolare sono state effettuate diverse azioni tra cui:

- Partecipazione costante agli incontri periodici del Gruppo Regionale Rifiuti Sanitari, al fine di allineare la programmazione aziendale alle linee di indirizzo regionali.
- Effettuazione, in collaborazione con l'Assessorato Politiche per la Salute – Direzione Sanità e Politiche Sociali – Servizio Sanità Pubblica della Regione Emilia Romagna, di ulteriori due edizioni del Seminario sullo Sviluppo Sostenibile "La gestione ambientale", a cui hanno partecipato oltre 115 Professionisti. Complessivamente tra 2010, 2011 e 2012 sono stati formati oltre 485 operatori sanitari.
- Elaborazione della procedura aziendale "*La gestione dei rifiuti sanitari e/o provenienti da attività sanitarie*" redatta sulla base del D.G.R. 1155/2009, in cui sono state affrontate le modalità di gestione di tutti i rifiuti derivanti dalle attività in essere nella nostra Azienda. Per facilitarne la consultazione il documento è stato realizzato in 25 schede operative che sviluppano, per singola tipologia di rifiuto, la definizione, i punti di produzione, la tipologia dei contenitori da utilizzare, le modalità di gestione dalla raccolta all'interno delle unità operative/servizi sino allo smaltimento. La trasmissione del documento aggiornato ha avuto come scopo la revisione delle procedure aziendali e la sensibilizzazione del personale alle problematiche relative alla corretta gestione dei rifiuti, con particolare riferimento al contenimento della produzione, a un'appropriata differenziazione degli stessi, a un ordinato trasferimento e conferimento dei materiali nei punti di raccolta, nel rispetto del contesto ambientale.
- Verifica e monitoraggio delle attività legate alla corretta gestione dei rifiuti, attraverso 114 sopralluoghi, sia presso le unità operative/servizi, sia nei punti di raccolta centralizzati, con la conseguente segnalazione delle "non conformità" rilevate ai servizi competenti aziendali, alle unità operative e alle Ditte coinvolte nella gestione dei rifiuti, per il rispetto dei contratti appaltati in essere. Sono state riscontrate circa 30 segnalazioni di "non conformità", che hanno dato seguito all'applicazione di correttivi con la risoluzione delle problematiche evidenziate.
- Prosecuzione dell'attività di gestione degli scarichi idrici, con particolare riferimento ai reflui prodotti dai laboratori. Sono state condotte analisi sui reflui di laboratorio smaltiti come rifiuti per valutarne la reale composizione quali/quantitativa e il loro trattamento appropriato (rifiuto/compatibilità con l'allacciamento allo scarico fognario) nel rispetto dei vincoli normativi. Tale attività deve essere ulteriormente sviluppata in quanto particolarmente complessa: richiede infatti il coinvolgimento



attivo di diversi servizi aziendali, in funzione dell'elevato numero di apparecchiature di laboratorio e dei continui cambiamenti, dovuti al rinnovo delle attrezzature e ai nuovi contratti in essere (*in service*).

- Potenziamento della raccolta differenziata di carta/cartone e plastica, effettuata nell'ambito del servizio urbano di raccolta. In tale contesto si è provveduto a:
  - coinvolgere da Ditta interessata per valutare le principali tipologie di rifiuti in plastica non pericolosi prodotti, da destinare alla raccolta differenziata (biberon, imballaggi detergenti, antisettici,eccetera), col fine di aumentare la quota di rifiuti inviati al recupero;
  - realizzare campagne informative presso tutte le unità operative/servizi aziendali, tramite l'invio di opuscoli informativi e la pubblicazione sul sito Intranet aziendale delle relative disposizioni;
  - aumentare la consegna di contenitori per la raccolta presso tutte le unità operative/servizi;
  - aumentare il numero di contenitori centralizzati, collocati a piè dei vari padiglioni.

  Non è possibilefornire dati precisi, per l'anno 2012, sulle quantità raccolte rispetto a tali matrici, in quanto il ritiro è effettuato nell'ambito della raccolta istituzionale, a cura della ditta incaricata sull'intero territorio comunale, che non è in grado di fornire dati specifici.
- Controllo e monitoraggio della quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti, di cui si è provveduto a fornire alla Regione i dati di produzione per singolo CER, tramite inserimento nell'apposito programma informatico, predisposto da CUP 2000– Monitoraggio AEM (Ambiente Energia e Mobilità) – nel rispetto dei tempi dettati. I dati inseriti sono relativi alla produzione degli anni 2010 e 2011. Durante l'anno è stata garantita la partecipazione dei Referenti e Utenti al corso di formazione per l'utilizzo del sistema CUP 2000-Monitoraggio AEM, dalla Regione Emilia–Romagna.
- Rinnovo della procedura di cottimo fiduciario per la raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari non a rischio infettivo, pericolosi e non.
- Predisposizione della parte tecnica della nuova convenzione per il ritiro e lo smaltimento delle parti anatomiche riconoscibili prodotte in Azienda.
- Rinnovo del capitolato per l'acquisizione di contenitori per rifiuti sanitari pericolosi (cititossici e citostatici, taglienti e pungenti, taniche per reflui di apparecchiature di analisi) e, nell'ambito del Global Service Economale, rinnovo della fornitura di contenitori in polietilene monouso per RSPRI.
- Rispetto alla disposizione di preferire la fornitura di dispositivi medici riutilizzabili a quelli monouso, l'Azienda ha ritenuto di valutare caso per caso, rispetto a un'attenta analisi costi/benefici.
- E' in corso in Azienda il processo di riduzione del consumo di carta attraverso la dematerilizzazione e la revisione della modulistica.
- In linea con le politiche regionali, per il contenimento e la riduzione della produzione di RSPRI, per l'anno in corso si è privilegiata la formazione del personale, a cui fare seguire attività di controllo programmata con schede di verifica ad hoc e trasmissione degli esiti ai reparti, in modo da dare risalto ai comportamenti "virtuosi" A tal proposito, a partire da ottobre sono stati programmati due corsi di aggiornamento obbligatori, rivolti alle apicalità (Direttori/Coodinatori/Responsabili) per illustrare le procedure aziendali di gestione dei rifiuti, in cui ogni Referente del Gruppo Gestione Ambientale Aziendale è docente e avrà il compito di illustrare la parte di specifica competenza.
-

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Verranno avviate a livello aziendale campagne informative sul modello "Abbi cura del tuo pianeta" e "Io spengo lo spreco", utilizzando il materiale messo a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna. In un'ottica di abbattimento della produzione di imballaggi in plastica, si è provveduto a richiedere, al gestore del servizio ristorazione aziendale, di installare presso i punti mensa, sistemi di trattamento dell'acqua di rete. I Referenti aziendali hanno dato la loro disponibilità a partecipare ad un gruppo di lavoro regionale che si occuperà di approfondire la tematica della gestione dei reflui di apparecchiature di laboratorio. Si rimane in attesa delle decisioni del Governo, in merito all'applicazione del sistema di tracciabilità dei rifiuti – SISTRI, attualmente sospeso..	Tenendo contro delle scadenze contrattuali relative al Global Service Economale verrà valutata la sostituzione di contenitori monouso con i riutilizzabili, per il contenimento della produzione di RSPRI.

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 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).
I costi pro-capite sono l'espressione delle risorse destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione, la loro analisi è finalizzata a produrre informazioni sulle performance delle Aziende USL e ad un confronto fra le Aziende stesse e la media regionale.
Fino allo scorso anno, il calcolo del costo pro-capite veniva effettuato considerando i costi delle Aziende Usl mentre i costi delle Aziende Ospedaliere erano rappresentati esclusivamente come valore economico (tariffe e/o valore dell'accordo) corrisposto dalle Aziende Usl per l'acquisto delle prestazioni. A partire dal costo pro-capite 2011 tale limite è stato superato integrando i costi delle Aziende Usl con la quota di costo eccedente il valore del ricavo derivante dalla produzione delle Aziende Ospedaliere.
Il procedimento di calcolo delle quote da integrare è stato applicato anche al costo pro-capite 2010, per rendere omogenei e confrontabili i risultati dei due anni.
Dall'analisi dei dati (Tabella 1), emerge che il sistema provinciale di Parma nel 2011, nonostante un incremento dei valori economici rispetto al 2010, mantiene valori inferiori di costi pro-capite rispetto alla media regionale.
I livelli di assistenza ai quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha fornito, nel 2011, il suo contributo nell'erogazione delle prestazioni sono da riferirsi a:

- degenza ospedaliera, con il 76% dei posti letto per acuti pubblici della provincia;
- assistenza distrettuale, sub livello assistenza specialistica, con l'erogazione del 62% del valore complessivo della produzione provinciale;
- assistenza distrettuale, sub livello emergenza extraospedaliera, con la gestione della Centrale Operativa 118.

Tabella 1 Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale - Totale sistema provinciale, anni 2010-2011 (con quota parte del finanziamento erogato alle Aziende Ospedaliere del territorio)

Azienda	Anno 2010			Anno 2011			Var. % costi pieni 2011/ 2010	Var. % pop. pesata 2011/ 2010	Var. % costo pro-capite 2011/ 2010	Diff. costo pro-capite 2011/ 2010
	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2010 euro	Costi pieni (x1000)	Popolazione pesata	Costo pro-capite 2011				
Usl Pr	807.018	442.666	1.823,09	822.275	446.091	1.843,29	*1,89%*	*0,77%*	*1,11%*	*20,21*
Media RER	8.167.018	4.395.606	1.858,00	8.203.738	4.432.439	1.850,84	*0,45%*	*0,84%*	*-0,39%*	-7,16

Fonte: Area riservata BdM

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2012 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. Relativamente a quest'ultima tipologia di screening verrà fornito un rendiconto più preciso nel Capitolo 3.2 Universalità ed equità di accesso all'interno del paragrafo relativo ai Programmi di screening.

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

L'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica, come da classificazione ATC, è presentato nel confronto tra 2011 e 2012 (Tabella 2). In particolare la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori ha fatto registrare nel 2012 un contenuto aumento della relativa spesa di circa 1% rispetto a quella del 2011, si può dire in controtendenza rispetto agli ultimi anni in cui si è registrato regolarmente un considerevole aumento. Gli antimicrobici hanno fatto registrare un lieve aumento della spesa pari all'1 % rispetto al 2011 in proporzione ad un lieve aumento di unità posologiche. La categoria dei farmaci del sangue ha avuto una rilevante riduzione della spesa rispetto al 2011 (- € 371.668) dovuta soprattutto alla riduzione di utilizzo di fattori ricombinanti per pazienti emofilici critici. Sono rilevabili risparmi anche nelle categorie dei farmaci del sistema nervoso e del sistema genito-urinario. L'aumento consistente della spesa dei farmaci relativi agli organi di senso è principalmente dovuta all'utilizzo del Ranibizumab utilizzato nel trattamento delle degenerazioni maculari della retina.

Tabella 2 Costi e consumi medicinali e altri prodotti terapeutici classificati in base all'ATC, confronto anni 2011 e 2012

ATC	Descrizione	Numero unità		diff. % unità 2012-2011	Valore economico		diff. % valore 2012-2011
		2012	2011		2012	2011	
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	279.029	261.343	7%	14.853.084	14.693.573	1%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.732.161	1.607.241	8%	9.771.320	9.643.708	1%
B	Sangue e organi emopoietici	2.692.666	2.686.022	0%	4.025.500	4.397.168	-8%
V	Vari	165.562	170.655	-3%	982.719	947.727	4%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.455.152	1.463.513	-1%	894.689	888.283	1%
N	Sistema nervoso	1.139.018	1.112.760	2%	874.458	1.013.784	-14%
M	Sistema muscolo-scheletrico	370.848	361.279	3%	614.315	649.936	-5%
S	Organi di senso	88.332	113.473	-22%	602.928	105.006	474%
R	Sistema respiratorio	273.835	276.083	-1%	342.426	239.600	43%
C	Sistema cardiovascolare	1.529.721	1.535.114	0%	179.923	180.890	-1%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	397.863	393.631	1%	151.681	159.169	-5%
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	82.493	82.808	0%	147.425	185.523	-21%
D	Dermatologici	40.555	40.445	0%	70.038	69.932	0%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	42.780	36.467	17%	25.106	28.513	-12%
Totale		10.290.015	10.140.834	1%	33.535.613	33.202.813	1%

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 2012 l'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione in osservanza alla Legge 405/2001 si è ulteriormente consolidata. Tale attività, sostenuta interamente dal Servizio di Farmacia, ha prodotto nell'anno 2012 un servizio personalizzato a favore di 19.778 pazienti (+ 6% rispetto allo scorso anno), una erogazione di 1.769.010 unità posologiche con un risparmio conseguente per il SSN di € 1.075.331, in crescita rispetto al 2011 ed a vantaggio delle AUSL di appartenenza dei pazienti dimessi (il calcolo del risparmio è stato eseguito – a titolo indicativo - mediante l'applicazione dello sconto del 3,75%). L'attività genera inoltre una virtuosa induzione della prescrizione sul territorio secondo le regole di appropriatezza prescrittiva consolidate ed affermate all'interno della struttura ospedaliera.
Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo erogato è stato nel 2012 pari a € 21.654.873.

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 2012 il contributo dell'Azienda alla produzione provinciale è superiore al 60%.
L'attività erogata in regime ambulatoriale ha subito una lieve flessione rispetto all'anno precedente (-1%) determinata dalla mancata valorizzazione dell'attività ambulatoriale di Pronto Soccorso, e dell'attività di OBI (Osservazione Breve Intensiva) che nel 2012 vengono rendicontate all'interno del flusso di Pronto Soccorso (per il dettaglio vedi tabelle 3-4-5).
Per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio, il contributo dell'Azienda è complessivamente pari al 72%. In tali prestazioni è compresa l'attività di assorbimento dei punti prelievo cittadini dell'Azienda Territoriale la cui attività nel 2012 ha registrato un decremento in termini di numero di prestazioni (-1%) ma stabilità del valore economico.

Tabella 3 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 pag. III

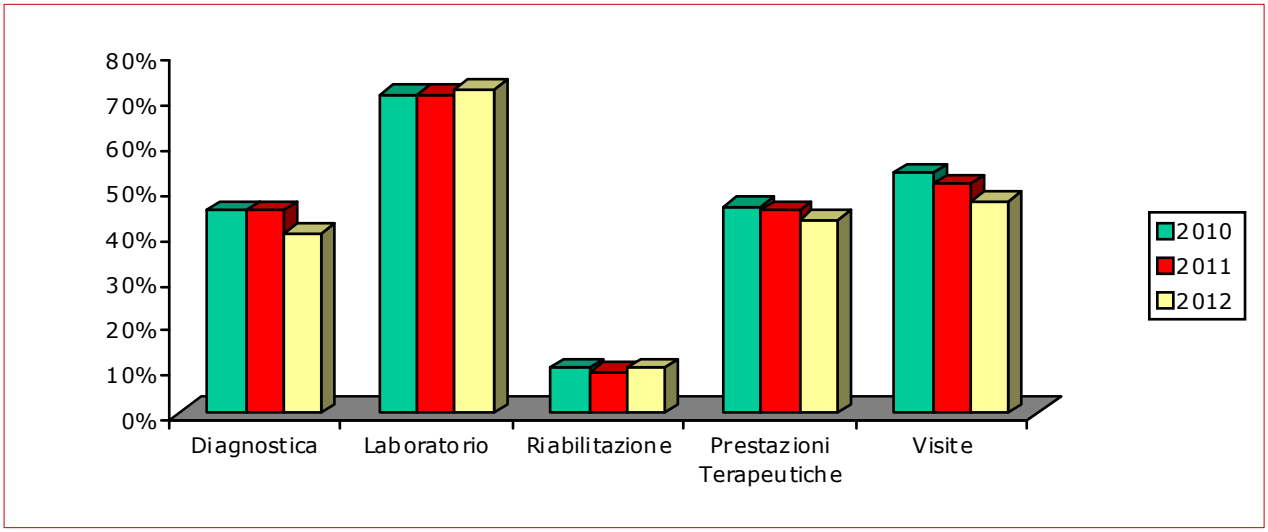
Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2011

Vedi appendice capitolo - 2 pag. IV

Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2012

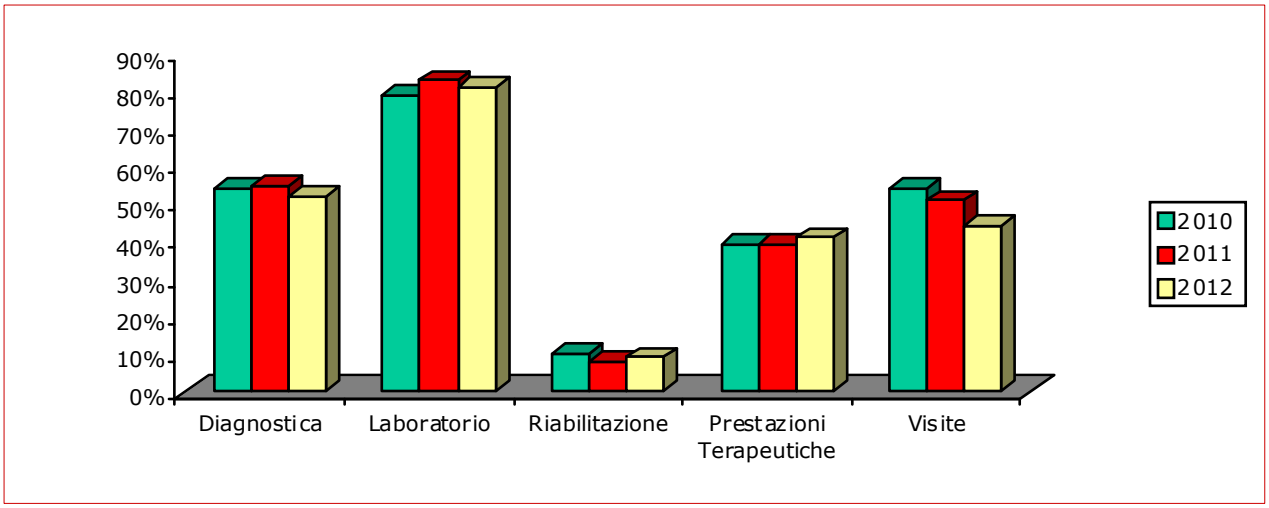
Vedi appendice capitolo - 2 pag. V

Grafico 1 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale provinciale, anni 2010-2012



Fonte: Banca Dati ASA - RER

Grafico 2 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale, anni 2010-2012



Fonte: Banca Dati ASA - RER

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

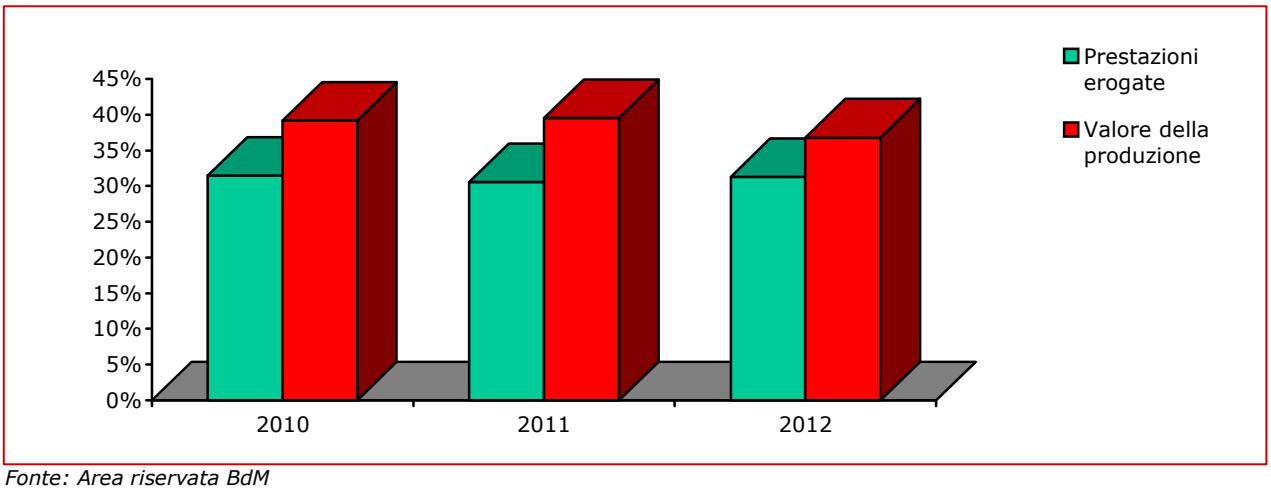
Nell'ambito della produzione aziendale rispetto a quella provinciale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio 2010-2012, relativamente alle prestazioni critiche, ha avuto un incremento sia dei volumi di prestazioni erogate che del valore della produzione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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 2010-2012

Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2010	155.355	31,5%	6.997.287	39,2%
2011	145.761	30,6%	7.155.672	39,5%
2012	186.475	31,3%	8.860.592	36,8%

Fonte: Area riservata BdM

Grafico 3 Percentuale prestazioni critiche erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2010-2012



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 2012 percorsi di Day Service Ambulatoriale di diverso livello e specifici per patologia per un totale di 16.140 prestazioni.

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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2010-2012 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 più del 74% delle prestazioni entro i 60 giorni (contro il 72% della media regionale).
- **Laboratorio**: l'indice di performance nel 2012 è in incremento rispetto all'anno precedente (dopo la flessione registrata nel 2011) sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni che per quelle erogate entro i 60 giorni.
- **Riabilitazione**: nel triennio, l'indice per le prestazioni di riabilitazione ha subito un decremento registrando nel 2012 valori 42% entro i 30 giorni dalla prenotazione e il 75% per le prestazioni erogate entro i 60 giorni.
- **Terapeutiche**: nel triennio 2010-2012 si è assistito ad un incremento dell'indice di performance per le prestazioni terapeutiche entro i 30 e i 60 giorni;
- **Visite**: l'indice di performance 2012, sia per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione che per quelle erogate entro i 60 giorni, è stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 7 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2010

Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

Tabella 8 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2011

Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2012

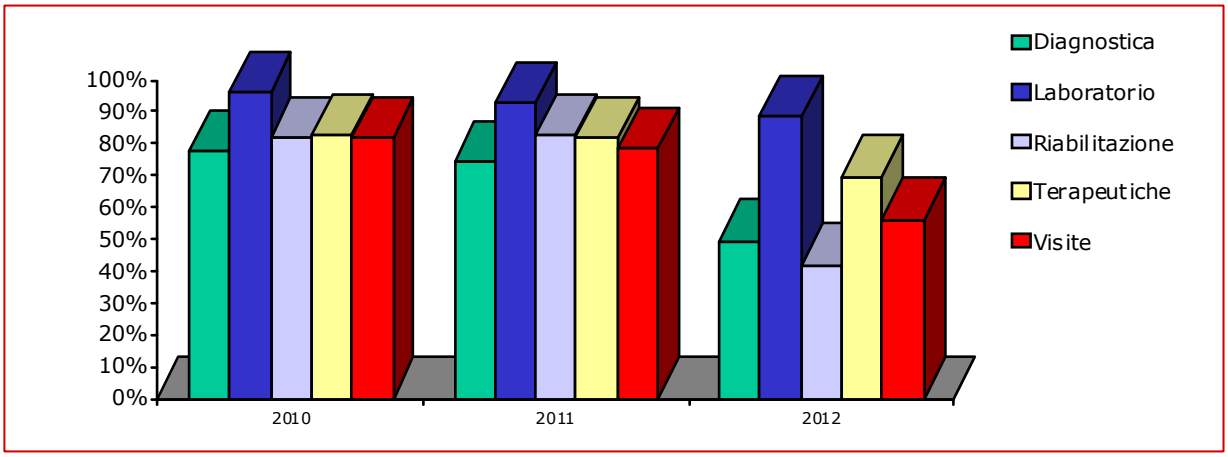
Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

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 2010-2012

Tipologia prestazioni	2010		2011		2012	
	% 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	58,35	77,51	50,6	74,39	49,57	74,42
Totale laboratorio	91,68	95,8	87,01	92,72	88,35	93,53
Totale riabilitazione	58,56	81,97	55,93	82,76	41,98	75,22
Totale terapeutiche	69,98	83,2	64,49	81,96	69,76	83,08
Totale visite	62,14	82,04	55,35	78,62	56,21	78,95

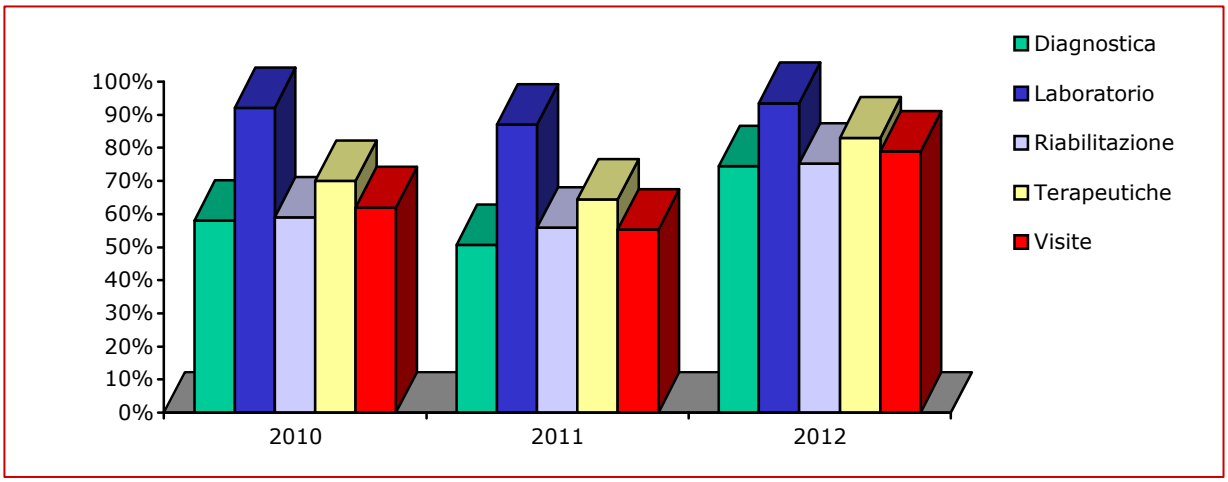
Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 4 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tempi di attesa % prestazioni entro 30 giorni, anni 2010-2012



Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 5 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 60 giorni, anni 2010-2012



Fonte: Banca dati ASA

Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2012 in Azienda sono state erogate 39.118 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 sostanzialmente stabile rispetto al 2011.

Tabella 11 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

Tabella 12 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2012

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
	N° prestazioni SSN	**% prestazioni SSN**	**N° prestazioni LP**	**% prestazioni LP**	**Totale prestazioni**
Dipartimento Emergenza Urgenza	108.048	99%	834	1%	108.882
Dipartimento Onco-Ematologico Internistico	290.693	98%	5.480	2%	296.173
Dipartimento Medico Polispecialistico	113.588	99%	1.426	1%	115.014
Dipartimento Geriatrico e Riabilitativo	34.728	98%	832	2%	35.560
Dipartimento Neuroscienze	32.378	93%	2.592	7%	34.970
Dipartimento Chirurgico	109.393	94%	6.396	6%	115.789
Dipartimento Testa-Collo	100.317	95%	5.706	5%	106.023
Dipartimento Materno-Infantile	127.756	94%	8.527	6%	136.283
Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare	88.152	96%	3.776	4%	91.928
Dipartimento Radiologia e Diagnostica per immagini	140.615	99%	836	1%	141.451
Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio	2.818.700	100%	2.713	0%	2.821.413
Totale	3.964.368	99%	39.118	1%	4.003.486

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 2,82 nel 2010 ad un valore pari a 2,74 nel 2012 confermando un trend in diminuzione.

Tabella 13 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2010

Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera–struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2011

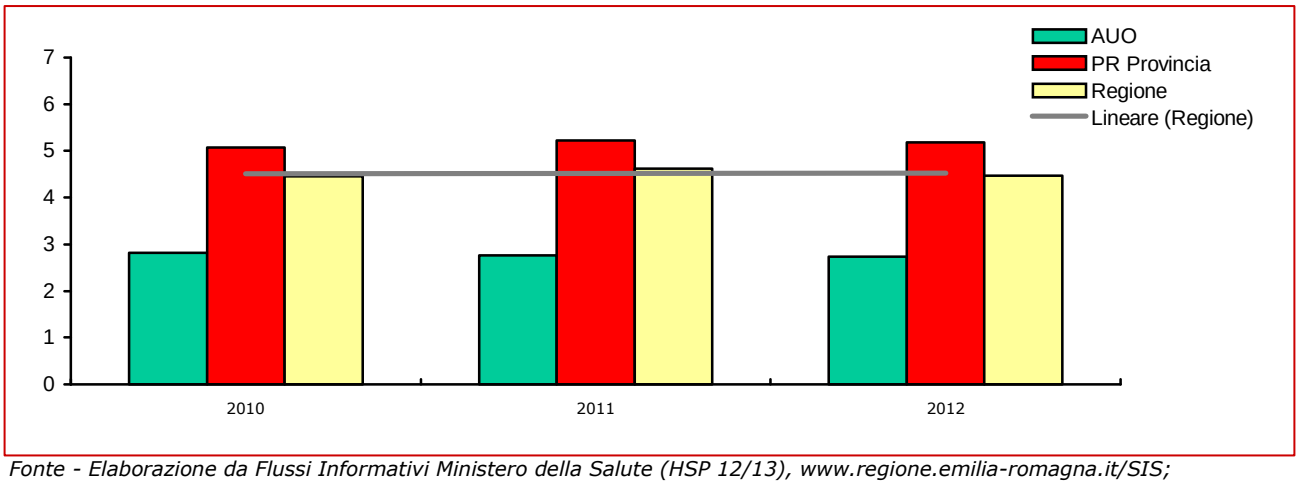
Vedi appendice capitolo 2 - pag. VII

Tabella 15 Assistenza Ospedaliera–struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2012

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati						Indicatori			
					Acuti(*)		Post-acuti							
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accreditati e non accreditati	Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
AUSL Parma	343	6	64	413	355	-	247	85	682					
AOU Parma	1.074	18	126	1.218	-	-	-	-	-	2,41	0,32	0,04	0,28	2,74
Tot. Parma	1.417	24	190	1.631	355	-	247	85	682	3,98	1,21	0,61	0,61	5,19
Tot. Regione	13.309	696	1.354	15.359	2.829	226	899	888	4.586	3,62	0,85	0,36	0,50	4,47

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 1.01.2012 - 4.459.246
*(*) 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.*

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 31/12/2012	% 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%
73	Neonatologia T.I.	5	1%
Totale Funzioni hub		98	11%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2012*		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 3.188 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 30% 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 viene trattata presso la Cardiochirurgia (47%) e presso il Centro Ustioni (44%), mentre l'attrazione dei residenti fuori regione è prevalentemente esercitata dalle funzioni di Nefrologia/Trapianti (53%) e dalla 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 2012

Discipline di ricovero		Ricoveri in AOU	di cui			
			residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
7	Cardiochirurgia	735	342	47%	51	7%
47	Centro Ustioni	133	58	44%	25	19%
48	Nefrologia / Trapianti	226	42	19%	120	53%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	606	95	16%	45	7%
30	Neurochirurgia	1.288	376	29%	283	22%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	28	2	7%	1	4%
73	Neonatologia T.I.	172	52	30%	7	4%
Totale Funzioni hub		3188	967	30%	532	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 2012

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	2.415	88	4%	165	7%
9	Chirurgia Generale	3.169	188	6%	296	9%
10	Maxillo-Facciale	789	235	30%	291	37%
11	Chirurgia Pediatrica	1.419	559	39%	253	18%
12	Chirurgia Plastica	1.005	146	15%	141	14%
13	Chirurgia Toracica	430	30	7%	57	13%

14	Chirurgia Vascolare	641	33	5%	56	9%
18	Ematologia	202	10	5%	22	11%
21	Geriatria	1.889	22	1%	32	2%
24	Malattie Infettive	795	38	5%	69	9%
26	Medicina Generale	6.836	132	2%	256	4%
29	Nefrologia	405	15	4%	36	9%
32	Neurologia	489	27	6%	45	9%
34	Oculistica	721	133	18%	179	25%
36	Ortopedia e Traumatologia	2.966	177	6%	284	10%
37	Ostetricia e Ginecologia	4.002	240	6%	288	7%
38	Otorinolaringoiatria	1.188	149	13%	251	21%
39	Pediatria	2.328	376	16%	136	6%
43	Urologia	1.526	137	9%	161	11%
49	Terapie Intensive (*)	1.372	17	1%	15	1%
50	UTIC	1.256	49	4%	46	4%
51	Astanteria Med. d'Urgenza	2.246	56	2%	148	7%
52	Dermatologia	363	13	4%	70	19%
56	Riabilitazione	182	0	0%	0	0%
58	Gastroenterologia	369	8	2%	18	5%
60	Lungodegenza	2.380	0	0%	2	0%
62	Neonatologia	613	41	7%	14	2%
64	Oncologia	683	35	5%	68	10%
65	Pediatria e Oncoematologia	484	216	45%	38	8%
68	Pneumologia	778	47	6%	43	6%
Totale Funzioni non hub		43.941	3.217	7%	3.480	8%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito
(*) Fisiopatologia respiratoria, Terapia Intensiva Post-Chirurgica e Terapia Intensiva Cardiochirurgia
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 67%, 57% e 52%, 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 il 20% da altre Regioni.

Tabella 19 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2012

Funzioni HUB		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
07	Cardiochirurgia	131	18%	177	24%	34	5%	14	2%	37	5%	393	53%
47	Centro Ustioni	20	15%	9	7%	29	22%	15	11%	10	8%	83	62%
48	Nefrologia/Trapianti	16	7%	3	1%	23	10%	20	9%	100	44%	162	72%
30	Neurochirurgia	148	11%	211	16%	17	1%	96	7%	187	15%	659	51%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	22	13%	27	16%	3	2%	5	3%	2	1%	59	34%
Totale		337	13%	427	17%	106	4%	150	6%	336	13%	1356	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 2012

Funzioni di eccellenza		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	139	18%	54	7%	42	5%	58	7%	233	30%	526	67%
11	Chirurgia Pediatrica	420	30%	90	6%	49	3%	104	7%	149	11%	812	57%
65	Oncoematologia Pediatrica	173	36%	24	5%	19	4%	3	1%	35	7%	254	52%
12	Chirurgia Plastica	91	9%	27	3%	28	3%	56	6%	85	8%	287	29%
Totale		823	22%	195	5%	138	4%	221	6%	502	14%	1879	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 2012								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Reggio E. ricoverati nella disciplina
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
7	Cardiochirurgia	131	29%	55	12%	26	6%	1	0%	213	47%	450
47	Centro Ustioni	20	80%	2	8%	0	0%	1	4%	23	92%	25
48	Nefrologia/ Trapianti	16	46%	8	23%	0	0%	5	14%	29	83%	35
30	Neurochirurgia	148	33%	96	22%	35	8%	55	12%	334	75%	445
73	Neonatologia TI	22	11%	27	14%	5	3%	5	3%	59	30%	198
Totale		337	29%	188	16%	66	6%	67	6%	658	57%	1153

**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 2012								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Reggio E. ricoverati nella disciplina
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
10	Maxillo Facciale	139	70%	35	18%	14	7%	7	4%	195	98%	200
11	Chirurgia Pediatrica	420	74%	69	12%	6	1%	20	4%	515	91%	568
65	Oncoematologia Pediatrica	173	70%	41	17%	0	0%	23	9%	237	96%	248
12	Chirurgia Plastica	91	62%	33	22%	14	10%	8	5%	146	99%	147
Totale		823	71%	178	15%	34	3%	58	5%	1093	94%	1163

**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 l'80% dei casi trattati presso la nostra Azienda, sono in particolare le funzioni di eccellenza ad esercitare attrazione, e tra queste emergono in modo significativo la Chirurgia Pediatrica con il 74% 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 2012								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Piacenza ricoverati nella disciplina
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
7	Cardiochirurgia	177	50%	40	11%	82	23%	1	0%	300	85%	351
47	Centro Ustioni	9	90%	0	0%	0	0%	0	0%	9	90%	10
48	Nefrologia/Trapianti	3	12%	7	27%	12	46%	0	0%	22	85%	26
30	Neurochirurgia	211	51%	15	4%	140	34%	13	3%	379	91%	417
73	Neonatologia T.I.	27	39%	4	6%	34	49%	1	1%	66	96%	69
Totale		427	49%	66	8%	268	31%	15	2%	776	89%	873

**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 2012								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Piacenza ricoverati nella disciplina
		AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
10	Maxillo Facciale	48	64%	2	3%	12	16%	5	7%	67	89%	75
11	Chirurgia Pediatrica	101	67%	3	2%	41	27%	6	4%	151	100%	151
65	Oncoematologia Pediatrica	6	11%	0	0%	28	50%	2	4%	36	64%	56
12	Chirurgia Plastica	22	24%	8	9%	49	53%	7	8%	86	93%	92
Totale		177	47%	13	3%	130	35%	20	5%	340	91%	374

**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, anche se per alcune funzioni si rileva una "fuga" importante verso le province limitrofe della Lombardia.
Infine, l'analisi dei dati contenuti nelle due tabelle che seguono consente di evidenziare che il numero di pazienti residenti nella provincia di Parma che non afferisce alle strutture Hub e di eccellenza dell'AOU di Parma è esigua, ad eccezione della Cardiochirurgia e della Neurochirurgia per 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 2012						Totale Fuga	Indice di Fuga	Residenti Parma ricoverati nella disciplina
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
7	Cardiochirurgia	9	3%	57	20%	4	1%	70	25%	283
47	Centro Ustioni	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	37
48	Nefrologia/Trapianti	0	0%	2	3%	2	3%	4	7%	58
30	Neurochirurgia	42	7%	68	11%	29	5%	139	23%	595
73	Neonatologia TI	9	8%	9	8%	1	1%	19	17%	111
Totale		60	6%	136	13%	37	3%	233	21%	1084

**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 2012						Totale Fuga	Indice di Fuga	Residenti Parma ricoverati nella disciplina
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
10	Maxillo Facciale	4	2%	6	2%	5	2%	15	6%	256
11	Chirurgia Pediatrica	4	1%	17	3%	25	5%	46	8%	549
65	Oncoematologia Pediatrica	6	3%	0	0%	1	0%	7	3%	222
12	Chirurgia Plastica	10	1%	25	3%	9	1%	44	6%	723
Totale		24	1%	48	3%	40	2%	112	6%	1750

**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 1.270.599 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza a gennaio 2012 - Statistica regione Emilia-Romagna).
Dalla tabella 27 risulta evidente la funzione Hub esercitata dalla nostra Azienda, che tratta complessivamente il 30% dei casi di traumi dell'area dell'Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (87%), alla traumatologia addominale (41%) e alla traumatologia intracranica (37%). Relativamente a quest'ultima tipologia di casi, va specificato che una significativa percentuale di casi (21%) 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 2012

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	1759	27%	705	11%	1312	20%	1730	27%	1005	15%	6511
Traumi intracranici	236	22%	87	8%	134	12%	402	37%	226	21%	1085
Traumi toracici	46	28%	12	7%	20	12%	42	25%	45	27%	165
Traumi addominali	32	20%	12	7%	12	7%	67	41%	40	25%	163
Ferite	24	12%	19	10%	39	20%	57	29%	58	29%	197
Ferite arti superiori	70	28%	26	10%	54	21%	89	35%	13	5%	252
Ferite arti inferiori	18	20%	9	10%	13	14%	42	46%	10	11%	92
Traumi vasi sanguigni	11	39%	4	14%	0	0%	12	43%	1	4%	28
Traumi superficiali	12	19%	8	13%	16	25%	19	30%	8	13%	63
Traumi da schiacciamento	5	19%	2	8%	7	27%	11	42%	1	4%	26
Ustioni	15	9%	0	0%	0	0%	151	87%	8	5%	174
Traumi nervi e midollo	16	29%	4	7%	9	16%	20	36%	7	13%	56
Totale	2244	25%	888	10%	1616	18%	2642	30%	1422	16%	8812

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. I ricoveri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma hanno subito un calo nel 2012 rispetto all'anno precedente anche in considerazione del fatto che l'attività effettuata per i pazienti affetti da fibrosi cistica trova collocazione soprattutto all'interno dell'area ambulatoriale.

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

Residenza	2010		2011		2012	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	7	9%	5	6%	5	9%
Parma	24	30%	28	33%	21	37%
Reggio Emilia	21	26%	16	19%	12	21%
Modena	2	2%	1	1%	3	5%
Bologna	5	6%	13	15%	3	5%
Rimini	1	1%	-	0%	1	2%
Imola	1	1%	1	1%	3	5%
Fuori Regione	19	23%	20	24%	9	16%
Totale	81	100%	84	100%	57	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, dopo la flessione avuta nel 2011, registra un incremento, senza però tornare ai livelli del 2010, raggiungendo nel 2012, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 128 per 1.000 abitanti, al di sopra della media regionale che ha un valore pari a 125 per 1000 abitanti.

Per i ricoveri in regime di day hospital, invece, il tasso di ospedalizzazione standardizzato complessivo della provincia evidenzia un trend in decremento, passando dal 49,1 per 1000 abitanti del 2010 al 43,80 del 2012. 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 DH, verso forme assistenziali più appropriate.
Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 58,2% nel 2012, per il regime ordinario. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (40,8%), 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 2012

Azienda di residenza	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	128,34	58,2	19,94	64,5	23,86	36
Reggio Emilia	121,52	45,9	21,67	64,7	22,38	42,1
Modena	121,28	29	17,11	34,5	17,28	25,1
Bologna	129,03	36,9	17,81	47,1	18,80	30,9
Ferrara	124,47	44	17,56	66	21,42	45,2
Totale E R	125,33	40,8	19,46	53,0	19,35	34,6

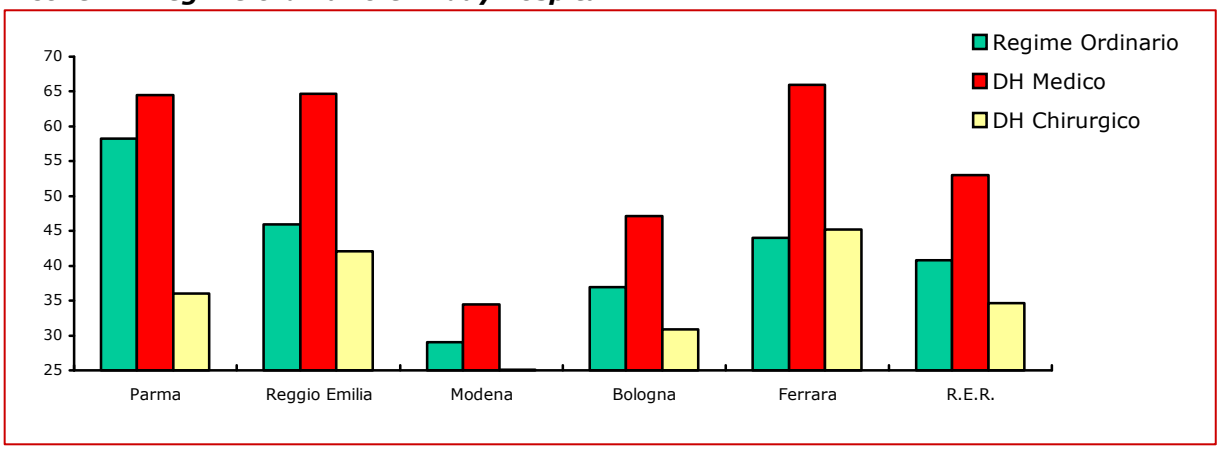
Fonte: Area riservata BdM

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
2010	130,88	57,7	23,55	58,6	25,57	36,9
2011	126	57,2	22,52	58,2	24,95	38
2012	128,34	58,2	19,94	64,5	23,86	36

*Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. *Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2012 in contestazione. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2012.*
La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2010. 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 2012. 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 2012 nell'AOU di Parma sono stati effettuati 52.674 ricoveri, di cui il 22% 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 175 ricoveri nel 2012). Tale quota rappresenta lo 0,3% della casistica complessiva. Nell'ultimo triennio i valori percentuali di ricoveri in libera professione

hanno registrato un trend in decremento attestandosi al di sotto della media regionale (0,92%) e sono da attribuire quasi interamente (89% dei casi) a ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 31 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale, anni 2010-2012

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		
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%
2012	AOU Parma	52.674	175	22.276	156	42,3%	89,1%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	262.992	2.416	110.015	2.177	41,8%	90,1%

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 2010-2012

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2012	41.335	151	11.339	24	52.674	175	78,47	21,53	0,33

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 2010-2012

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2012	197.536	2.215	65.456	201	262.992	2.416	75,11	24,89	0,92

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 2010-2012

Vedi appendice capitolo 2 - pag. VII

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).

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
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%
2012	AOU Parma	41.335	3.215	7,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	197.536	13.698	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 inappropriatezza 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.
Nel 2012 la percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati, seppur incrementata rispetto al 2011, è inferiore 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
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%
2012	AOU Parma	2.598	51.911	5,0%
	Aziende Ospedaliere RER	14.734	254.915	5,8%

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

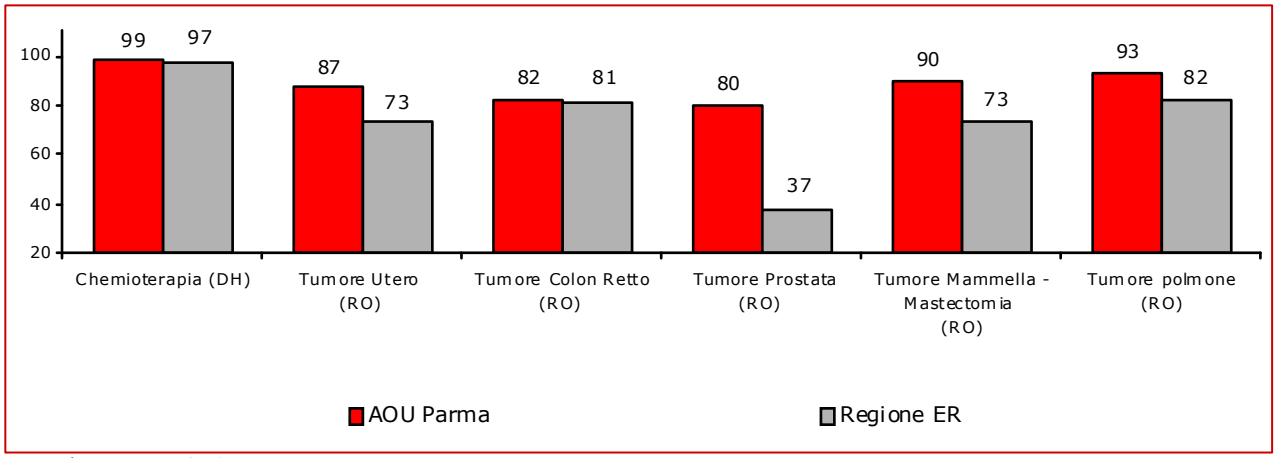
- intervento protesi d'anca: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 gg,
- tonsillectomia: 90% dei pazienti entro 180 giorni, 50% entro 90 gg;

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) nel corso del 2012 sono stati realizzati numerosi sforzi per avvicinarsi allo standard di riferimento regionale, che prevede la realizzazione delle prestazioni entro 30 giorni per il 100% dei pazienti. Si registra, infatti, un trend in miglioramento per quanto riguarda, ad esempio, gli interventi sul tumore della prostata per il quale si è passati dal 51% dei pazienti trattati a 30 giorni nel 2010, all' 80% del 2012, a fronte di una media regionale con valori inferiori al 40% dei casi. Buoni i risultati relativamente alla patologia tumorale maligna del polmone che viene trattata nel rispetto dei tempi d'attesa nel 93% della casistica, valore decisamente superiore a quello della media regionale (82%). Per il tumore del colon-retto la percentuale di pazienti trattati entro 30 giorni è dell'82%. Per quanto riguarda il tumore dell'utero e il tumore della mammella (limitatamente alle mastectomie) nel 2012 si è intervenuti chirurgicamente entro 30 giorni, rispettivamente nell'87% e nel 90% delle pazienti in lista di attesa, a fronte di una media regionale pari al 73%. Occorre inoltre considerare che per quest'ultima tipologia di tumore, l'80% degli interventi vengono oggi effettuati in regime di day surgery o one-day surgery con tempi di attesa sono inferiori.

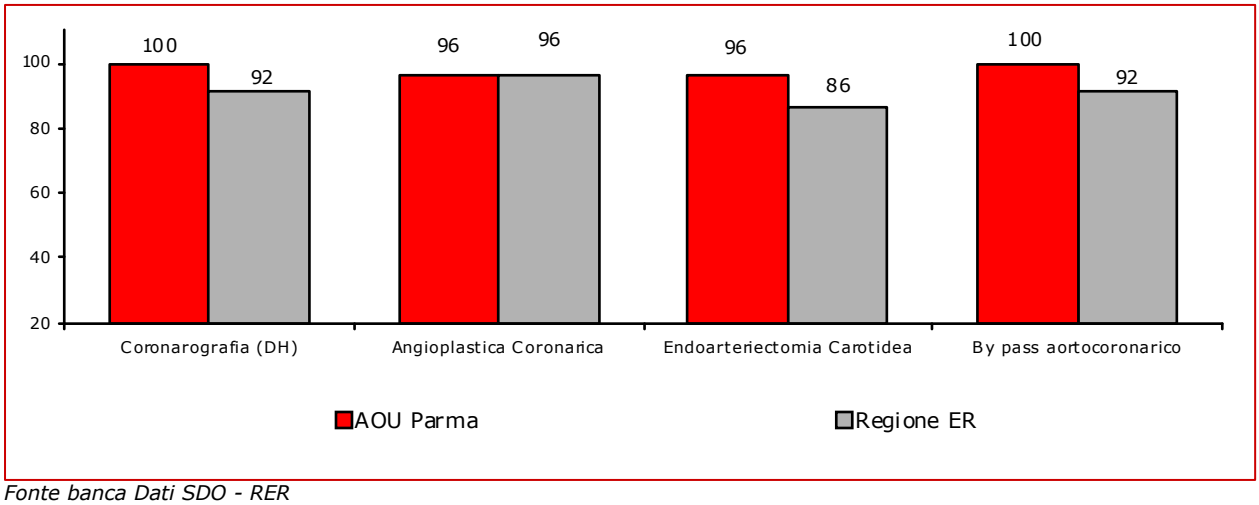
Grafico 8 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Oncologica, anno 2012



Fonte banca Dati SDO - RER

Rispetto all'**area cardiovascolare**, ottimi sono i risultati per tutte le procedure oggetto di monitoraggio con valori superiori a quelli fissati dall'obiettivo regionale che definisce quale standard la realizzazione delle prestazioni, entro 60 o 90 giorni, nel 90% dei casi.

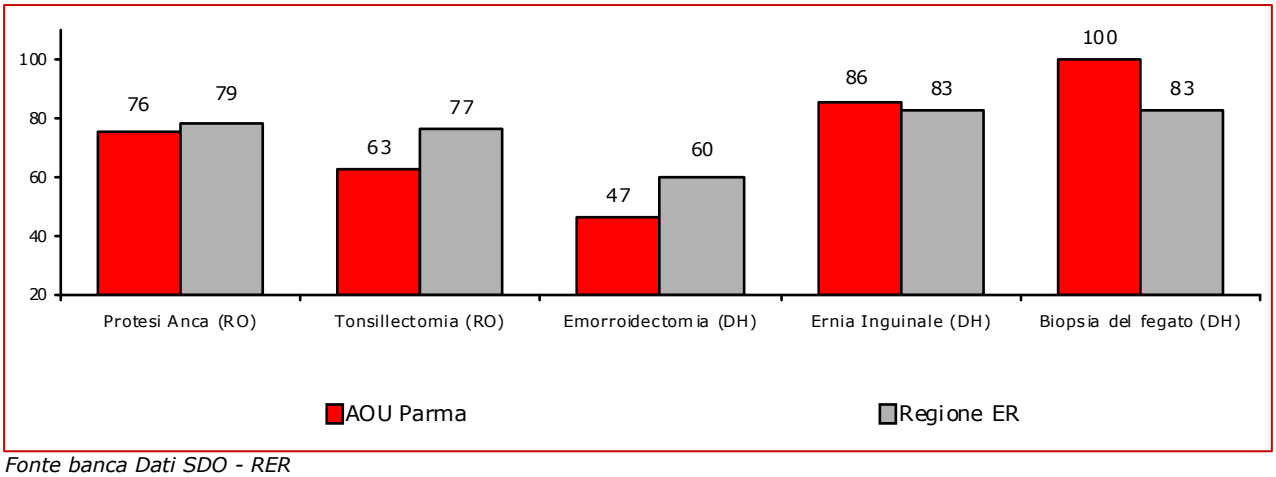
Grafico 9 Rispetto dei tempi d'attesa- valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Cardiovascolare, anno 2012



Fonte banca Dati SDO - RER

Per l'**area non oncologica** la Regione pone come obiettivo la realizzazione del 50% degli interventi entro 90 giorni e del 90% entro 180 giorni. Gli interventi di protesi d'anca nel 2012, presso la nostra Azienda, rispettano lo standard regionale nel 76% dei casi, valore in linea con la media regionale (76%) anche se inferiore all'obbiettivo fissato.
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, per le procedure di biopsia epatica e riparazione di ernia inguinale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si pone 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 2012



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 2012

Vedi appendice capitolo 2 - pag. VIII

Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2012

Vedi appendice capitolo 2- pag. IX

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 2012, rispetto all'anno precedente, è pari al +4,25%.
Parallelamente è aumentato anche il numero di ricoveri, a fronte però di un indice di filtro del 16,9%, stabile rispetto all'anno precedente. 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.

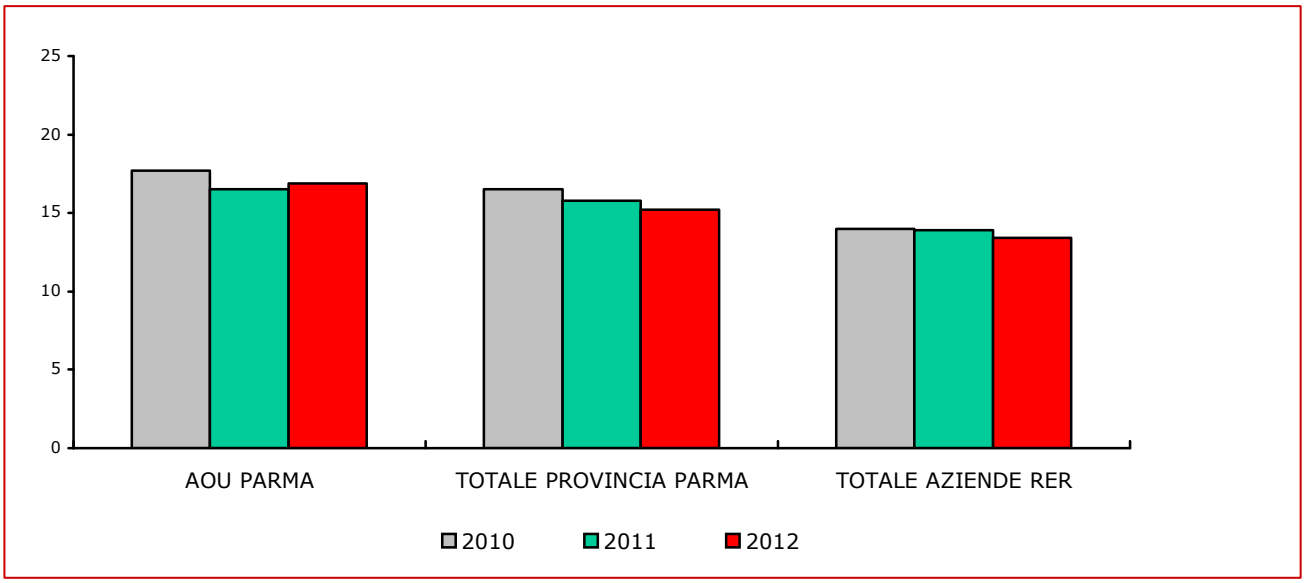
Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assorbe il 69% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota in incremento negli ultimi tre anni.

Tabella 39 Accessi in PS, anni 2010-2012

Disciplina	2010			2011			2012		
	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%	Accessi	Ricoveri	%
AOU Parma	82.535	14.616	17,7	84.425	13.936	16,5	88.014	14.912	16,9
AUSL Parma	39.325	5.441	13,8	38.886	5.546	14,3	39.632	6.009	15,2
Totale	121.860	20.057	16,5	123.311	19.482	15,8	127.646	20.921	16,4
Regione ER	1.826.192	255.021	14,0	1.864.847	259.499	13,9	1.821.086	243.767	13,4
% accessi AOU Parma			67,73			68,47			68,95

Fonte: Area riservata BdM

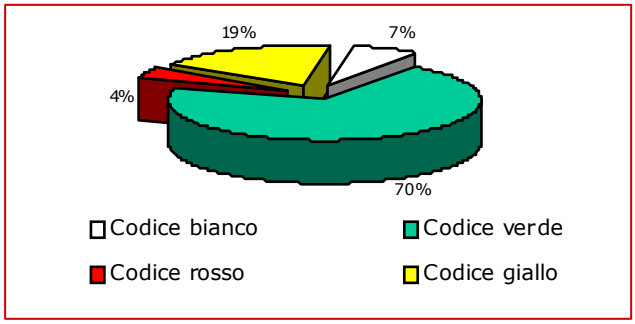
Grafico 11 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto AOU di Parma, provincia di Parma e regione, anni 2010-2012



Fonte: Area riservata BdM

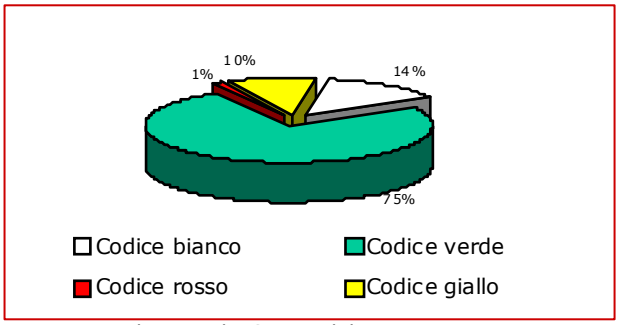
Dall'analisi dei dati del 2012, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso (grafico 12), si evince come il 70,5% della casistica sia rappresentato dai codici verdi, seguito dai codici gialli (18,5%), dai codici bianchi (7,3%) e infine dai codici rossi (3,7%), dato sovrapponibile a quello del 2012, 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 2012 il 15,35% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (13.561), in lieve calo rispetto allo scorso anno (13.784, pari al 16,1% di tutti gli accessi).
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 2012



Fonte: Applicativo di PS aziendale

Grafico 13 Accessi in PS, stranieri, anno 2012



Fonte: Applicativo di PS aziendale

Le cittadinanze più rappresentate sono l'Albania, la Moldova, il Marocco, la Tunisia e la Romania, che costituiscono il 52% degli accessi degli stranieri. Per quanto concerne l'ospedalizzazione, il 6% degli accessi in PS da parte di popolazione migrante è stato ricoverato in un reparto di degenza, mentre la percentuale di ricovero su tutti gli accessi è del 17%.

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 2012 rappresenta l'8% di tutti gli accessi in PS (lo standard di riferimento è compreso tra 3 e 8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 72%, 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 di 18 ore.

Tabella 40 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2012

	2012	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	6.822	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	8%	3 - 8%
Tempi medi di osservazione	18 h	>6h e < 24h
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	72%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	69%	

Fonte: Banca Dati PS - RER

Piano sangue

DGR 653/2012 all. B - Obiettivo 2.21 - Piano Sangue Regionale

Nell'ambito del Sistema Sangue regionale, l'alta specializzazione delle tecnologie, la necessità di sviluppare competenze professionali specifiche in alcuni settori di eccellenza e l'ampia dimensione delle strutture produttive hanno trovato terreno fertile per lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, come già avvenuto per l'Area Vasta Romagna con l'istituzione dell'Officina Trasfusionale.

Il suddetto modello – come dettagliato nel Piano Sangue e Plasma 2011-2013 in via di definizione - deve ulteriormente evolversi per consentire al meglio l'affinamento delle competenze adeguandole ai diversi livelli produttivi e deve estendersi alle altre Aziende, in AVEC ed in AVEN, che devono prevedere specifiche azioni per la realizzazione della concentrazione delle attività di lavorazione e validazione del sangue. Inoltre, ai fini della promozione, del monitoraggio e della verifica dell'utilizzo clinico appropriato degli emocomponenti e dei farmaci plasmaderivati, nonché per la garanzia di sicurezza del processo trasfusionale, le Aziende si devono impegnare a:

- effettuare un'analisi del processo trasfusionale al fine di assicurare la tracciabilità ed identificazione univoca del paziente e del donatore e la segnalazione delle reazioni avverse e degli incidenti lungo tutto il processo dalla donazione alla trasfusione.
- garantire il regolare funzionamento del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue e delle Cellule Staminali da Sangue Cordonale promuovendone l'attività in un'ottica di Area Vasta, con particolare riferimento all'appropriatezza dell'utilizzo di sangue e plasmaderivati;
- contribuire al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti e emoderivati.

Risultati raggiunti

L'attenzione si è rivolta sui cardini dell'attività trasfusionale e sul consolidamento di quanto richiesto nel Piano Sangue 2008-2010. Il mantenimento dell'autosufficienza in ambito provinciale ed il contributo all'autosufficienza regionale e nazionale è stato garantito grazie ad una raccolta di sangue che nel 2012 è stata sovrapponibile a quella del 2011 (-0,19 %) rispondendo alle necessità cliniche (+0,15 %) e che, grazie ad una oculata gestione delle eccedenze, ha permesso di garantire per l'autosufficienza extraprovinciale 2787 unità (+14,7 %). Il conferimento di plasma all'Industria per la produzione di emoderivati è risultata maggiore (+1,47 %) soprattutto in termini qualitativi (plasma A = +8,74 %; plasma B = +2,05 %; plasma C = -11,89 %). La produzione di emocomponenti (in particolare quelli destinati alla terapia piastrinica: pool di piastrine da buffy-coat) ha raggiunto, grazie ad una continua opera di perfezionamento tecnologico, livelli qualitativi di altissimo standard. La Medicina Trasfusionale ha supportato con grande efficienza ogni necessità partecipando in maniera indispensabile ad attività cliniche di altissimo livello (trapianti di staminali da Donatore incompatibile per patologie ematologiche; trapianti di rene da Donatore AB0 incompatibile).

Le periodiche riunioni del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (a valenza provinciale) ha consentito di mantenere sotto controllo l'utilizzo appropriato degli emocomponenti (tabella 41).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Sono continuate le riunioni di Area Vasta Emilia Nord propedeutiche all'implementazione di una concentrazione delle attività produttive.

E' iniziata una azione disincentivante nei confronti delle richieste di autodonazione mediante predeposito (-22,1%), in coerenza con le indicazioni cliniche attuali.

Tabella 41 Confronto attività di raccolta sangue, anni 2011-2012

Programma speciale sangue	Unità raccolte	Uso clinico	%	Unità esportate	%
2011	29.792	25.148	84,41	2.441	8,19
2012	29.761	25.186	84,63	2.787	9,36

Fonte:Centro Trasfusionale azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Tabella 42 Confronto consumi di Unità "rosse", anni 2011–2012

Programma speciale sangue	Raccolta 2011	Raccolta 2012	Differenze % 2012-2011
Parma	27.168	27.400	0,9
Totale RER	246.200	246.074	-0,1

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.

Nel corso dell'anno 2012 l'attività trapiantologica è stata sostanzialmente sovrapponibile rispetto a quella dell'anno precedente, sia per quanto concerne l'attività di trapianto da vivente che da cadavere. In particolare sono stati eseguiti 36 trapianti di rene da donatore cadavere (35 trapianti singoli, 1 doppio trapianto), 5 trapianti da vivente (di cui 3 AB0 incompatibili) con prelievo dell'organo portato a termine in tutti i donatori con tecnica laparoscopica.

Anche nell'anno 2012 i risultati dell'attività di trapianto renale da cadavere sono stati sovrapponibili a quelli dei migliori Centri nazionali ed internazionali, nonostante l'elevata complessità clinica della casistica trattata. Tali dati sono riportati in dettaglio sul sito del Centro Nazionale Trapianti.

Per quanto riguarda i trapianti di rene da vivente, la sopravvivenza attuariale dell'organo è risultata del 96,2% a 5 anni e del 91,2% a 10 anni, mentre la sopravvivenza del paziente è stata rispettivamente del 100% a 5 anni e del 94,1% a 10 anni.

I risultati complessivi del trapianto di rene-pancreas simultaneo possono essere considerati anch'essi soddisfacenti (sopravvivenza attuariale del paziente del 93,4% a 5 anni e del 86,1% a 10 anni, sopravvivenza dell'organo del 94,2% a 5 anni e del 91,6% a 10 anni con un follow-up medio di 81 mesi). La lista d'attesa per il trapianto di rene-pancreas consta attualmente di 5 pazienti, di cui 4 idonei ed 1 in sospeso per motivi clinici.

Per quanto concerne l'attività di trapianto renale da vivente AB0 incompatibile sono stati effettuati con ottimi risultati 7 trapianti. In base alla nostra esperienza ed ai dati più recenti riportati in letteratura, durante l'anno il protocollo è stato ulteriormente affinato per essere reso ancor più sicuro, flessibile e "cost-effective". Infine, nel post-operatorio i trattamenti aferetici sono stati eseguiti solo in casi selezionati.

Nel corso del 2012 abbiamo perfezionato ulteriormente la metodica ELISPOT per il monitoraggio immunologico del paziente trapiantato aggiungendo la determinazione di Granzyme B and Perforin e BK virus. Abbiamo inoltre approfondito la valutazione dei risultati del monitoraggio tramite Cylex Immuknow nei riceventi di trapianto di rene o di rene-pancreas durante primi 36 mesi di follow-up. Le differenti indagini di monitoraggio immunologico (ELISPOT e Cylex Immuknow) verranno integrate per ottimizzare la gestione della terapia immunodepressiva, riducendo contemporaneamente il rischio di rigetto ed d'infezioni post-trapianto.

Il Centro Trapianti è parte attiva nel Gruppo di Lavoro DESCARTES a cui hanno aderito circa 350 professionisti di 55 Paesi diversi. Tale rete di collaborazione ha lo scopo di favorire la interazione tra i diversi Centri Trapianto per lo sviluppo di attività formative e programmi di ricerca con particolare riguardo al trapianto pre-emptive, al trapianto nel donatore anziano, all'identificazione e lo studio dei pazienti con tolleranza verso il trapianto.

Tabella 43 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2009-2012

Tipologie	2009	2010	2011	2012
Segnalati	30	37	31	19
Opposizioni	9	7	9	4
Opposizioni procura	1	-	2	-
Non idoneo	2	8	2	-
Effettivi	18	21	14	14
Utilizzati	17	18	14	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 2009 al 2012 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali), da cui si evidenzia un incremento nel 2012 degli organi prelevati e trapiantati rispetto all'anno precedente. L'AOU di Parma svolge un'efficiente attività di procurement, è infatti uno dei centri che fornisce il maggiore contributo in Emilia-Romagna, nel 2012 gli organi procurati dalla nostra Rianimazione rappresentano il 13% del totale.

Tabella 44 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2009- 2012

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
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
2012	4	4	13	13	22	17	1	0	4	4	44	38
Totale RER	22	22	102	99	175	149	2	0	14	13	315	283

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 2009 al 2012 con il dettaglio relativo a cornee, cute, osso e cartilagini, vasi e valvole prelevate, da cui si evidenzia un incremento dell'attività nel 2012 relativamente al prelievo di osso e cartilagini e un sostanziale mantenimento delle restanti attività di prelievo, fatta eccezione per le cornee che dal 2010 presentano un trend in decremento**.**

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
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
2012	94	187	4	7.760	14	66	2	5	2	4

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

Nella tabella 46 i dati più significativi sono da riferirsi all'incremento dei trapianti di cornea e ai trapianti di midollo allogenici. Questi ultimi sono in relazione a specifici indirizzi terapeutici adottati dalla Unità Operativa di Trapianti di Midollo Osseo di cui si fornisce approfondimento nel Capitolo 3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa.

Tabella 46 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2010	2011	2012
Cornea	56	59	77
Midollo	30 autologhi	26 autologhi	13 autologhi
	0 allogenici	1 allogenici	10 allogenici
Rene	42 di cui	39 di cui	41 di cui
	8 da vivente	5 da vivente	5 da vivente
Rene-pancreas	1	3	-
Pancreas isolato	-	-	-

Fonte: Banca Dato SDO – RER
Nota: I dati sono riferiti ai dimessi nel corso del 2012.

Qualità dell'assistenza

La qualità dell'assistenza viene valutata attraverso specifici indicatori che riguardano principalmente l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficacia.
Si tratta complessivamente di 14 indicatori, individuati dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con le Aziende sanitarie. 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".
In questa sezione troveranno ospitalità solo 6 dei 14 indicatori individuati, tale scelta è 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

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%, e paesi come l'Italia e la Spagna con valori inferiori al 40%. Occorre precisare che, nel corso del 2012, anche al fine di migliorare tale parametro, l'area ortopedica dell'Azienda è stata coinvolta in un importante processo di riorganizzazione, tutt'ora in corso, inserito all'interno del progetto dell'ospedale per intensità di cure. Questo ha comportato, tra le altre cose, la definizione di nuovi assetti organizzativi e di percorsi differenziati per la traumatologia e per l'elezione, i cui risultati saranno probabilmente evidenti nel corso del 2013-2014. Si rimanda per approfondimento al capitolo 3.5 *Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa* dedicato, all'interno dell'apposita sezione relativa all'innovazione dei processi di cura, alla descrizione del progetto di riorganizzazione per intensità di cure in Ortopedia.

Tabella 47 Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero > 18 anni, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2008-2012

Azienda di ricovero	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	257	53,9	261	59,5	208	49,3	215	55,8	208	48,4
Totale Aziende Osp. RER	816	41,2	890	45,5	845	43,1	971	51,5	1.181	56,3
Totale RER	2.493	39,4	2.639	41,9	2.581	42,3	2.879	49,0	3.691	55,5

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 viene citata la 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 al 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 hanno avuto un parto cesareo precedente). La nostra azienda registra nel 2012 una significativa diminuzione del valore rispetto agli anni precedenti attestandosi al 23% (pari a 4 punti percentuali in meno) al pari della media delle aziende ospedaliere della regione. La media regionale si mantiene nel corso dei cinque anni intorno al 20%.

Tabella 48 Parti con taglio cesareo primario per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2008-2012

Azienda di ricovero	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	600	28,6	627	28,8	628	27,3	574	27,3	526	23,2
Totale Aziende Osp. RER	2.758	24,9	2.732	24,1	2.624	23,4	2.595	23,8	2.653	22,7
Totale RER	7.222	21,8	7.224	21,6	6.918	20,9	6.652	20,0	6.835	19,8

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 più del 94% della casistica con un valore superiore sia alla media delle aziende ospedaliere della regione che alla media regionale complessiva, come risulta dalla tabella 49.

Tabella 49 Interventi di colecistectomia laparoscopica per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2008-2012

Azienda di ricovero	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	399	91,5	423	95,1	435	93,5	365	92,9	335	94,6
Totale Aziende Osp. RER	1.069	89,7	1.201	91,1	1.283	91,3	1.132	91,6	1.091	93,5
Totale RER	4.534	89,0	4.841	88,9	5.013	89,2	4.710	90,8	4897	92,0

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

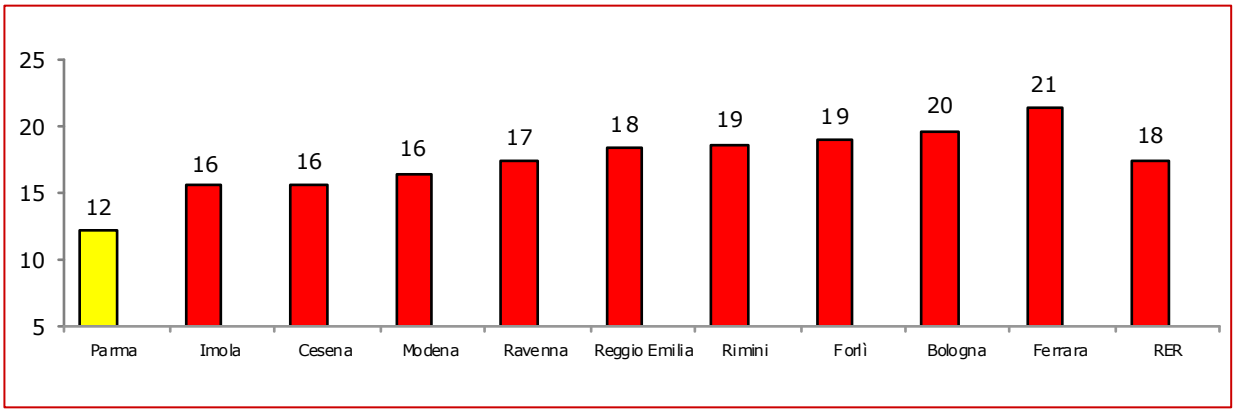
L'ictus ("stroke"), insieme ad altre condizioni cerebrovascolari, è fra le prime cause di morte in molti paesi. Il tasso di mortalità per stroke, rispecchia sia la gravità clinica dei pazienti sia la qualità e l'efficacia del trattamento e dell'assistenza erogati. Quest'ultimo aspetto riguarda non solo 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 50 mostra come il tasso di mortalità calcolato su pazienti il cui ricovero è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si pone decisamente 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 , con un evidente trend in diminuzione nel corso del triennio (valori dell'indicatore intorno a 12) (grafico 14).
Occorre specificare che tale risultato è frutto dell'attivazione (nel corso del 2010), presso la nostra azienda, di due aree dedicate allo Stroke e i cui effetti sulla qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da tale patologia si sono resi evidenti proprio nel corso del 2011.

Tabella 50 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2009-2011*

Azienda di ricovero	2009		2010		2012	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	119	16,3	137	17,3	90	12,1
Totale Aziende Osp. RER	481	18,2	524	18,5	485	17,6
Totale RER	1.777	19,1	1.832	18,7	1.644	17,5

**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 2011



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 importati 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 51 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 alla media di riferimento regionale (nel 2012 la differenza è di 5 punti percentuali).

Tabella 51 PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2009-2012

Azienda di ricovero	2009		2010		2011		2012	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	209	56,0	212	59,7	228	68,5	201	65,0
Totale Aziende Osp. RER	1.045	62,8	958	64,0	1.040	67,1	942	66,3
Totale RER	2.291	55,5	2.224	58,9	2.379	60,4	2.237	60,2

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

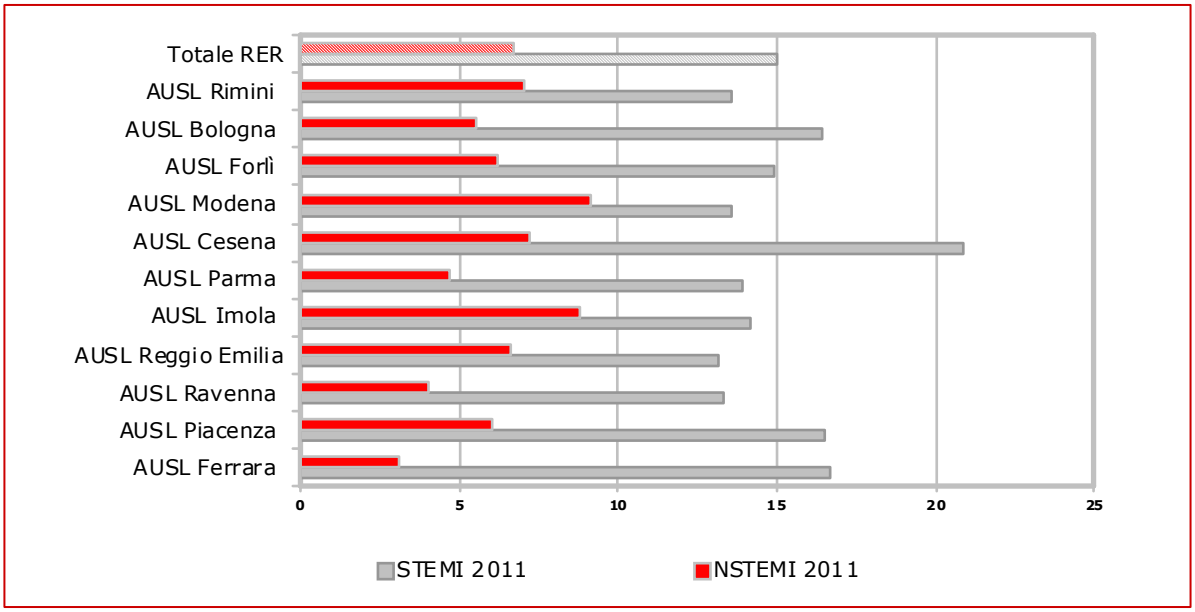
La mortalità per Infarto Miocardico Acuto rappresenta un elemento importante di valutazione della tempestività delle cure prestate e della loro appropriatezza. L' indicatore calcolato per azienda di ricovero vede l'AOU di Parma ben posizionata all'interno della regione con un valore del 13% nel 2011 al sotto della media regionale e in decremento rispetto al 2010 (tabella 52); tale flessione è attribuibile 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. Decremento anche rispetto alla casistica NSTEMI (quella senza sopralivellamento del tratto ST) che ha raggiunto nel 2011 il 6% valore inferiore anche alla media regionale.

Tabella 52 Mortalità a 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI e NSTEMI (con o senza sopralivellamento del tratto ST), per azienda di ricovero, anni 2009-2011*

Azienda di ricovero	2009	2010	2011	2009	2010	2011
	STEMI			NSTEMI		
AOU Parma	14,3	15,0	13,1	4,7	7,5	5,5
Totale RER	16,0	14,0	15,0	7,5	8,1	6,7

Fonte: Area riservata Bilancio di missione.
**L'indicatore non è aggiornato al 2012 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 2011



2.4 Ricerca e didattica

La letteratura sottolinea l'inscindibilità tra le attività di ricerca e didattica. Se gestiti in sinergia, infatti, i due ambiti possono favorirsi reciprocamente e apportare numerosi vantaggi: validi programmi di formazione, oltre ovviamente a fornire agli studenti competenze e conoscenze, permettono loro di sviluppare la capacità di analisi, comprendere i processi della ricerca biomedica, ispirano curiosità ed entusiasmo per le materie scientifiche e favoriscono la nascita di collaborazioni [Anderson 2011, Science; Gregg-Jolly 2011, Science]. Didattica e ricerca sono inoltre strettamente connesse all'assistenza: la proficua collaborazione tra il settore accademico e l'area assistenziale, infatti, rende tempestivo il trasferimento delle conoscenze derivanti dalla ricerca di base all'ambito clinico, a beneficio dei pazienti [Wolf 2008, JAMA].

La Regione Emilia-Romagna riconosce il ruolo fondamentale del binomio ricerca e didattica all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS, e lo sostiene anche attraverso finanziamenti dedicati al sistema integrato Servizio Sanitario Regionale-Università. In particolare, nel 2012 ha assicurato un sostegno finanziario complessivo di oltre 47 milioni di euro, a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione aziendale.

Con queste premesse, è chiaro che l'impegno dei professionisti in materia di ricerca e didattica debba essere adeguatamente valutato, riconosciuto e valorizzato. Purtroppo però, mentre per le attività di ricerca esistono diversi modelli di valutazione e relative modalità di valorizzazione, l'impegno nella docenza non viene sempre considerato come merita, finendo con l'essere a volte sottovalutato.

Recentemente tuttavia, un tentativo in questo senso è stato fatto in Italia, con l'istituzione dell'Agenzia di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR), attiva dal 2011. L'ANVUR ha messo a punto criteri per valutare i prodotti della ricerca secondo due diverse procedure: 1) a livello degli atenei e delle strutture che li compongono, i Dipartimenti; 2) a livello dei singoli attori della ricerca. Gli elementi scaturiti dalla prima procedura saranno utili al Ministero dell'Università in fase di attribuzione dei fondi agli Atenei. La seconda procedura invece dà applicazione al primo passo (abilitazione scientifica nazionale, ASN) del processo di selezione e reclutamento del personale docente delle Università. Solo i ricercatori abilitati a livello nazionale potranno infatti partecipare in futuro ai concorsi banditi a livello locale, regolati da commissioni definite a tale livello.

Di seguito una breve presentazione delle due attività dell'ANVUR.

Valutazione della Qualità della Ricerca (VQR): consiste nella valutazione dei risultati della ricerca scientifica effettuata nel periodo 2004-2010 dalle Università, dagli Enti di Ricerca pubblici e da altri soggetti che svolgono attività di ricerca. La procedura, formalizzata con il Decreto Ministeriale n. 17 del 2011, prevede la valutazione dei prodotti della ricerca da parte di un "Gruppo di Esperti della Valutazione" (GEV), istituito per ciascuna delle 14 Aree di ricerca identificate dal Comitato Universitario Nazionale. Al fine di non limitare il giudizio a indicatori quantitativi, più facilmente misurabili ma non sempre sufficienti a determinare la qualità, oltre all'analisi bibliometrica (basata su indicatori che misurano la distribuzione della produzione scientifica e il suo impatto) la VQR si avvale anche del metodo della valutazione tra pari (valutazione eseguita da specialisti del settore). Il giudizio di qualità si basa sui criteri di rilevanza, originalità/innovazione, e internazionalizzazione, ovvero il posizionamento del prodotto della ricerca nel panorama internazionale. Oltre ai prodotti, la VQR verifica anche ulteriori indicatori legati alla ricerca, e in particolare: la capacità delle strutture di attrarre risorse esterne, la mobilità internazionale in entrata ed in uscita dei ricercatori, l'alta formazione effettuata dalle strutture, e le risorse proprie utilizzate dalla struttura per progetti di ricerca.

Abilitazione Scientifica Nazionale: in base alla Legge 30 dicembre 2010 n. 240, l'abilitazione scientifica nazionale per l'accesso al ruolo dei professori universitari di prima e seconda fascia viene conferita da una Commissione nazionale. Il Decreto Ministeriale n. 76 del 2012 indica i criteri e i parametri utilizzabili ai fini della valutazione dei candidati all'abilitazione e per la selezione dei membri delle Commissioni preposte a tale giudizio, definiti dall'ANVUR. Anche in questo caso, la procedura di valutazione non consiste in un mero calcolo di indicatori bibliometrici, ma sa unire aspetti quantitativi e qualitativi dell'attività scientifica, prevedendo a tal fine la formulazione da parte della Commissione di un "motivato giudizio di merito sulla qualificazione scientifica del candidato basato sulla valutazione analitica dei titoli e delle pubblicazioni presentate". Il lavoro della Commissione è guidato dal principio generale secondo cui l'abilitazione viene attribuita ai candidati che hanno ottenuto risultati scientifici significativi, tenendo conto della rilevanza internazionale. Vengono pertanto presi in considerazione elementi quali l'importanza delle tematiche scientifiche affrontate, la qualità e originalità dei risultati ottenuti, la capacità di dirigere un gruppo di ricerca, la capacità di attrarre finanziamenti in qualità di responsabile di progetto, e la capacità di promuovere attività di trasferimento tecnologico.

La AOU di Parma ha contribuito alla stesura di un lavoro pubblicato sul Sole 24 Ore Sanità il 4 dicembre 2012, che fornisce un'analisi critica delle modalità di valutazione della qualità della ricerca attualmente in corso, con particolare riferimento alla metodologia seguita dall'ANVUR confrontata con altre esperienze presenti a livello nazionale: bandi Telethon, bandi del Ministero della Salute, bandi della Regione Emilia-Romagna.

Sanità

Ricerca: il riferimento deve essere la qualità

Cambio di rotta sui criteri di giudizio per verificare le conseguenze positive sulla salute

Nella ricerca si valuti la qualità

Sotto la lente anche il rapporto costi-benefici - L'idoneità per i ricercatori

Sanità

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 2011, anche nel 2012 è stata effettuata la rilevazione prospettica dei progetti avviati in Azienda nell'arco dell'anno. Lo scorso anno si è proceduto altresì ad un consolidamento degli altri dati già a disposizione e confluenti nell'analisi triennale (dati degli anni 2010 e 2011), essendo stati questi rilevati in un contesto di continuo cambiamento/miglioramento, dovuto dalla messa a punto dell'Anagrafe Regionale della Ricerca e dell'organizzazione aziendale necessaria per rispondere al relativo debito informativo.

Nel 2012 sono stati avviati 138 progetti di ricerca, nel 30% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un lieve incremento del numero di progetti attivati (+6, pari a +5%) ed una contrazione nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore (-15, pari a -27%) dovuto ad una diminuzione dei progetti monocentrici e ad un aumento dei progetti multicentrici in cui AOU PR è centro partecipante.

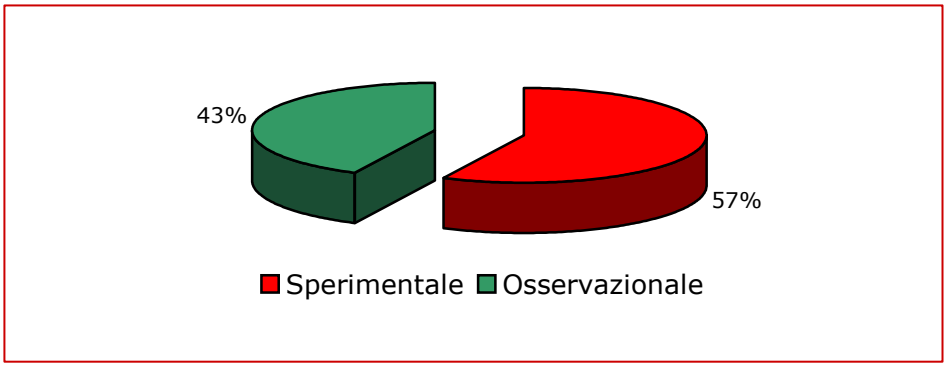
Tabella 1: Numero progetti attivati

Anno	2012	2011	2010
Numero totale progetti	**138**	**132**	**136**
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	41	56	68
di cui progetti privi di finanziamento	56	60	74

Nei grafici che seguono si illustrano i risultati riguardanti il disegno dello studio e l'area tematica dei progetti di ricerca.

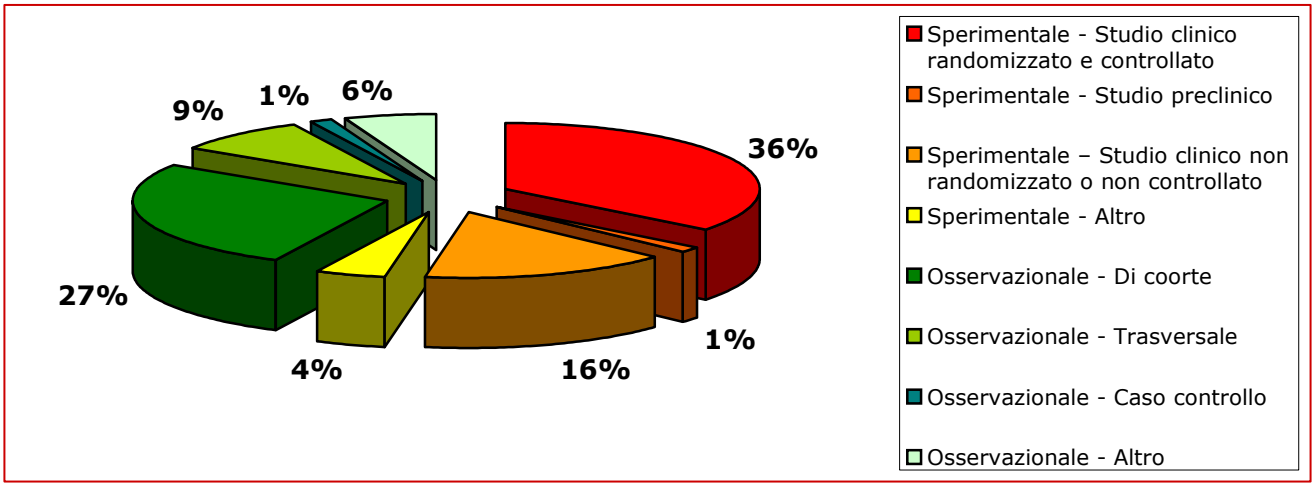
Una macro-classificazione del disegno dello studio è quella che vede contrapporsi studi sperimentali (studi in cui il ricercatore attua una modificazione controllata e programmata di alcuni fattori, ad esempio terapie, test, eccetera, raccogliendo informazioni in merito alle conseguenze di tali modificazioni) e osservazionali (studi 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).
Analogamente alla situazione evidenziata lo scorso anno (rispetto alla quale gli scostamenti sono trascurabili), gli studi sperimentali prevalgono (totalizzando complessivamente il 57% dei progetti avviati).

Grafico 1 Percentuale di progetti suddivisi per disegno dello studio



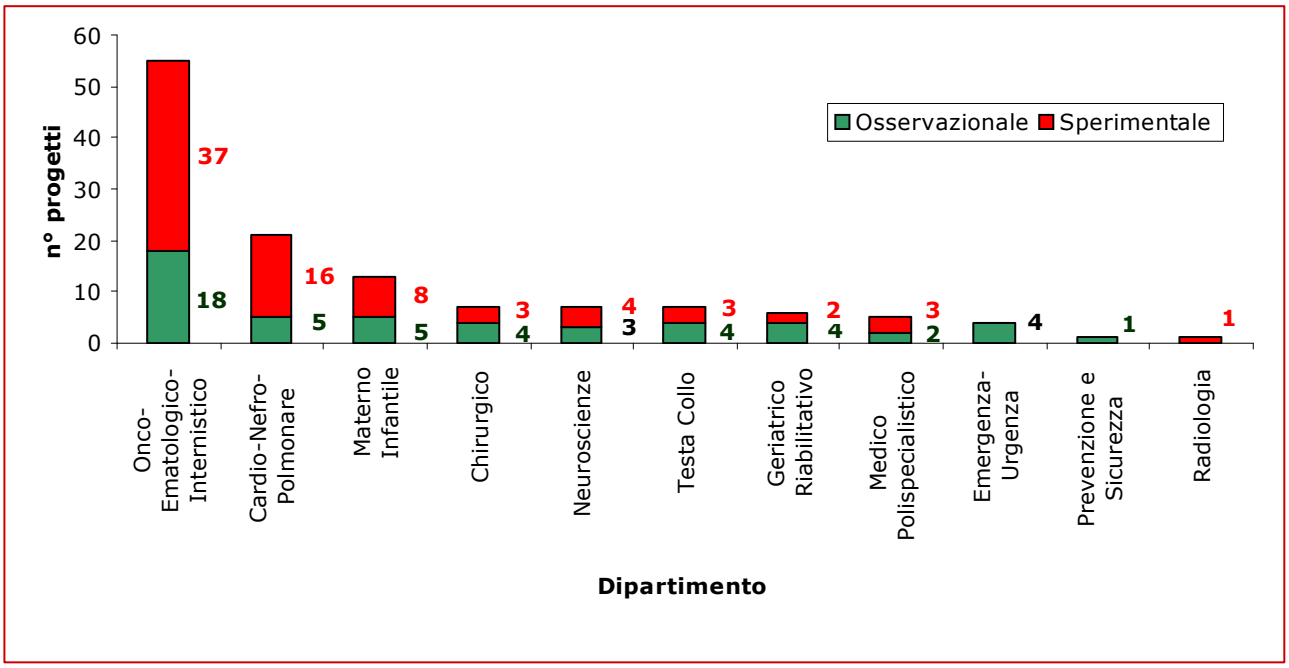
Un maggiore dettaglio del disegno degli studi censiti è fornito nel grafico 2: si evidenzia come il 36% dei progetti avviati nel 2012 sia una sperimentazione clinica randomizzata e controllata. Tra gli studi osservazionali, svolge un ruolo preponderante lo studio di coorte (che costituisce il 27% degli studi attivati nell'anno).

Grafico 2 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno



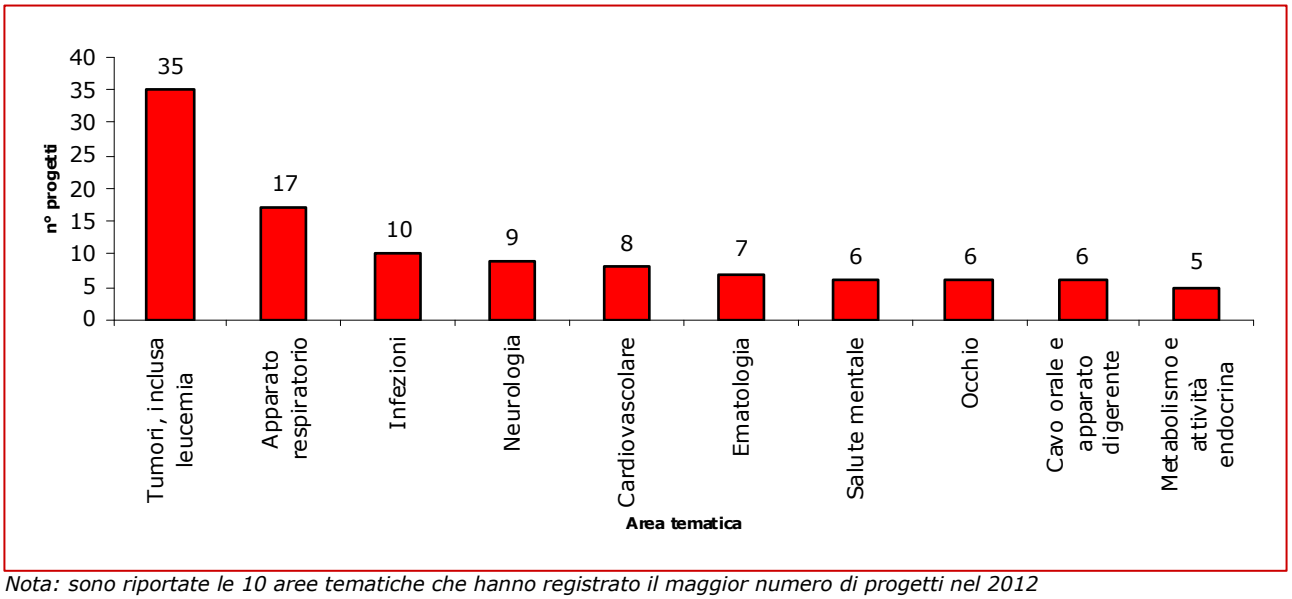
E' interessante anche analizzare la distribuzione dei progetti per Dipartimento. Come si evince dal Grafico 3, il Dipartimento Onco-Ematologico Internistico ha avviato nel 2012 il maggior numero di progetti di ricerca (40% sul totale); infine, si nota come alcuni Dipartimenti manifestino maggiore propensione verso la realizzazione di studi di tipo osservazionale (Emergenza ed Urgenza, Geriatrico e Riabilitativo, ecc.) mentre altri prevalentemente di natura sperimentale (Onco-Ematologico-Internistico, Cardio-Nefro-Polmonare, Materno-Infantile, ecc).

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 sotto, l'area "Tumori, inclusa leucemia" è quella prevalente (35 studi), seguita dalla ricerca sull'apparato respiratorio (17 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 2012

Le pubblicazioni

La pubblicazione costituisce il punto di arrivo del lungo e faticoso processo di pianificazione e conduzione di un progetto di ricerca e può rappresentare per il ricercatore una prova incontestabile del merito del suo lavoro, incoraggiandolo a continuare nel suo impegno. Tuttavia, l'importanza della pubblicazione va ben oltre questo. La diffusione dei risultati degli studi è infatti un passo fondamentale per arricchire la comunità scientifica di nuove conoscenze, fornendo informazioni utili per modificare la pratica clinica o decidere di avviare un nuovo studio. Le riviste scientifiche, ormai per lo più disponibili online, consentono di raggiungere colleghi in tutte le parti del mondo, favorendo anche lo scambio e la nascita di collaborazioni. Nonostante la semplificazione del trasferimento di informazioni degli ultimi anni, tuttavia, solo una ridotta quota di studi realizzati viene in effetti pubblicata; poco più della metà secondo una revisione Cochrane [Hopewell 2008]. A ciò si aggiunge la tendenza, propria sia degli autori, sia delle riviste, di pubblicare prevalentemente studi con esiti positivi (es. che dimostrano l'efficacia di un farmaco o di una tecnologia).

Anche se gli studi positivi possono risultare di maggiore interesse e impatto dal punto di vista mediatico, il "publication bias" (così è definita questa tendenza) costituisce un limite importante al progresso scientifico, con possibili conseguenze negative quali la replica di ricerca non necessaria perché già effettuata, spreco di risorse, ecc [Chalmers & Glasziou 2009. Lancet].

Consapevole dell'importanza della questione, la Regione Emilia-Romagna incoraggia i ricercatori a disseminare i risultati di progetti, in particolare su riviste gratuitamente accessibili (open-access). Nel 2012, questa opera di promozione si è concretizzata con la richiesta, da parte della Regione, ai coordinatori scientifici dei progetti finanziati dal Programma Regione-Università 2007-2009, di segnalare gli articoli pubblicati derivati dall'attuazione dello studio.

Con la stessa finalità, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma da anni è impegnata nella valorizzazione della produzione scientifica dei suoi professionisti, tramite la diffusione sulla intranet e sul sito internet aziendale di report trimestrali e annuali, e l'inclusione delle pubblicazioni tra gli obiettivi di budget.

Tali report contengono, 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. 2009; Banzi 2011], la scelta del set minimo è stata fatta privilegiando la reperibilità delle informazioni, e 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 2010-2012, 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.

Il trend anche per il 2012 rimane positivo, in particolare nel 2012 si ha avuto un incremento notevole in termini di Impact Factor, risultato di particolare rilievo se rapportato ai circa 800 professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (143 professori universitari convenzionati, 536 dirigenti medici e sanitari, 125 tra contrattisti e borsisti)

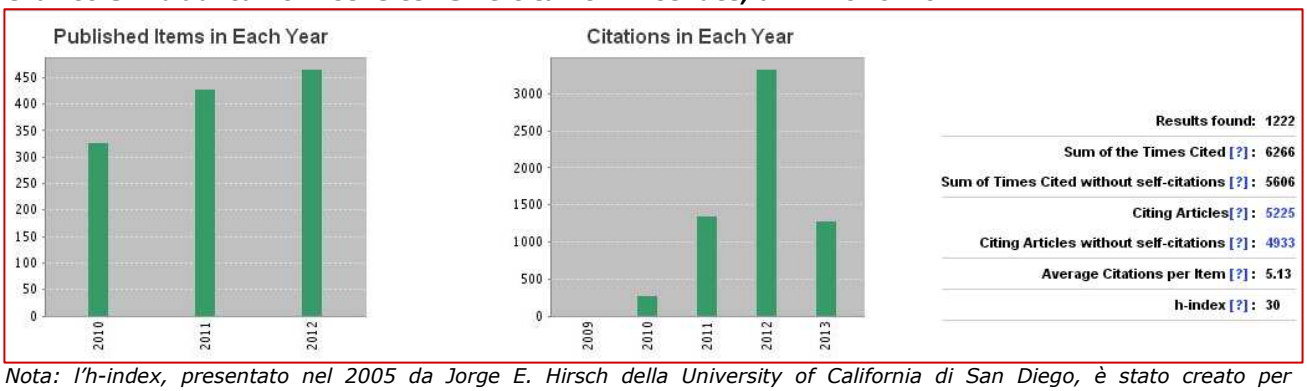
Tabella 2 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2010-2012

Anno	N° pubblicazioni	di cui Articoli	Impact Factor Totale	Impact Factor normalizzato (IFn)
2012	466	324	1818.81	1397.2
2011	431	304	1223.29	939.9
2010	327	229	898.05	789.6

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 2010-2012
Nel grafico 5 sono rappresentati 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 2010 le citazioni sono quelle relative alle pubblicazioni dello stesso anno, nel 2011 riguardano sia l'anno precedente sia l'anno corrente, nel 2012 le citazioni dei tre anni considerati; il 2012 risulta inferiore agli anni precedenti in quanto contempla tutte le citazioni delle pubblicazioni dei tre 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 30, + 5 punti rispetto al 2011) 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 (1222 nei tre anni) e il totale delle citazioni lordo (6266) e depurato dalle auto-citazioni (5606). Il numero medio di citazioni per pubblicazione è pari a 5,13.

Grafico 5 Pubblicazioni censite ISI e citazioni ricevute, anni 2010-2012



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 6), cioè la provenienza dei co-autori, tra le quali la più consolidata appare quella con gli USA (nel 10% delle pubblicazioni dell'AOU di PR c'è almeno un autore che lavora negli USA) e con l'Inghilterra (nel 7% delle pubblicazioni), e le Aree tematiche prevalenti (Grafico 7) nelle quali l'AOU di Parma ha pubblicato con maggiore frequenza (la cardiovascolare, l'ematologica e tecnologia e medicina di laboratorio, risultano le tre più frequenti).

Grafico 6 Pubblicazioni con autori nazionali ed internazionali

Field: Countries/Territories	Record Count	% of 1222	Bar Chart
ITALY	1203	98.445 %	
USA	122	9.984 %	
ENGLAND	82	6.710 %	
NETHERLANDS	68	5.565 %	
FRANCE	66	5.401 %	
AUSTRALIA	64	5.237 %	
GERMANY	55	4.501 %	
SPAIN	55	4.501 %	
SWEDEN	31	2.537 %	
BELGIUM	30	2.455 %	

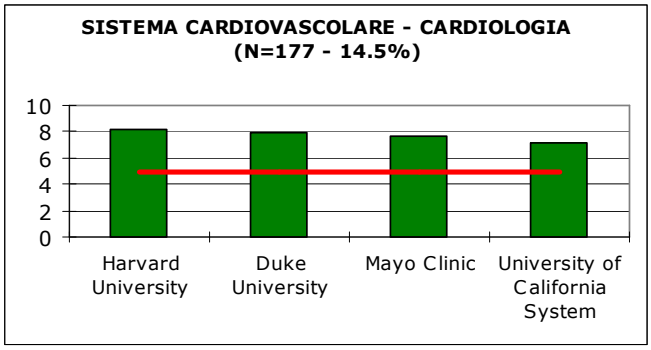
Grafico 7 Aree tematiche prevalenti

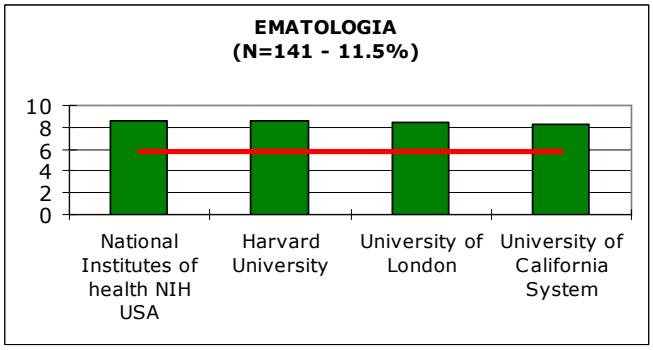
Field: Research Areas	Record Count	% of 1222	Bar Chart
CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY	177	14.484 %	
HEMATOLOGY	141	11.538 %	
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	122	9.984 %	
SURGERY	108	8.838 %	
NEUROSCIENCES NEUROLOGY	103	8.429 %	
ONCOLOGY	89	7.283 %	
GENERAL INTERNAL MEDICINE	67	5.483 %	
ENDOCRINOLOGY METABOLISM	59	4.828 %	
RESPIRATORY SYSTEM	51	4.173 %	
RADIOLOGY NUCLEAR MEDICINE MEDICAL IMAGING	45	3.682 %	

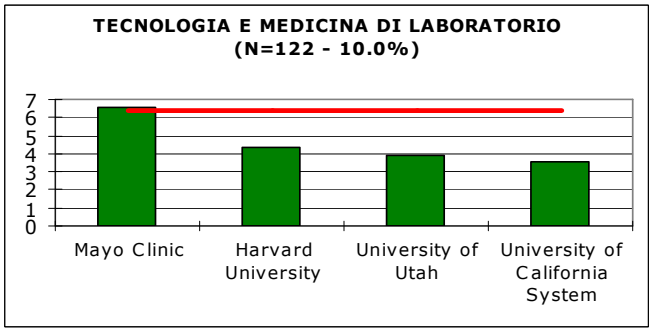
Il grafico 8 raffronta la produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con altre Istituzioni internazionali (università, ospedali, laboratori, eccetera). Per ciascuna Area tematica prevalente, riportata nel grafico, sono state individuate le prime quattro Istituzioni che nel periodo 2010-2012 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 la relativa percentuale di pubblicazioni sul totale.
In breve, è possibile affermare che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria presenta un numero medio di citazioni per area molto simile alle top-four internazionali. In particolare, l'eccellenza è rappresentata nell'area di Tecnologia e medicina di laboratorio dove il numero medio di citazioni per pubblicazione dell'Azienda è superiore a 6. Un'altra area di eccellenza è la Radiologia e diagnostica per immagine con un numero medio di citazioni per articolo di 4,1.

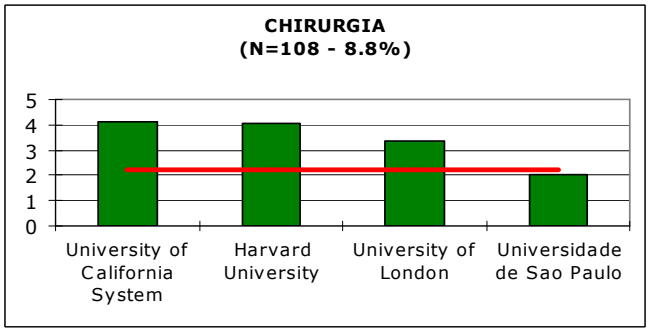
Ogni grafico rappresenta una delle 10 aree tematiche prevalenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, tra parentesi il numero e la relativa percentuale di pubblicazioni sul totale di pubblicazioni nel triennio considerato.

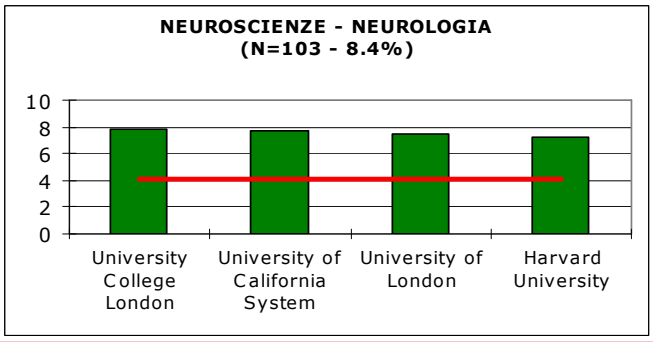
Grafico 8 Numero medio di citazioni per area tematica prevalente: Confronto Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con altre Istituzioni Internazionali

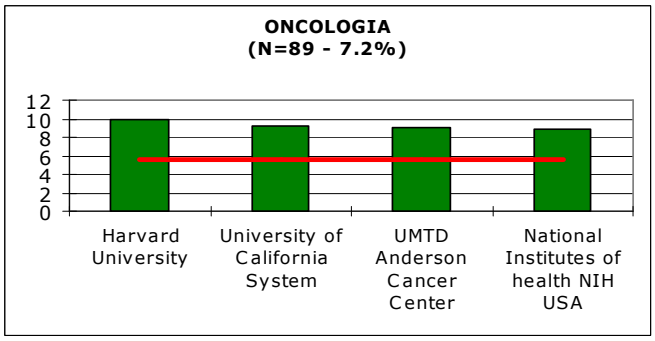


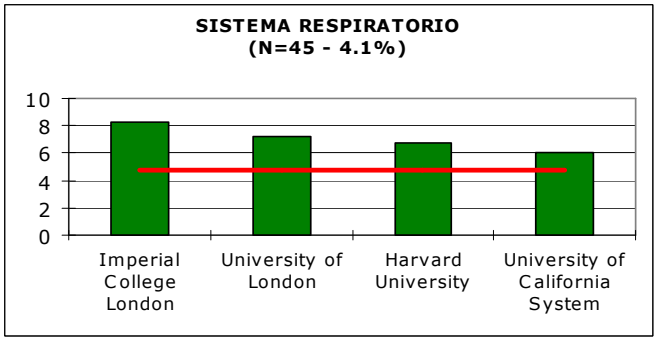


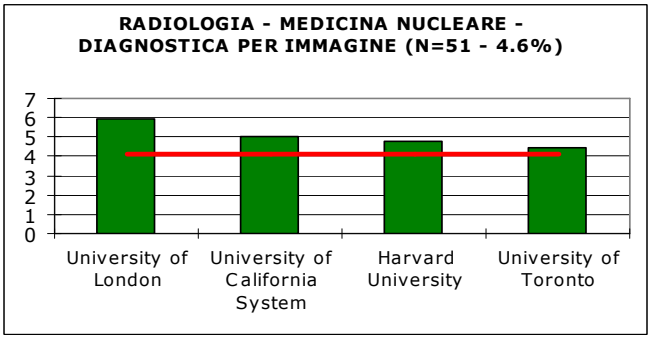


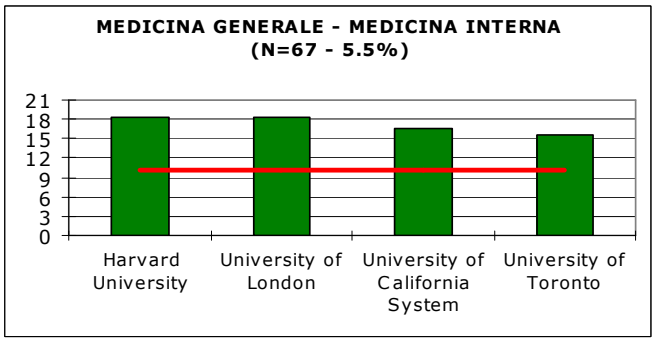


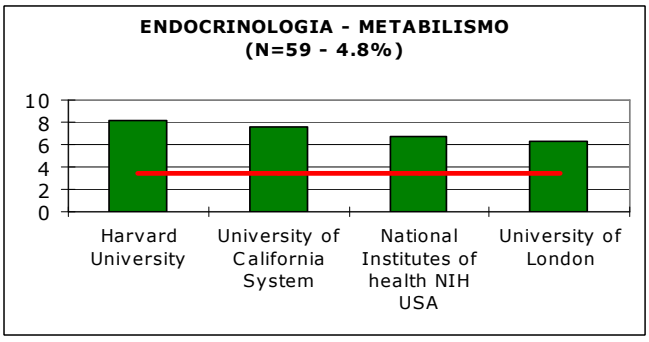












Oltre ad indicatori bibliometrici, per misurare l'impatto della ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma vengono analizzati i seguenti indicatori, denominati di "Research Capacity":

- 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

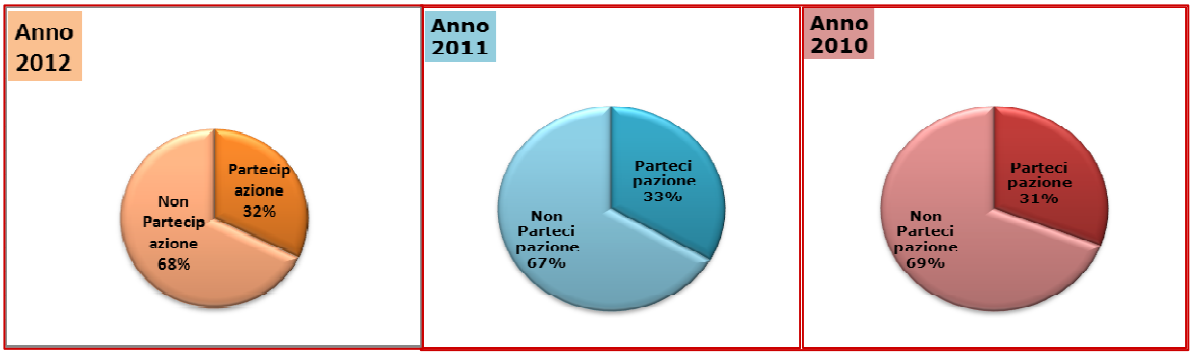
Tabella 3 Indicatori "Research Capacity" (Proprietà, Eccellenza e Qualità)

Indicatore	Anno 2012		Anno 2011		Anno 2010	
	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	*58%*	189	*62%*	148	*65%*
Grado di eccellenza: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste *(top journals)* convenzionalmente intese come con IF>10	20	*6%*	13	*4%*	12	*5%*
Grado di qualità: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore convenzionalmente intese come IFN>6	71	*22%*	63	*21%*	65	*28%*

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 attorno al 60% il grado di proprietà. In merito alla quota di articoli denominati di "eccellenza" e di "qualità", si è registrato nel triennio una lieve variabilità, ma complessivamente il dato è di rilievo.

Il grafico successivo (grafico 9) mostra un indicatore che 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 2012, come negli anni precedenti, un terzo dei professionisti ha contribuito alla produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Grafico 9 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 dell'anno, di seguito si riportano i primi 20 articoli scientifici pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2012; 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. Lyons, PA; Rayner, TF; ... ; **Martorana, D**; ... ; **Vaglio, A**; Smith, KGC (2012) *Genetically Distinct Subsets withi ANCA-Associated Vasculitis* 367(3):214-223 **IF_{2011}=53.484** [Article]

2. Roe, MT; Armstrong, PW; ... ; **Ardissino, D**; ... ; Ohman, EM (2012) *Prasugrel versus Clopidogrel for Acute Coronary Syndromes without Revascularization* 367(14):1297-1309 **IF_{2011}=53.484** [Article]

3. **Ardizzoni, A; Tiseo, M**; ...; **Buti, S**;... ; **Boni, C**; ...; **Camisa, R**; Smit, EF (2012) *Pemetrexed Versus Pemetrexed and Carboplatin As Second-Line Chemotherapy in Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Results of the GOIRC 02-2006 Randomized Phase II Study and Pooled Analysis With the NVALT7 Trial* 30(36):4501-4507 **IF_{2011}=18.97** [Article]

4. Cortes, J; Fumoleau, P; ... ; **Salvagni, S**; ... ; Baselga, J (2012) *Pertuzumab Monotherapy After Trastuzumab-Based Treatment and Subsequent Reintroduction of Trastuzumab: Activity and Tolerability in Patients With Advanced Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Breast Cancer* 30(14):1594-1600 **IF_{2011}=18.97** [Article]

5. Guarneri, V; Frassoldati, A; ... ; **Musolino, A**; ... ; **Boni, C**; ... ; Conte, P (2012) *Preoperative Chemotherapy Plus Trastuzumab, Lapatinib, or Both in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Operable Breast Cancer: Results of the Randomized Phase II CHER-LOB Study* 30(16):1989-1995 **IF_{2011}=18.97** [Article]

6. **Aldrovandi, A**; Cademartiri, F; **Arduini, D; Lina, D**; Ugo, F; Maffei, E; **Menozzi, A; Martini, C; Palumbo, A**; Bontardelli, F; **Gherli, T; Ruffini, L; Ardissino, D** (2012) *Computed Tomography Coronary Angiography in Patients With Acute Myocardial Infarction Without Significant Coronary Stenosis* 126(25):3000-3007 **IF_{2011}=14.429** [Article]

7. Latib, A; Colombo, A; ... ; **Menozzi, A** (2012) *A Randomized Multicenter Study Comparing a Paclitaxel Drug-Eluting Balloon With a Paclitaxel-Eluting Stent in Small Coronary Vessels The BELLO (Balloon Elution and Late Loss Optimization) Study* 60(24):2473-2480 **IF_{2011}=14.292** [Article]

8. **Boni, C; Laccabue, D**; Lampertico, P; **Giuberti, T**; Vigano, M; **Schivazappa, S**; ... ; **Missale, G; Ferrari, C** (2012) *Restored Function of HBV-Specific T Cells After Long-term Effective Therapy With Nucleos(t)ide Analogues* 143(4):963-+ **IF_{2011}=12.032** [Article]

9. **Fisicaro, P**; Valdatta, C; ... ; **Urbani, S; Giuberti, T; Cavalli, A**;... ; **Missale, G; Ferrari, C** (2012) *Combine Blockade of Programmed Death-1 and Activation of CD137 Increase Responses of Human Liver T Cells Against HBV, But Not HCV* 143(6):1576-+ **IF_{2011}=12.032** [Article]

10. Sandalova, E; **Laccabue, D; Boni, C**; ... ; **Ferrari, C**; Bertoletti, A (2012) *Increased Levels of Arginase in Patients With Acute Hepatitis B Suppress Antiviral T Cells* 143(1):78-U596 **IF_{2011}=12.032** [Article]

11. Sanna-Cherchi, S; ... ; **Allegri, F**; ... ; **Allegri, L**; ... ; Gharavi, AG (2012) *Copy-Number Disorders Are a Common Cause of Congenital Kidney Malformations* 91(6):987-997 **IF_{2011}=11.68** [Article]

12. Carulli, L; **Dei Cas, A**; Nascimbeni, F (2012) *Synchronous cryptogenic liver cirrhosis and idiopathic pulmonary fibrosis: A clue to telomere involvement* 56(5):2001-2003 **IF_{2011}=10.885** [Article]

13. Bertoletti, A; **Ferrari, C** (2012) *Innate and adaptive immune responses in chronic hepatitis B virus infections: towards restoration of immune control of viral infection* 61(12):1754-1764 **IF_{2011}=10.614** [Article]

14. **Missale, G**; Pilli, M; Zerbini, A; **Penna, A**; Ravanetti, L; **Barili, V; Orlandini, A; Molinari, A**; ... ; **Ferrari, C** (2012) *Lack of full CD8 functional restoration after antiviral treatment for acute and chronic hepatitis C virus infection* 61(7):1076-1084 **IF_{2011}=10.614** [Article]

15. Prandoni, P; Noventa, F; **Quintavalla, R**; ... ; Villalta, S (2012) *Thigh-length versus below-knee compression elastic stockings for prevention of the postthrombotic syndrome in patients with proximal-venous thrombosis: a randomized trial* 119(6):1561-1565 **IF_{2011}=10.558** [Article]

16. Galli, C; Piemontese, M; Lumetti, S; **Manfredi, E**; **Macaluso, GM**; Passeri, G (2012) *THE IMPORTANCE OF WNT PATHWAYS FOR BONE METABOLISM AND THEIR REGULATION BY IMPLANT TOPOGRAPHY* 24():46-59 **IF_{2011}=9.65** [Article]

17. **Penna, A; Laccabue, D**; Libri, I; **Giuberti, T; Schivazappa, S**; ... ; **Missale, G; Ferrari, C** (2012) *Peginterferon-alpha does not improve early peripheral blood HBV-specific T-cell responses in HBeAg-negative chronic hepatitis* 56(6):1239-1246 **IF_{2011}=9.334** [Article]

18. **Vaglio, A**; Strehl, JD; M... ; **Battistelli, L**; ... ; Zwerina, J (2012) *IgG4 immune response in Churg-Strauss syndrome* 71(3):390-393 **IF_{2011}=9.082** [Article]

19. **Giuliani, N**; ... ; **Bonomini, S; Martella, E**; ... ; **Ceccarelli, F**; Palumbo, C (2012) *Increased osteocyte death in multiple myeloma patients: role in myeloma-induced osteoclast formation* 26(6):1391-1401 **IF_{2011}=8.966** [Article]

20. Pagano, L; Caira, M; Candoni, A; **Aversa, F**; Castagnola, C; **Caramatti, C;** ... ; Busca, A (2012) *Evaluation of the Practice of Antifungal Prophylaxis Use in Patients With Newly Diagnosed Acute Myeloid Leukemia: Results From the SEIFEM 2010-B Registry* 55(11):1515-1521 **IF_{2011}=8.186** [Article]

Inoltre per un approfondimento successivo si riportano i primi 10 "Editorial Material" pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2012; 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. Rota, E; Morelli, N; Immovilli, P; Magnifico, F; **Crisi, G**; Guidetti, D (2012) *Acquired pendular nystagmus from cerebellar nodulus acute ischemic lesion* 79(8):832-832 **IF_{2011}=8.017** [Editorial Material]
2. Favaloro, EJ; Plebani, M; **Lippi, G** (2012) *Quality in Hemostasis and Thrombosis-Part I Preface* 38(6):549-552 **IF_{2011}=4.169** [Editorial Material]
3. **Lippi, G**; Favaloro, EJ (2012) *Coagulopathies and Thrombosis: Usual and Unusual Causes and Associations, Part VI Preface* 38(2):125-128 **IF_{2011}=4.169** [Editorial Material]
4. Allegri, M; Clark, MR; De Andres, J; **Fanelli, G** (2012) *Pain treatment: A new approach to link bench to bedside - the SIMPAR meeting 2011* 16(6):779-781 **IF_{2011}=3.819** [Editorial Material]
5. **Lippi, G**; Montagnana, M; Targher, G (2012) *Higher Random Plasma Glucose Level Is Associated With Increased Plasma Cardiac Troponin in Emergency Department Patients With Suspected Acute Coronary Syndrome* 109(5):775-776 **IF_{2011}=3.68** [Editorial Material]
6. **Lippi, G**; Schena, F; Guidi, GC (2012) *Baseline and Post-Exercise N-Terminal Pro-B-Type Natriuretic Peptide Values Are Associated With Body Mass Index* 109(2):303-304 **IF_{2011}=3.68** [Editorial Material]
7. **Borrello, B; Nicolini, F; Agostinelli, A; Gherli,** T (2012) *Cardiac transapical approach: A new solution for the treatment of complex thoracic aortic disease* 144(5):E123-E125 **IF_{2011}=3.608** [Editorial Material]
8. **Lippi, G** (2012) *Pistorious at the Olympics: the saga continues* 46(13):896-896 **IF_{2011}=3.545** [Editorial Material]
9. De Paolis, F; Colizzi, E; Milioli, G; Grassi, A; Riccardi, S; **Parrino, L; Terzano, MG** (2012) *Introduction to Images in Sleep Medicine* 13(6):763-766 **IF_{2011}=3.43** [Editorial Material]
10. Sarajlija, J; **Avanzini, P**; Cantalupo, G; Tassinari, CA (2012) *Widening the horizon of neonatal neurophysiology* 123(8):1475-1476 **IF_{2011}=2.786** [Editorial Material]

Attività didattica

In questa sezione viene delineata l'offerta formativa dei Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica 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.
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 2012-2012

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	266	254	232	144	154	125	263	229	1667

Tabella 5 Iscrizioni a Odontoiatria e protesi dentaria (Corso di laurea a ciclo unico). anni 2012-2013

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti FC	Ripetenti	Totale iscritti
Odontoiatria e protesi dentaria	18	19	12	17	19	18	2	105

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 2012-2013

Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale generale
	Residenti a Parma	Residenti in Emilia Romagna esclusa Parma	Residenti extra regione	
Medicina e Chirurgia	517	302	848	1667
Odontoiatria e protesi dentaria	36	42	27	105
Totale	553	343	875	1772

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 2012-2013

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)	53	44	38	0	13	148
Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di infermiere)	233	206	211	70	0	720
Logopedia (abilitante alla professione sanitaria di logopedista)	14	10	11	0	1	35
Ortottica e ass. Oftal. (abilitante alla professione sanitaria di ortottista e ass. di oftal.)	9	6	0	1	0	16
Ostetricia (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica)	32	26	28	1	0	87
Tecniche di radiologia med. per immagini e radioterapia	24	22	18	3	6	73
Tecniche prev. amb. e luoghi lav. (abil. prof. San. Tecn. prev. amb. e luoghi lav.)	20	16	26	11	0	73
Tecniche audiometriche* (abilitante alla professione sanitaria di audiometrista)	0	0	6	1	1	8
Tecniche audioprotesiche (abilitante alla professione sanitaria di auidioprotesista)	20	19	11	1	0	51
Tecniche di laboratorio biomedico (abilitante alla professione sanitaria di tecnico di lab. Biomedico)	30	30	12	2	8	82
Totale generale	435	379	361	90	28	1293

**non attivo nell'A.A. in corso*

Tabella 8 Iscrizioni ai corsi di laurea per le professioni sanitarie (laurea specialistica) anni 2012-2013

Corsi di studio	1° anno	2° anno	FC	ripetenti	Totale iscritti
Scienze infermieristiche e ostetriche	25	18	4	0	47

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 per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università.

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 dell'Università di Parma ed il numero dei medici in formazione specialistica iscritti agli anni di corso di ciascuna Scuola nell'anno accademico 2011/2012. I dati si riferiscono all'anno accademico 2011/2012, 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 2011-2012

	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	1	3
2	Anatomia patologica	4	8	1	9
3	Anestesia e rianimazione	26	32	11	43
4	Biochimica clinica	3	7	2	9
5	Cardiochirurgia	0	0	0	0
6	Cardiologia	0	0	0	0
7	Chirurgia generale	17	21	12	33
8	Chirurgia maxillo-facciale	5	10	7	17
9	Chirurgia plastica e ricostruttiva	1	3	3	6
10	Chirurgia toracica	1	1	0	1
11	Chirurgia vascolare	1	1	0	1
12	Dermatologia e venerologia	0	0	0	0
13	Ematologia	0	0	0	0
14	Emergenza-Urgenza	11	15	6	21
15	Endocrinologia e malattie del ricambio	0	1	0	1
16	Gastroenterologia	2	3	0	3
17	Geriatria	8	11	2	13
18	Ginecologia e ostetricia	11	13	9	22
19	Igiene e medicina preventiva	8	9	2	11
20	Malattie dell'apparato cardiovascolare	11	13	11	24
21	Malattie dell'apparato respiratorio	6	14	8	22
22	Malattie infettive	0	0	0	0
23	Medicina del lavoro	12	16	2	18
24	Medicina fisica e riabilitazione	7	10	3	13
25	Medicina interna	12	17	10	27
26	Medicina legale	1	1	0	1
27	Microbiologia e virologia	1	1	0	1
28	Nefrologia	10	12	4	16
29	Neurologia	5	10	4	14
30	Neuropsichiatria infantile	5	14	6	20
31	Oftalmologia	2	3	0	3
32	Oncologia	2	2	2	4
33	Ortopedia e traumatologia	10	16	3	19
34	Otorinolaringoiatria	1	1	1	2
35	Pediatria	31	39	7	46

	Scuole di specializzazione	Residenti a Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti (Res Emilia Romagna+ Res extra regione)
36	Psichiatria	10	12	7	19
37	Radiodiagnostica	32	43	15	58
38	Radioterapia	5	10	6	16
39	Scienze dell'alimentazione	0	0	0	0
40	Urologia	0	0	0	0
41	Idrologia Medica	0	0	1	1
42	Farmacia Ospedaliera	3	8	4	12
	Totale iscritti	265	379	150	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 ed i farmacisti, non assegnatari di contratti di formazione, iscritti alle Scuole di Microbiologia, Biochimica Clinica, Farmacia Ospedaliera. La rilevazione, in relazione al D.M. MIUR del 10.04.2012 si riferisce al numero degli iscritti esclusivamente alle sedi Capofila di Parma e non comprende gli iscritti frequentanti le Scuole aggregate con l'Università di Parma ma iscritti presso le sedi Capofila di altre Università (cfr. capitolo 3.6).
**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 164 iscritti.

Tabella 10 Master attivati di I e II livello, anni 2012-2013

Titolo Master	Livello	Iscritti 1^anno	Iscritti 2 ^anno
Case/Care management infermieristico in ospedale e sul territorio	**I**	28	
Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie	**I**	14	
Competenze avanzate in infermieristica pediatrica	**I**	19	
Fisiopatologia e trattamento del paziente critico con malattie dell'apparato respiratorio	**I**	3	
TOTALE		**64**	
Terapia del dolore	**II**	24	
Cure palliative	**II**	14	
Ortodonzia intercettava	**II**	2	2
Medicina estetica	**II**	14	22
Dolore orofacciale, malattie temporomandibolari, malattie del sonno.	**II**	5	2
Implantologia	**II**	3	3
Laser in odontostomatologia	**II**	9	
Cellule staminali ematopoietiche e medicina rigenerativa *	**II**	0	
La gestione integrata multidisciplinare delle patologie di interesse endocrinologo nel bambino e nell'adolescente – master interateneo **	**II**	0	
TOTALE		**71**	**29**

** Scadenza bando 12/04/2013*
*** Bando non ancora pubblicato.*

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'1.01.2012

Tabella 11 Dottorati attivi area clinica, anno 2012

Dottorati area medica attivi neell'anno 2010 con numero dottorandi al 1.01.2010	Ciclo				Totale
	XXVII	XXVI	XXV	XXIV	
Biologia e patologia molecolare	5	5	3	3	16
Biochimica e biologia molecolare	2	2	3	0	7
Biologia del comportamento	3	0	3	0	6

Fisiopatologia renale e malattie osteometaboliche	3	0	0	0	3
Fisiopatologia sperimentale e diagnostica funzionale e per immagini del sistema cardio-polmonare	8	0	0	0	8
Chirurgia epatobiliopancreatica e gastroenterologica avanzata e fisiopatologia dell'apparato digerente	0	0	3	0	3
Diagnostica per immagini avanzata toracica (cardiopolmonare)	0	2	3	0	5
Fisiopatologia dell'insufficienza renale	0	3	2	2	7
Fisiopatologia respiratoria sperimentale	0	0	4	0	4
Fisiopatologia sistemica	3	4	4	3	14
Gastro-endocrinologia pediatrica	0	0	2	0	2
Malattie osteometaboliche e disordini del metabolismo idroelettrolitico e acido-base	0	0	1	0	1
Microbiologia e virologia	1	2	2	1	6
Neuroscienze	4	4	3	4	15
Scienze della prevenzione	4	0	2	0	6
Scienze ostetriche e ginecologiche	0	3	3	1	7
Totale	**33**	**25**	**38**	**14**	**110**

2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2012 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 deliberazione del Direttore Generale n. 114/2012 è stata istituita la struttura complessa "Pediatria Generale e d'Urgenza" (per ulteriori approfondimenti si rimanda alla lettura del capitolo 7, dedicato all'Ospedale dei bambini "Pietro Barilla"). La struttura non è presente nell'assetto riportato nelle pagine successive in quanto l'attivazione effettiva è avvenuta a partire da febbraio 2013 con il trasferimento presso l'Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla" e con l'assegnazione di posti letto e personale dedicato.

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 31.12.2012, come unità in servizio a tale data.
Per l'indicazione della disciplina ministeriale si è optato per il codice di riferimento dell'attività di ricovero, ove disponibile, o per quello che identifica l'attività prevalente.
Al computo complessivo dei posti letto vanno aggiunti 34 posti letto pensionanti in regime ordinario e 4 posti letto di lungodegenza, 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	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Cardiochirurgia	0701-4902	Unità Operativa	Universitario	29				10		10		2	2		56	2		18	2	2	3	
Cardiologia	0801-0803-5001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	55	3			23		22			0		64	1		28	1		5	
Clinica e Immunologia Medica	2609-2610	Unità Operativa		21	2		3	4		4		2	2	1	43	5		17	2		1	
Clinica Pneumologica	6801	Unità Operativa	Universitario	14			1	1		1		2	2		10			1		1		
Fisiopatologia Respiratoria	4903	Unità Operativa		9				5		5			0		18			7				
Nefrologia	2901-4801	Unità Operativa	Universitario	21	3		1	6		6		3	3		38	1		20	1	8	3	2
Semeiotica Medica	2608	Unità Operativa	Universitario	21			1	1		1		6	6		11			7	1			
Pneumologia ed Endoscopia toracica	6802	Unità Operativa	Dirigente del SSR	12				6		6		1	1		15	1		6				
Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					1		1					23			7			1	1
Day Hospital Pneumologico	0203	Struttura semplice dipartimentale			14										5							
Funzionalità Polmonare		Struttura semplice dipartimentale	Universitario							0		1	1									

DIPARTIMENTO **CHIRURGICO**

Direzione Dipartimento **Universitario**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	4904	Unità Operativa	Universitario	8				39		39		2	2		28	2		9			1	
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	1201	Unità Operativa	Dirigente del SSR	15				6	1	5		1	1		31			8	2		3	
Chirurgia Toracica	1301	Unità Operativa	Universitario	8				1		1		2	2		9			1			1	
Chirurgia Vascolare	1401	Unità Operativa	Universitario	14						0		4	4		9	2		1		2	1	
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	0903	Unità Operativa	Universitario	21				2		2		6	6		10		1	2		1		
Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo	0904	Unità Operativa	Universitario	19				4		4		7	6		6					1	1	1
Clinica Ortopedica	3601	Unità Operativa	Universitario	32	2			7		4		4	4		21			7	1			
Ortopedia	3602	Unità Operativa	Universitario	32	2			10		9		1	1		16	2		7	2		1	
Urologia	4301	Unità Operativa	Dirigente del SSR	26	2			12		12					40	2		11	1			
Attività Comuni Dipartimento Chirurgico		Unità Operativa													60	1		19	2			
Attività Comuni Ortopedie		Unità Operativa													41			15				
Chirurgia della Cute e degli Annessi, Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica	1202	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	4						0		2	2									
Day Surgery	9801	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR			7		1		1			0		22			11				

DIPARTIMENTO	EMERGENZA-URGENZA
Direzione Dipartimento	**Dirigente del SSR**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD		Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
1° Anestesia e Rianimazione	4901	Unità Operativa		14					33		33			0		46			18			1	2
Centrale Operativa 118		Unità Operativa	Dirigente del SSR						1		1			0		32			7				
Chirurgia d'Urgenza	0906	Unità Operativa	Dirigente del SSR	28					9		9					19			9			2	
Neurochirurgia-Neurotraumatologia	3002	Unità Operativa	Dirigente del SSR	14					8		8			0		15			5			1	
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	5101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	36					29	4	33			0		91	8		44	10		2	
Medicina Interna	2614 - 9701	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	36					5		5			0		15	7		7	3		3	

DIPARTIMENTO	GERIATRICO-RIABILITATIVO
Direzione Dipartimento	**Dirigente del SSR**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD		Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Attività Comuni Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	0201	Unità Operativa			8											3							
Clinica Geriatrica	2101	Unità Operativa	Universitario	22			9		3		3		3	3		16	3	1	12				
Geriatria	2101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	26			6		9	1	10			0		17			10	1			
Lungodegenza Critica	6002	Unità Operativa	Universitario	18			46		7		7		4	4	2	37	8		27	8		2	
Medicina Riabilitativa	5601-6001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	12	6		12		10		10		1	1		62	6		13	1		1	
Lungodegenza Post Acuzie	6004	Struttura semplice dipartimentale					30									7	3		7	2			

DIPARTIMENTO **MATERNO-INFANTILE**

Direzione Dipartimento **Universitario**

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Chirurgia Pediatrica	1101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	12				7		7			0		31			5			1	
Clinica Pediatrica	3902	Unità Operativa	Universitario	18				5	1	6	1	7	7	2			3				2	
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva		Unità Operativa	Universitario					8	1	9		1	1		16			10	1		1	
Neonatologia	6201	Unità Operativa		21				5	1	6		1	1		59			7	1		1	
Pediatria e Oncoematologia	3901-6501	Unità Operativa	Dirigente del SSR	15	4			8	1	9			0		41	3		15	2		2	
Ostetricia e Ginecologia	3701	Unità Operativa		43	8			6	5	10		5	5		99	9	9	29	2	1	2	
Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile	0204	Unità Operativa			8										27							1
Dip. Materno-Infantile Astanteria Pediatrica	3903	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	6				2		2			0		22	1		9			2	
Cardiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	Universitario							0		1	1								1	

Nota: l'attivazione effettiva della struttura Pediatria Generale e d'Urgenza è avvenuta a partire da febbraio 2013 con il trasferimento presso l'Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla" e con l'assegnazione di posti letto e personale dedicato.

DIPARTIMENTO MEDICO POLISPECIALISTICO

Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Gastroenterologia	5801	Unità Operativa		10				5		5		1	1		9			4				
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo	2611	Unità Operativa	Dirigente del SSR	21			3	11		11	1		0		19	1		8			1	
Day Hospital Dipartimentale	0205	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		9			1		1					8			1				
Malattie del ricambio e diabetologia		Struttura semplice dipartimentale										1	1		9			1				
Medicina Interna, Reumatologia	2602	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	19	2		4	4		4					10			11			3	
Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze	2613	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	12				3		3			0		4	1		5	1		2	

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

Direzione Dipartimento Dirigente del SSR

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Neurochirurgia	3001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	26	1			6		6			0		29	4		11	2		1	
Neurologia	3201	Unità Operativa	Universitario	14	2			5		5		10	10		25	2	3	3		1	2	1
Neuroradiologia		Unità Operativa	Dirigente del SSR					11		11			0		26			10				
Centro Cefalee		Struttura semplice dipartimentale	Universitario							0		1	1									

DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO INTERNISTICO

Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Anatomia e Istologia Patologica		Unità Operativa	Universitario					7		7	1	5	5	4	17		5	13		2	3	2
Clinica e Terapia Medica	2606	Unità Operativa	Universitario	38	2		2	1		1		8	7		20	2	3	10	3	3	4	
Dermatologia	5201	Unità Operativa	Universitario	4	2			2	1	2		3	2		7			1		1	2	2
Ematologia e C.T.M.O.	1801	Unità Operativa	Universitario	12	2			2		2	1	5	5		22	1	2	5		1	4	
Endocrinologia		Unità Operativa						1		1		3	3									
Genetica Medica		Unità Operativa	Universitario					2		2	3	2	2		6			1			3	
Malattie Infettive ed Epatologia	2401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	31	9			16		16	2		0		32	1		25			9	1
Oncologia Medica	6401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	14	20		4	14		14	4		0		38	1		16	2		4	
Radioterapia		Unità Operativa	Dirigente del SSR					5		5			0		18			3				
Trapianti Midollo Osseo e Cellule Staminali Emopoietiche	1801	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	3						0		1	1								1	

DIPARTIMENTO PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO

Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Diagnostica Ematochimica		Unità Operativa	Dirigente del SSR					5	1	6	5		0		67	2		38				2
Immunoematologia e Medicina Trasfusionale		Unità Operativa	Dirigente del SSR					7		7	4		0		33	4		9				
Microbiologia		Unità Operativa	Universitario					3		3	9	1	1	1	18	2	1	6			1	
Virologia		Unità Operativa						2		2	2		0	3	12			5				
Biochimica ad Elevata Automazione		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR								4											

DIPARTIMENTO PREVENZIONE E SICUREZZA

Direzione Dipartimento

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale		Unità Operativa	Universitario							0		3	3	1								
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale		Unità Operativa	Dirigente del SSR												1			23			2	

DIPARTIMENTO RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINE

Direzione Dipartimento Dirigente del SSR

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Medicina Nucleare		Unità Operativa	Dirigente del SSR					3		3			0		12			3			3	
Radiologia		Unità Operativa						24		24			0		51	1		26			3	
Scienze Radiologiche		Unità Operativa	Universitario					4		4		3	3		18			11				
Polo Emergenza Urgenza		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR										0		28	1		5	1		1	
Radiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					3		3			0		7							

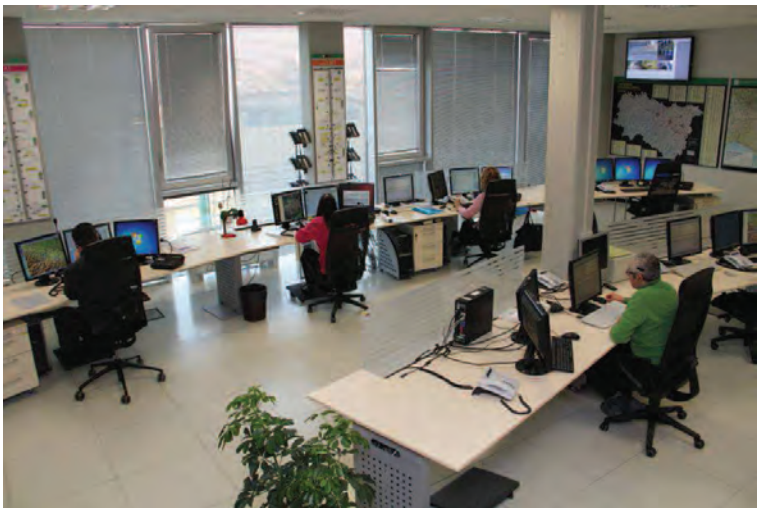
DIPARTIMENTO	TESTA COLLO
Direzione Dipartimento	Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD		Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	*Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	*Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo*	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti	Borsisti
Attività Comuni Dipartimento Testa-Collo		Unità Operativa														19			6				
Attività Comuni Otorinolaringoiatria e Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia		Unità Operativa														8							
Maxillo-Facciale	1001	Unità Operativa	Universitario	14	1				3		2		3	3		15			4		1	1	
Oculistica	3401	Unità Operativa	Universitario	10	6				6		3		7	5		40	1	3	10		2	4	1
Odontostomatologia		Unità Operativa	Universitario						1		0		7	3		12			4		1	2	
Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia	3802	Unità Operativa	Universitario	22	1				2		2		5	5		17		4	6		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 2012 (D.G.R. 653/2012). In tale prospettiva, il paragrafo del presente volume "*Universalità ed equità di accesso*" interseca obiettivi delle sezioni della delibera citata: "Dignità della persona", "Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure" e "Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio".
Il successivo paragrafo "*Centralità del cittadino*" raccoglie obiettivi delle sezioni "Dignità della persona" e "Valorizzazione ed empowerment degli operatori".
Parte degli obiettivi raccolti nella sezione della citata delibera "Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure" rientrano nel paragrafo "*Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale*", che integra anche contenuti più specificamente riguardanti il "Governo delle risorse".
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, insieme a temi di innovazione dei processi di cura presenti nella sezione "Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure". Altri obiettivi specifici sono presentati nei capitoli tematici del volume 2, 4 e 6.
Infine, a partire dal 2008, sono state 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"**, come 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

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria è la sede istituzionale di rappresentanza degli enti territoriali in cui si definiscono, si verificano e si valutano le scelte di governo a livello locale del sistema sanitario e socio-sanitario. Nella CTSS, la cui assemblea è composta da tutti i sindaci dei Comuni della provincia di Parma e dal Presidente dell'Amministrazione Provinciale di Parma, trova piena realizzazione il coinvolgimento degli Enti Locali nei processi decisionali per definire scelte politiche aderenti ai bisogni effettivi della comunità.
La competenza della Conferenza non è limitata all'area sanitaria ma anche a quella sociale, ponendo come chiara scelta strategica l'integrazione tra l'area sociale e quella sanitaria, puntando al coinvolgimento e all'integrazione di ambiti e competenze molto diversificati tra loro.

La partecipazione dell'Azienda alla programmazione provinciale trova riconoscimento formale nell'invito a prendere parte ai lavori dell'Ufficio di Presidenza della CTSS (composto dai quattro Presidenti dei Comitati di Distretto e dal Presidente della Provincia). Infatti, all'Ufficio di Presidenza sono invitati permanenti, senza diritto di voto, insieme al Direttore dell'AOU, il Direttore dell'Azienda USL, il Rettore dell'Università degli Studi di Parma, il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia, l'Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie della Provincia di Parma.

Peraltro, gli stessi professionisti della sanità a tutti i livelli dell'organizzazione sono non solo meri erogatori di servizi, ma parte attiva nelle scelte, insieme a tutti i portatori di interesse fra cui

organizzazioni sindacali, privato accreditato, Comitati Consultivi Misti e Forum del terzo settore. Ciò avviene nell'ambito del Piano Attuativo Locale (PAL), sia per la sua definizione e realizzazione che per il relativo monitoraggio.
Il lavoro svolto in forma integrata e le decisioni condivise sono il valore aggiunto della realtà parmense, che permette di garantire il mantenimento degli attuali standard di qualità delle prestazioni sanitarie fornite, nonostante la criticità dei finanziamenti.
Questa partecipazione (complessivamente più di 300 professionisti hanno preso parte a 28 gruppi di lavoro) 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.

Il ruolo della Conferenza si sostanzia, dunque, nell'espressione di indirizzi e nella valutazione dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento e, soprattutto, nella programmazione triennale contenuta nel PAL, lavoro intenso, fortemente partecipato e condiviso che ha assicurato servizi di qualità: i risultati del PAL 2009/2011 sono la qualità dei servizi adeguati alle necessità del territorio, che costituiscono la solida base per affrontare la nuova fase in cui avremo a disposizione meno risorse.
Al termine del triennio, nel 2012, la CTSS, insieme alle due Aziende, ha promosso una giornata di riflessione sui dati emersi dal monitoraggio, di valutazione della qualità e dell'incidenza dei cambiamenti introdotti e di confronto sulle prospettive per il futuro anche al fine di suggerire eventuali percorsi di ulteriore consolidamento e innovazione della rete provinciale dei servizi sanitari e sociali.
Sono emersi risultati lusinghieri ottenuti dalla sanità parmense con il Piano Attuativo Locale 2009/2011, che con i suoi 200 obiettivi costituisce, appunto, il principale strumento di programmazione sanitaria per la provincia di Parma. Per quanto attiene il livello di raggiungimento degli obiettivi, in tutte le direttrici strategiche (equità, qualità, integrazione) l'indice medio non è 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 un'attestazione a questo livello minimo.
E' aumentato il livello di equità a livello provinciale nella distribuzione territoriale dei servizi e nella loro utilizzazione. La implementazione progressiva del FRNA (fondo regionale per la non autosufficienza) ha consentito lo sviluppo di servizi alla persona in territori storicamente più svantaggiati e, in parallelo, la crescita esponenziale delle medicine di gruppo ha favorito un coinvolgimento maggiore della figura del medico di base nei processi di cura socio sanitari integrati.
E' aumentato il livello di efficienza della risposta ospedaliera grazie alla riorganizzazione interna di percorsi clinici, come quelli relativi alle lungodegenze così come il livello di qualità della diagnostica, grazie alla profonda innovazione tecnologica delle attrezzature, e grazie al fatto che le reti informatizzate consentono un più alto livello di accessibilità e tempestività sia in fase di prevenzione che di cura.
Sia in sede di Azienda Ospedaliera che di Azienda USL le strategie di reclutamento dei professionisti sono migliorate e i processi di formazione permanente, di ricerca e formazione in servizio e sul campo si sono fortemente strutturati, consentendo una maggiore finalizzazione e coerenza dei processi formativi con i processi di cambiamento organizzativo.
E' aumentato il livello di consapevolezza dei professionisti sulla necessità che si realizzi una piena integrazione socio sanitaria dei e fra i servizi.
I risultati ottenuti sono, dunque, frutto del lavoro in forma integrata, attraverso scelte condivise, per la governance del territorio. Un modo di procedere che ha trovato compimento e che è il punto di partenza per il lavoro futuro. 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 architettoniche dell'Ospedale, le attrezzature ma soprattutto è necessario valorizzare i nostri professionisti con maggiore formazione e aumentare la partecipazione, per lavorare sull'innovazione.

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

Come da D.G.R. n. 925/2011 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" sulle linee di intervento per il governo delle liste di attesa, per l'assistenza specialistica ambulatoriale, come per l'assistenza in regime di ricovero, sono state confermate anche per l'anno 2012 tutte le indicazioni contenute nella D.G.R.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, al fine di garantire un'adeguata offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali a livello provinciale, nel rispetto dei tempi di attesa entro gli standard regionali, ha proseguito e sviluppato le azioni intraprese negli ultimi anni con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza e al completamento dei piani di comunicazione, temi già approfonditi in sede di stesura dei Programmi attuativi aziendali e del Piano di Produzione provinciale di attività ambulatoriale

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.

L'Azienda ha proseguito nella pianificazione dell'offerta di prestazioni nei diversi regimi di erogazione nelle diverse modalità di accesso (prestazioni urgenti, programmabili, accesso diretto, prestazioni di completamento diagnostico, agende dedicate per i follow-up per le patologie croniche, percorsi semplici di presa in carico) e attraverso il consolidamento dei **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 provveduto all'attivazione di nuovi percorsi di Day Service Ambulatoriale, al monitoraggio dei DSA avviati e formalizzati in questi ultimi anni e, attraverso l'analisi del flusso della specialistica ambulatoriale, alla rilevazione dell'attività erogata. Sono stati inoltre introdotti strumenti e procedure concordati, tesi a rendere operativo un modello organizzativo della specialistica ambulatoriale che faciliti le prenotazioni e i percorsi dei cittadini superando la frammentazione degli accessi.

Azioni di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Il Piano regionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 ha focalizzato le indicazioni con particolare riguardo all'appropriatezza, uno dei temi prioritari su cui le Aziende devono sviluppare interventi per il governo dei tempi di attesa.

Risultati raggiunti

Anche nel corso del 2012, 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: 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 2012
Appropriatezza prescrittiva	Verifiche sulle prescrizioni: (presenza QD, classe di priorità di accesso coerente con protocollo, corretto invio a prime visite /controlli/Follow Up)	E' stata verificata, su base campionaria, la corretta compilazione. La valutazione ha portato a un esito di conformità rispetto alla normativa regionale per i parametri "classe di priorità di accesso e corretto invio a prime visite/controlli/ follow up". La presenza del QD non sempre è risultata indicata o chiaramente interpretabile.
	Identificazione dei comportamenti di prescrizione inappropriata	Strutturazione di gruppi di lavoro interaziendali e formalizzazione del gruppo interaziendale per la deburocratizzazione per affinare e diffondere le buone pratiche relative all'identificazione dei comportamenti di prescrizione inappropriate. Completamento dell'informatizzazione 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 e sono state sviluppate le linee guida inerenti il governo clinico e l'appropriatezza delle prestazioni di laboratorio e di radiologia.
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 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 ecc.).
	Consolidamento e sviluppo dei percorsi ambulatoriali semplici e DSA	Attivazione dei DSA 1 e 2.
Appropriatezza erogativa	Trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery	Erogazione in regime ambulatoriale delle prestazioni individuate dall'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni erogabili nell'assistenza specialistica dalla normativa regionale.

Attuazione dei Programmi attuativi aziendali

Monitoraggio e rendicontazione degli interventi, coerente con le indicazioni regionali in merito ai tempi di attesa; messa a punto di strumenti di valutazione dell'attività; sviluppo ulteriore della comunicazione ai cittadini e alle parti sociali; governo dell'offerta di prestazioni programmate, urgenti, urgenti differibili e di follow-up.

Risultati raggiunti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha collaborato con l'Azienda territoriale per garantire, come da D.G.R. 653/2012, l'adozione di alcuni strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa in caso di criticità indicati dalla regione.

In particolare, l'Azienda si è impegnata all'aggiornamento degli ambiti di garanzia entro i quali, a seconda delle tipologie di prestazioni individuate o no come di base, è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti e alla revisione continua delle agende di prenotazione (separazione delle prime visite, dei controlli, dei follow-up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, overbooking). Si è inoltre monitorato l'andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati.

L'Azienda ha garantito la qualità e la completezza dei dati da trasmettere nei flussi informativi regionali, per il monitoraggio e la valutazione dei tempi di attesa inerenti l'attività specialistica ambulatoriale, utilizzando le elaborazioni trimestrali di controllo dei dati messi a disposizione dalla Regione. Si specifica che i flussi informativi regionali funzionali ad assolvere il debito informativo sono:

- flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) per i tempi effettivi
- applicativo MAPS per i tempi di attesa prospettici

Una migliore informazione delle scelte adottate, in un rapporto stabile e trasparente con i cittadini, è un primo e fondamentale strumento di miglioramento della performance dei tempi di attesa regionali.

A completamento della campagna di comunicazione già avviata, articolata a livello regionale e locale e rivolta a cittadini e professionisti, nel corso del 2012 si è proseguito su altri filoni di sviluppo:

- sviluppo dei piani di comunicazione con particolare riferimento all'accessibilità dell'offerta, alle eventuali innovazioni normative e organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione e alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza,
- sviluppo delle azioni di comunicazione nei confronti dei rappresentanti dei cittadini sull'utilizzo dei servizi,
- sviluppo, in collaborazione con l'Azienda USL, delle analisi degli strumenti di diffusione delle informazioni e aumento della coerenza e qualità della comunicazione utilizzando il portale regionale sui tempi di attesa www. TDAER.it, CUPWEB e SALUTER.

In particolare, l'implementazione del programma CUP/WEB e l'informatizzazione degli ambulatori hanno consentito la completa attuazione operativa delle azioni correlate alla deburocratizzazione delle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali successive a prima visita. Il sistema di prenotazione On Line delle prestazioni specialistiche (visite e esami) della Regione Emilia-Romagna CUP WEB consente infatti ai cittadini, attraverso la registrazione al portale regionale, di prenotare le prestazioni sanitarie definite da ciascuna azienda, annullare o cambiare appuntamenti prenotati, pagare una prenotazione con pagamento on Line, visualizzare e stampare gli appuntamenti e il costo della prestazione prenotata.

L'attivazione del CUP WEB, avvenuta nel corso del 2012, ha riguardato una serie di prestazioni che presentano un diverso dettaglio di visibilità all'interno del portale (territoriale e/o di Area Vasta) e che non richiedono una valutazione specifica da parte del personale addetto alla prenotazione (sono esclusi: i controlli, le RMN, le TAC e parte delle prestazioni pediatriche).

Il governo dello sviluppo ICT

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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 e del potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti attraverso la rete Sole e diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito si riassumono gli interventi effettuati di maggiore valenza:

- in AUSL l'attivazione di medici MMG e PLS ha visto, nel corso del 2012, l'avvio di 5 secondi ambulatori e 7 postazioni aggiuntive in più rispetto al 2011. Le reti orizzontali realizzate, tutte in corso d'anno, sono state 3 e hanno coinvolto un totale di 28 medici:
  - NCP2 MONTECHIARUGOLO
  - NCP5 SAN SECONDO ROCCABIANCA TRECASALI SISSA
  - NCP1 MEDESANO

  I nuovi medici attivati sono stati 10 (tutti MMG).
  A fine 2012 i medici attivi in SOLE erano 346 (289 MMG, 57 PLS) su 348 convenzionati raggiungendo una percentuale del 99,4% e denotando un miglioramento netto rispetto al 97% del 2011. Il 92% dei MMG/PLS ha impostato la gestione del consenso SOLE all'interno della propria cartella.
- in AUSL il consolidamento dei servizi disponibili ha dato l'opportunità a 12 centri privati accreditati di prenotare utilizzando la richiesta SOLE. Si segnala che, con l'introduzione della nuova modalità di gestione del consenso in modalità centralizzata, la prenotazione Cup non rappresenta più una condizione vincolante per la trasmissione in SOLE dei documenti clinici prodotti quali referti, verbali di pronto soccorso, notifiche di avvenuto ricovero e di missione, eccetera.
- in AOU, al fine di implementare il sistema di ricetta elettronica si è proseguito nel progetto del sistema gestionale della specialistica ambulatoriale nel quale viene identificato lo strumento di prescrizione elettronica.

L'obiettivo di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) dell'assistito è stato perseguito attivando ai dipendenti aziendali ulteriori fascicoli e rendendo prenotabile nella piattaforma CUPWEB un set di prestazioni condivise tra le due aziende:

- in AUSL sono state messe in campo diverse azioni, ad oggi ancora in corso, per aumentare la qualità e la quantità della documentazione sanitaria disponibile sul FSE:
  - attivazione e diffusione del formato CDA2;
  - attivazione della refertazione su piattaforma aziendale RIS, già integrata con SOLE e con i sistemi aziendali, per le specialistiche basate sulla refertazione delle immagini: endoscopia, cardiologia, ecografia. La pianificazione triennale prevede di completare tutti gli ambiti di refertazione ambulatoriale;
  - integrazione con il sistema di refertazione e messa in rete degli strumenti di produzione delle immagini legati alle specialistiche del punto precedente; le immagini vengono archiviate sul sistema PACS aziendale. La pianificazione triennale prevede di completare tutti gli ambiti di refertazione ambulatoriale
  - attivazione della refertazione specialistica su applicativo aziendale per tutti gli ambiti ancora gestiti in maniera manuale;
  - attivazione in produzione della gestione dell'oscuramento sugli applicativi di ADT, PS, Refertazione Ambulatoriale, Continuità assistenziale, tutti gli applicativi che fanno attività di Accettazione (CUP e RIS), Consultori; entro il 2013 verrà attivato l'invio a SOLE anche della documentazione e degli eventi oscurati dal paziente in tutti i casi già in formato CDA2.
- al fine di potenziare lo scambio elettronico di informazioni versate alla rete Sole nel corso del 2012 in AOU si è dato avvio all'uso del sistema di gestione della specialistica ambulatoriale nel Dipartimento Geriatrico – Riabilitativo con la conseguente spedizione dei referti di specialistica alla piattaforma SOLE.
  Nel contesto del sistema informativo di Anatomia Patologica si è dato inizio, coerentemente con i lavori del gruppo regionale, alla revisione delle funzionalità tecnologiche dello stesso per permettere il successivo l'invio alla piattaforma SOLE dello stesso referto.

I volumi di AOU possono essere di seguito riassunti:

Documento	Volumi 2012
Pronto Soccorso	62.597
Laboratorio	81.060
Radiologia	65.497
Specialistica	55
Evento ricovero	16.321
Evento dimissione	15.303
Lettera di Dimissione	1.584

I volumi **di AUSL** possono essere riassunti:

Documento	Volumi 2012
Laboratorio	61.057
Radiologia	87.579
Specialistica	64.197
Evento di dimissione	10.306
Evento di ricovero	10.540
Pronto Soccorso	21.311

- Si ritiene inoltre significativo riportare che entrambe le aziende hanno realizzato l'analisi e definizione delle modalità di integrazione dei sistemi di gestione delle degenze e del pronto soccorso con il sistema SOLE per la ricezione del profilo sanitario sintetico (c.d. "Patient Summary"). In ambito AUSL sono stati erogati 4 corsi in aula su Patient Summary (24 medici). La ripresa formativa presso gli operatori CUP e farmacisti è stata nell'ultimo quadrimestre 2012.

Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nell'anno 2012 le attività realizzate nell'ambito del Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica, in coerenza con l'obiettivo dell'anno precedente, sono proseguite in un ottica di standardizzazione dell'offerta, di promozione della responsabilizzazione delle strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato, favorendo, l'uniformità dei comportamenti nei vari aspetti che attengono al Programma Odontoiatrico.

Risultati raggiunti

- Nel 2012, sono stati consolidati gli aspetti previsti nelle già adottate "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.
- Con l'obiettivo di standardizzare e uniformare i comportamenti nei vari aspetti che attengono al Programma Odontoiatrico, anche tra le Aziende di Area Vasta Emilia Nord, nel corso del 2012 sono stati promossi incontri tra i referenti aziendali, in Area Vasta per condividere aspetti che sono stati formalizzati in una linea guida di Area Vasta che verrà adottata nel corso dell'anno 2013 anche dalle due Aziende Sanitarie di Parma.
- Nel 2012, è proseguito il processo di responsabilizzazione delle strutture distrettuali alla piena gestione dell'erogato rispetto alle specifiche del flusso, soprattutto 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 consolidati gli aspetti già definiti concernenti i costi dei manufatti ortodontici, ora comuni alle due Aziende Sanitarie e ai gestori privati accreditati. Sono infatti stati definiti importi forfetari onnicomprensivi annuali per quanto riguarda gli apparecchi ortodontici fissi e mobili, e la semplificazione delle procedure di fornitura in modo omogeneo nell'Area Vasta.
- Nell'anno 2012 sono stati mantenuti i contratti in essere con i tre gestori privati accreditati già convenzionati con Azienda USL.

Nell'anno 2012 le due Aziende hanno mantenuto e promosso congiuntamente i programmi di Prevenzione Primaria 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, in continuità con quanto svolto negli anni precedenti, 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.

Programmi di screening oncologici

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 2012 è terminato il quarto round di invito alla popolazione obiettivo dello screening.
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 circa 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 colorettale provinciale (fine 4° round), nel 2012 sono state invitate ad eseguire il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci 61.614 persone: il 51,45% l'ha effettivamente eseguito, aderendo al programma e di questi il 3,95% è risultato positivo. Dei soggetti con sangue occulto positivo, il 84,17% 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.

Tabelle Risultati dello screening colo-rettale dal 01.01.2012 al 31.12.2012

2012*	N°	%
Popolazione invitata	61.614	
Popolazione aderente	31.703	51,45%
Sangue occulto negativi	30.452	
Sangue occulti positivi	1.251	3,95%
Colonscopie eseguite°	1.052	84,17%
di cui AOU di Parma	640	60,84%

2012* Lesioni riscontrate	N°	%
Adenomi totali	358	34,03%**
di cui AOU di Parma	216	
Adenomi ad alto rischio	192	18,25%**
di cui AOU di Parma	129	
Adenomi a basso rischio	166	15,78%**
di cui AOU di Parma	87	
Carcinomi	23	2,19%**
di cui AOU di Parma	13	

Fonte - Database interno AOU-AUSL di Parma
** Dati parziali; in corso il completamento degli esami*
*** Percentuale sul totale di colonscopie effettuate*
° Le colonscopie sono di approfondimento (primo esame)

Al fine di incrementare i dati di adesione al 2° livello, il Centro Screening ha avviato già da circa 2 anni 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.

Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Nell'ambito degli interventi di miglioramento del percorso nascita, promossi dalla Commissione Nascita regionale, le Aziende sanitarie sono chiamate ad aderire ad un programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di taglio cesareo partendo dalla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e dall'elaborazione dei dati CeDAP secondo la classificazione di Robson.
Trattamento del dolore da parto con lo sviluppo dell'offerta nei punti nascita di metodiche farmacologiche e non farmacologiche di provata efficacia per il controllo del dolore nel travaglio di parto.
Sviluppo delle abilità di comunicazione e di counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita.

Risultati raggiunti

1. Realizzazione DSA 2 Gravidanza fisiologica e DSA 2 Gravidanza a rischio
2. Creazione di gruppi di lavoro interaziendali multidisciplinari per l'applicazione delle LG dell'ISS sull'Appropriatezza del Taglio cesareo
3. Avvio della Partoanalgesia farmacologica e condivisione interaziendale del percorso informativo sul sostegno farmacologico e non farmacologico del dolore in travaglio di parto
4. Creazione di una rete di sostegno interaziendale multidisciplinare per il Disagio emozionale in gravidanza.

Nell'ambito del percorso nascita, è proseguito anche nel 2012 il lavoro di integrazione Ospedale-Territorio per l'implementazione della DGR 533/08 declinato in azioni progettuali .
Per quanto attiene all'"**Assistenza alla gravidanza Fisiologica**" dal 5 Marzo 2012 è stato dato avvio al Progetto di "Gestione integrata dei Livelli di rischio nel Percorso Nascita", di cui è stata richiesta la presentazione a livello ministeriale il 25 novembre 2012. Tale progetto, condiviso dalle due Aziende, prevede che la presa in carico delle gravide della provincia sia effettuata secondo il criterio dell'intensità di assistenza/cure. In tale prospettiva, è stato definito un percorso integrato ospedale-territorio tale da garantire l'individuazione e la categorizzazione del rischio, il trattamento delle condizioni associate a esito avverso della gravidanza, la migliore assistenza ad una condizione patologica o l'eventuale ri-definizione del rischio. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria dà risposta alle gravidanze ad alto-medio rischio con un percorso di Day Service Ambulatoriale (DSA 2). Si tratta di un modello assistenziale che assicura un percorso agevole ed efficiente, caratterizzato dalla erogazione di un set di prestazioni ambulatoriali che permette alla donna di essere inquadrata dal punto di vista clinico-diagnostico in breve tempo. L'Azienda USL ha completato su tutti i distretti l'attivazione del DSA 2 per l'assistenza della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica e garantisce l'assistenza medica alle gravidanze con patologie borderline .
L'Azienda ha aderito a un programma di miglioramento dell'**appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo** partendo dalla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e dall'elaborazione dei dati CeDAP secondo la classificazione di Robson. I dati relativi all'anno 2012 mostrano un deciso miglioramento del trend rispetto agli anni precedenti e un tendenziale allineamento con i dati delle aziende ospedaliere della regione (32% circa). Anche per tale obiettivo si è svolto un lavoro di integrazione AUSL-AOU con gruppi di lavoro multidisciplinari che hanno condiviso i contenuti delle LG dell'ISS e che hanno prodotto un protocollo informativo del percorso della paziente gravida con particolare riferimento alla pre-cesarizzata e alla richiesta materna di TC. Al fine di ottimizzare ulteriormente l'allineamento ai dati regionali, l'Azienda ha ottenuto nel 2012 il finanziamento regionale per un progetto interaziendale, nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università, dal titolo: "Una strategia basata sull'evidenza per ridurre il tasso dei parti cesarei: studio di implementazione".
Per quanto riguarda il progetto per il **sostegno del dolore nel parto** con tecniche di analgesia farmacologica e non-farmacologica, dal 2012, sia presso l'AUSL (Ospedale di Vaio) che presso l'AOU è possibile usufruire della partoanalgesia con l'epidurale, in maniera gratuita, per la donna che ne faccia richiesta. Anche per tale obiettivo si è lavorato con il territorio attraverso attività formative per il personale volte a realizzare un'omogeneità di informazioni per l'utenza riguardanti le strategie farmacologiche e non-farmacologiche (assistenza one-to-one e con l'utilizzo delle posizioni alternative e dell'acqua) di contenimento del dolore in travaglio
Si è sviluppato l'Obiettivo 5 della D.G.R. 533/08 riguardante il **Disagio emozionale** attraverso la costruzione di una rete integrata di sostegno multidisciplinare (ginecologi, psichiatri, psicologi, ostetriche, assistenti sociali).
Alcuni professionisti del percorso Nascita di entrambe le Aziende hanno partecipato al Corso di Formazione regionale nell' ambito dello **sviluppo delle abilità di comunicazione e di counselling**.
E' stata promossa un'attività di consolidamento di tutti i rimanenti obiettivi della D.G.R. 533/08 di cui la realizzazione era in corso.

Interventi in fase di sviluppo:	*Criticità rilevate*
- Realizzazione di un progetto finanziato Regione-Università sull'Implementazione delle LG sul Taglio cesareo - Creazione dell'ambulatorio della Gravidanza a termine secondo procedure condivise nel rispetto della continuità assistenziale	Difficoltà degli operatori ad adattarsi al cambiamento organizzativo e al lavoro secondo protocolli stabiliti e validati.

Rete e percorsi cardiologici

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le Aziende devono impegnarsi a favorire la collaborazione dei professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, provinciale e di Area Vasta, per rafforzare e rivitalizzare la rete cardiologica e cardiochirurgica dell'emergenza (infarto miocardico acuto STEMI), estendendola ad altre condizioni a forte rischio di sopravvivenza (infarto miocardico acuto Non-STEMI, arresto cardiaco, sindrome aortica acuta). Oltre all'accesso al trattamento, le aziende dovranno promuovere la definizione e valutazione di percorsi assistenziali nel post-acuto, compresa la fase riabilitativa, sostenendo la concentrazione delle competenze e dei servizi e il rispetto dei tempi di attesa.
Con il supporto della Commissione cardiologica e cardiochirurgica regionale, devono operare per la definizione, laddove assente, e l'omogeneizzazione dei protocolli operativi, la definizione dei criteri professionali (clinical competence, volume minimo dei casi per le strutture, eccetera) e dei setting di erogazione delle prestazioni e la realizzazione di attività di governo clinico come formazione, introduzione delle innovazioni (impianto percutaneo di protesi valvolare aortica, sistemi meccanici di assistenza cardiocircolatoria, eccetera) e gestione del rischio.

Risultati raggiunti
La rete cardiologica della Provincia di Parma ha proseguito l'attività di teletrasmissione dell'ECG da tutti i mezzi 118, con invio diretto in sala di Emodinamica dei pazienti con infarto del miocardio acuto STEMI.
Il 77% dei pazienti con infarto STEMI ha utilizzato la rete 118, con un dato che risulta essere il migliore in Emilia e Romagna.
Tale risultato trae origine dalle campagne informative sul corretto comportamento da tenere in caso di 'dolore toracico' svolte dalle Aziende Sanitarie e dalle loro Cardiologie in accordo con associazioni di volontariato sociale e sanitario.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Un aggiornamento del 'percorso del dolore toracico' è stato predisposto da un gruppo di lavoro interaziendale e sarà presto messo a disposizione dei professionisti per evidenziare possibilità di miglioramento e di ottimizzazione dell'uso delle risorse nell'approccio al paziente con sospetta cardiopatia ischemica.

Criticità rilevate
La tempistica relativa all'esecuzione della coronarografia è suscettibile di miglioramento.

I percorsi per la presa in carico: diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche e implementazione del Progetto "La prevenzione delle malattie cardiovascolari" nei pazienti post-IMA/SCA

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Dare impulso al percorso di implementazione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari nei pazienti post-IMA/SCA, creando uno stretto collegamento con il Progetto sul Profilo dei Nuclei di cure primarie, promuovendo incontri di audit tra MMG e Specialisti cardiologi, sul sistema di indicatori di qualità (Profili di NCP) relativi al monitoraggio dei pazienti dimessi da un ricovero post-IMA: trattamento farmacologico e controlli periodici, al fine di migliorare ulteriormente la qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

Risultati raggiunti
Nel 2012 si sono tenuti a Parma i primi corsi formativi regionali, previsti nell'ambito di un apposito progetto di ricerca finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, che forniscono al personale infermieristico delle Cardiologie ospedaliere e territoriali tutti i contenuti didattici, scientifici e assistenziali necessari alla presa in carico del paziente nel post-IMA, per garantire l'inizio immediato del trattamento riabilitativo e un monitoraggio adeguato dopo le dimissioni.
Nel corso dell'anno si sono svolti una serie di incontri tra specialisti cardiologi e MMG dei Nuclei di cure primarie per presentare il documento regionale sulla 'gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco' e iniziare a sperimentare esempi di gestione territoriale dello scompenso cardiaco.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Un centro dedicato alla prevenzione cardiovascolare è stato progettato presso una nuova 'Casa della salute' che sarà aperta a Parma Centro. Tale iniziativa nasce da una collaborazione tra Aziende Sanitarie, Università degli Studi di Parma e Fondazione Don Gnocchi.	Il trasferimento dei pazienti con scompenso cardiaco dal DH ospedaliero ad una gestione integrata territoriale implica il rafforzamento dei Servizi infermieristici territoriali e della rete cardiologica territoriale.

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 2012 nella provincia di Parma, fonte il Registro Provinciale di Patologia, risultano presenti 27.423 pazienti diabetici su una popolazione residente di 447.251, ovvero il 6,13% della popolazione.
La percentuale di diabetici sale al 20,24% se si considera la fascia di popolazione residente con età superiore a 75 anni
I nuovi entrati nel registro di patologia nel 2012 rispetto al 2011 sono 2045, con un'incidenza pari allo 0,46 % sulla popolazione residente.
Il progetto della Gestione Integrata condiviso fra MMG e Specialisti diabetologi delle due Aziende continua a prevedere oltre alla presa in carico congiunta del paziente con diabete tipo 2, differenti progetti, fra i quali: il Registro Provinciale della Patologia Diabetica, l'attivazione di un sistema informatico di comunicazione tra MMG e Struttura Diabetologica attraverso la rete SoLe, la definizione dei criteri per la concessione dei presidi per il monitoraggio domiciliare della glicemia e le modalità distributive degli stessi.
Prosegue il percorso condiviso fra le due aziende sanitarie della provincia per la presa in carico delle gravidanze complicate da diabete gestazionale oltre che il percorso provinciale integrato per la diabetologia pediatrica.

Il percorso per le Dimissioni Difficili/Protette

La dimissione difficile costituisce un servizio 'ponte' nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati Ospedale-Territorio, in grado di attivare le risorse della struttura ospedaliera, dei servizi socio-sanitari territoriali, del volontariato interno ed esterno.

I Reparti ospedalieri hanno segnalano le situazioni critiche al Servizio Sociale Ospedaliero che, dopo un'attenta anamnesi che ha preso in considerazione precisi indicatori sociali e/o assistenziali (riduzione delle autonomie funzionali, fragilità delle rete di sostegno, difficoltà economiche o abitative), ha provveduto ad attivare il Percorso per le Dimissioni Protette.

Il Percorso in questione ha assicurato l'obiettivo principale di garantire che la continuità delle cure sia considerata parte integrante della buona pratica clinica e assistenziale.

Nel caso di pazienti 'fragili', la programmazione della dimissione ha contemplato una valutazione multidimensionale e integrata degli aspetti sanitari e sociali e la pianificazione dei passaggi necessari per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.
I bisogni di tipo esclusivamente sanitario hanno comportato l'attivazione e il coordinamento con i Medici di Medicina Generale e l'Assistenza Infermieristica Domiciliare.
I percorsi per la riabilitazione, sono stati attivati dai Reparti attraverso la consulenza specifica fisiatrica.

Nel 2012, il Servizio Sociale Ospedaliero è intervenuto nell'ambito del Percorso per le Dimissioni Protette per:

- valutare i bisogni sociali e assistenziali dei pazienti;
- fornire la consulenza psico-sociale necessaria ad ottenere l'adesione del paziente e della famiglia al progetto per la dimissione protetta;

- svolgere un'azione di segretariato sociale, per promuovere la conoscenza dei servizi della rete territoriale;
- segnalare al Servizio Assistenza Anziani le situazioni per le quali è necessario attivare risorse dei servizi territoriali (assistenza di base, case protette, RSA, centri diurni, eccetera);
- collaborare con gli operatori della rete territoriale alla definizione del programma assistenziale individualizzato, necessario a consentire la dimissione protetta.

A tal fine, per migliorare l'integrazione tra i professionisti ospedalieri e territoriali, nel 2012 è continuato il gruppo di studio e di analisi dell'Osservatorio per le Dimissioni Difficili/Protette: ad esso partecipano i rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dell'Azienda USL di Parma e dei Comuni del Distretto di Parma con l'obiettivo di confrontare le criticità emerse nella gestione del percorso all'interno di ciascuna organizzazione.

Il percorso valutativo avviato, intra ed extra aziendale, ha consentito di migliorare:

- le linee guida per i percorsi assistenziali integrati per individuare in maniera più precisa gli attori, i compiti e i tempi di attivazione dei Servizi Territoriali. Particolarmente pressante è stato l'invito ai reparti di organizzare per tempo le dimissioni, al fine di favorire una programmazione idonea del percorso;
- l'analisi dei bisogni e le possibili specifiche soluzioni per pazienti con problematiche socio-assistenziali non rientranti nella definizione del Protocollo (es. disabilità acquisite, stranieri irregolari ecc.)
- l'omogeneizzazione degli strumenti operativi per valutare i bisogni socio-assistenziali e sanitari dei pazienti, con particolare riferimento ai criteri per individuare la dimissibilità clinica e l'accesso alle strutture territoriali
- la formazione degli operatori coinvolti finalizzata all'apprendimento di modalità di lavoro multiprofessionale
- lo sviluppo del sistema 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 2012, il percorso è stato continuamente monitorato per:

- superare le difficoltà nella comunicazione con i famigliari riguardo la segnalazione di dimissione difficile e l'attivazione dei servizi sociali;
- ridurre il tasso di segnalazioni improprie da parte dei reparti;
- contenere i tempi di attesa tra richiesta di visita UVG e la consulenza in reparto;
- rendere più tempestiva la consegna dei presidi;
- favorire il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale.

Sempre nel corso dell'anno, si è provveduto a:

- studiare una implementazione della procedura delle dimissioni difficili
- costruzione all'interno delle aziende di una flow chart che individua gli attori e i tempi di attivazione di ciascun servizio coinvolto, proposta all'Osservatorio per le Dimissioni Difficili
- analizzare i percorsi assistenziali per i pazienti con patologie neoplastiche.

Rete e percorsi oncologici

Le Aziende devono impegnarsi a favorire, con il supporto della Commissione oncologica, la collaborazione dei professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, provinciale e di Area Vasta, per la costruzione della rete oncologica, attraverso:
a. l'omogeneità di comportamento professionale ispirato alle evidenze scientifiche;
b. il perseguimento dell'appropriatezza d'uso e dell'efficacia delle tecnologie/interventi diagnostico-terapeutici, con integrazione delle diverse funzioni assistenziali;
c. la concentrazione della casistica per garantire qualità e coordinamento delle professionalità e dei servizi caratterizzati da maggiore complessità e più elevata tecnologia;
d. la garanzia di tempestività di accesso ai servizi in ottemperanza agli standard scientifici e ai vincoli regionali e loro massima fruibilità;
e. il sostegno alla definizione e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici con particolare attenzione ai tempi di attesa come da DGR n. 925/2011;
f. la disponibilità di informazioni cliniche e anatomo-patologiche per la valutazione della qualità degli interventi assistenziali.

Risultati raggiunti

Nel 2010 è stato attivato il "Programma Interaziendale di Oncologia", con l'obiettivo di promuovere una rete oncologica e di continuità assistenziale per la presa in carico del paziente oncologico. In tale ambito è stato quindi costituito il Gruppo Oncologico Provinciale (GOP), di cui fanno parte oncologi e farmacisti dell'AOU e dell'AUSL, con la partecipazione estemporanea di altre figure professionali, quali MMG, Referenti di Hospices e dei Nuclei di Cure Primarie, per la condivisione a livello interaziendale AOU-AUSL di:

1. percorsi di continuità assistenziale fra gli Ospedali (dell'AOU e dell'AUSL) e il Territorio (ADI e Hospices);
2. PDT per carcinoma della mammella e polmone;
3. appropriatezza prescrittiva dei farmaci oncologici ad alto costo.

Nel 2012 si sono svolti 3 incontri del Gruppo Oncologico Provinciale (GOP) sui temi di:

- discussione dei risultati dell'audit sull'utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo e adeguamento alle indicazioni GREFO;
- percorsi di continuità assistenziale fra gli Ospedali e il Territorio.

Nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio, si è costituito un gruppo multidisciplinare interaziendale per la discussione collegiale di casi clinici, con incontri a frequenza settimanale. Nel 2012 sono stati effettuati 52 incontri di discussione di casi clinici oncologici presso l'ospedale di Fidenza.

Infine nel 2012 è stato ottenuto dalla SC Oncologia dell'AOU l'Accreditamento europeo (2012-2015) come Designated Center for Integration of Oncology and Palliative Care presso l'Europen Society of medical Oncology (ESMO). L'Oncologia così è stata chiamata a partecipare al Tavolo di Lavoro nazionale insieme agli altri 26 Centri Oncologici Italiani accreditati.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Prosecuzione delle azioni in atto.
- Attivazione PDT (carcinoma del colon-retto).
- Coinvolgimento nell'attuazione della Rete Provinciale delle Cure Palliative prevista dalla Legge 38/2010.

Criticità rilevate

Migliorare il coinvolgimento del singolo professionista e promuovere il lavoro di gruppo su obiettivi comuni e condivisi.

Contrastare le iniquità

Gli impegni dell'Azienda in tema di equità sono stati definiti nell'ambito del Piano dell'equità.

L'equità è qui intesa come un valore, cui tutto il sistema salute deve tendere e che caratterizza quasi ogni momento della relazione di cura, dall'accesso alle cure, alle modalità delle stesse, fino all'uscita dal percorso diagnostico terapeutico o alla garanzia della continuità assistenziale anche al di fuori delle strutture aziendali.

Il Piano dell'equità, condiviso con il Collegio di Direzione:

- esplicita principi ed obiettivi di riferimento sul tema dell'equità,
- individua le condizioni organizzative favorenti la 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 contrasto alle iniquità, ossia la messa in atto di strategie e pratiche proattive, è da intendersi come modalità operativa con una forte connotazione trasversale e capace di trovare concreta realizzazione in interventi molto diversi e spesso integrati con altri importanti temi come l'appropriatezza, la qualità delle cure, eccetera. L'equità è uno dei temi che caratterizza le 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.

Le attività in essere o in definizione a livello aziendale su questa tematica sono diverse, alcune sono presentate nel volume. Fra gli altri possiamo citare: la mediazione telefonica, il progetto di servizio civile "Curare la relazione per prendersi cura della persona"; il progetto promosso insieme al Comitato Unico di

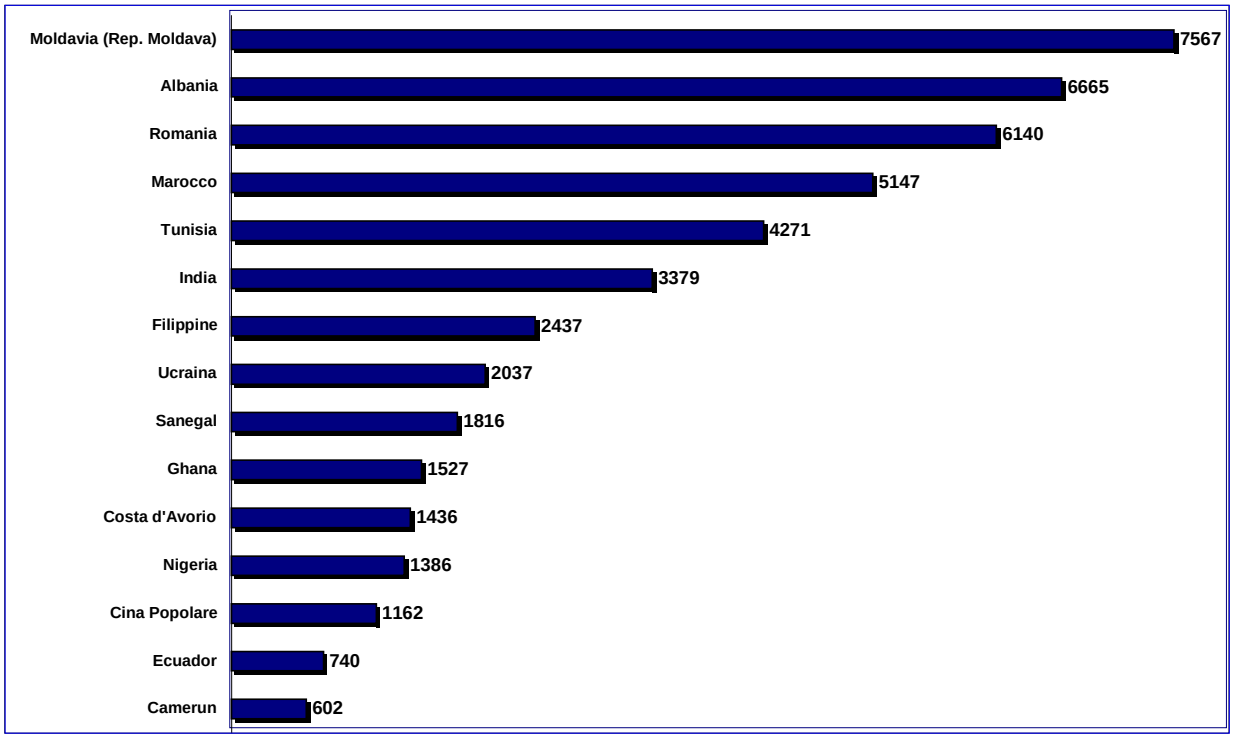
Garanzia "L'accoglienza ospedaliera alle donne vittime di violenza e di stalking"; la partecipazione all'iniziativa bollini rosa e una call interna sugli strumenti di comunicazione, il progetto di modernizzazione "Mediazione di sistema".

Assistenza e accoglienza ai cittadini migranti

La popolazione della provincia di Parma al 1° gennaio 2012 è di 455.283 abitanti; nello stesso periodo, la popolazione migrante residente è di 58.233, equivalente al 13,1% del totale dei residenti.
La popolazione residente della provincia di Parma è cresciuta ininterrottamente, dal 1° gennaio 2002 al 1° gennaio 2012, passando da 402.330 a 445.283, nello specifico la popolazione migrante è passata da 17.356 a 58.233 ovvero dal 4,3 % del 1° gennaio 2002 al 13,1% del 1° gennaio 2012, una crescita maggiore di 3.164 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 35,7% dell'intera popolazione straniera residente nella provincia di Parma.

Grafico 1 Composizione della popolazione migrante residente al 1° gennaio 2012 nella Provincia di Parma. Suddivisione per area di provenienza

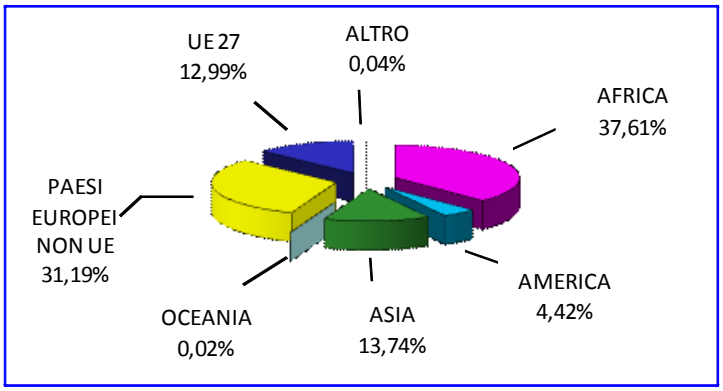


Fonte: www.statistica.parma.it

Ricoveri ospedalieri

Nel 2012 nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono stati registrati 5589 ricoveri di pazienti stranieri (fonte il flusso regionale SDO), corrispondenti al 10,61% di tutti i ricoveri. L' 80,10% di tutti i ricoveri è stato effettuato in regime di ricovero ordinario, mentre il 19,90% 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, romena, marocchina e tunisina, perfettamente corrispondente alla composizione della popolazione migrante residente nel territorio, che da sole costituiscono il 49,15% dei ricoveri di pazienti di origine straniera.

Grafico 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per macroaree di provenienza, anno 2012



Fonte:Banca dati SDO RER

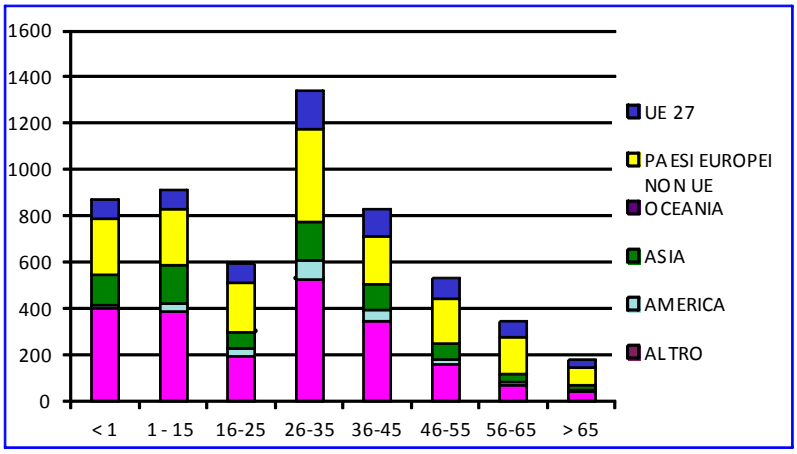
Tabella 1 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante suddivisi per paese di origine (nazionalità più rappresentate), anno 2012

Paese di provenienza	N. casi	%	Paese di provenienza	N. casi	%
MOLDOVA	712	12,74%	GHANA	228	4,08%
ALBANIA	687	12,29%	COSTA D'AVORIO	197	3,52%
ROMANIA	526	9,41%	SENEGAL	173	3,10%
MAROCCO	497	8,89%	FILIPPINE	172	3,08%
TUNISIA	325	5,81%	UCRAINA	155	2,77%
NIGERIA	298	5,33%	CINA	109	1,95%
INDIA	285	5,10%	CAMERUN	92	1,65%

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 (38,83%) e di bambini sotto i 15 anni, che costituiscono il 31,90% dei ricoveri totali di pazienti non Italiani.
Gli africani, così come negli anni precedenti, sono presenti prevalentemente nelle fasce di età adulto-giovanili (87,44% <46 anni), anche se negli ultimi anni si sono registrati ricoveri anche a carico delle fasce di età più avanzate.
Per quanto riguarda le classi d'età superiori a 55 anni, sono costituite nella maggior parte dei casi (65,13%) da popolazioni provenienti dai paesi europei, sia appartenenti all'Unione Europea che non. Da notare comunque che solo il 9,29% 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 2012



Fonte:Banca dati SDO RER

La distribuzione per genere vede il 62,09% dei dimessi di sesso femminile e il 37,91% 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 59,51% di tutti i ricoveri.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2012 il reparto che ha registrato il maggior numero di ricoveri è stata l'Ostetricia e Ginecologia (28,65%), seguita dai reparti pediatrici (Neonatologia-Nursery, Clinica Pediatrica, Pediatria e Oncoematologia, Astanteria Pediatrica, Chirurgia Pediatrica, T.I. Neonatale) con il 30,67% di tutti i ricoveri. Nell'insieme, i reparti del Dipartimento Materno-Infantile hanno accolto il 59,34% di tutti i ricoverati stranieri nell'AOU di Parma.

Tabella 2 Ricoveri ospedalieri nella popolazione migrante: suddivisione per reparti di dimissione, anno 2012

Reparti di dimissione	N. casi	%	
Ostetricia e Ginecologia	1.601	28,65%	59,31%
Neonatologia- Reparti pediatrici	1.714	30,67%	
Reparti Internistici	977	17,48%	
Reparti Chirurgici	1032	18,46%	
Ortopedie	253	4,53%	
Terapie intensive	12	0,21%	
Totale	5589	100,00%	

Una analisi degli accessi al Pronto Soccorso, anche con riferimento alla popolazione straniera, è presentata nel capitolo 2.3. Occorre qui rilevare solamente che nel 2012 si è registrato un lieve calo degli accessi effettuati da stranieri (15,35% degli accessi totali al PS, ossia 13.561 accessi, rispetto ai 13.784 registrati nel 2011, pari al 16,1%). Tuttavia, il Pronto Soccorso dell'Azienda continua a registrare un trend, un incremento del numero di accessi totali (+4,25% nel 2012 rispetto al 2011).
E' importante ricordare che dagli accessi al Pronto Soccorso sono esclusi i casi pediatrici e ostetrico-ginecologici, che per la maggior parte accedono direttamente al reparto.

Mediazione culturale

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.

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 promuovere un appropriato Counselling, sia durante la degenza che durante la 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: ciò risulta particolarmente vero, anche per gli obblighi giuridici e medico-legali, 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 2012 le ore di utilizzo del servizio di mediazione culturale in presenza sono state 787. La maggior parte degli interventi hanno interessato le lingue indiana, punjabi e hindi (480 ore) e la lingua cinese (181 ore). Meno rilevante il ricorso alla lingua araba (85) e ad altre lingue: di paesi centro-africani come Mali o Guinea (28 ore), filippino (4 ore), lingue slave (3 ore), moldavo e romeno (3 ore).
La stabilità residenziale di nuclei familiari indiani / pakistani costituiti da genitori giovani con bambini ha richiesto più volte l'intervento del mediatore sia nelle fasi di diagnosi che nelle fasi terapeutiche e post ricovero, per un accompagnamento nell'educazione terapeutica ed alimentare, in quanto trattasi di bambini affetti da patologie croniche.
La popolazione cinese nel nostro territorio non ha subìto variazioni significative. La richiesta maggiore del mediatore avviene dall'area materno infantile e da reparti che erogano particolare intensità terapeutica.

Sono aumentati i nuclei giovani provenienti dal Centro Africa (Mali, Guinea, Nigeria, eccetera), per ricongiungimenti familiari e donne sole gravide.

Alla fine del 2011 l'Azienda ha attivato uno sportello di mediazione linguistico-culturale telefonica. Il progetto è nato per favorire ulteriormente l'accesso ai servizi, facilitare la rimozione delle barriere linguistico-culturali e la realizzazione delle pari opportunità da parte della popolazione straniera. 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. Infatti, il servizio di mediazione linguistico-culturale telefonica offre la possibilità di comprendere fino a 90 lingue differenti. Tra gli obiettivi specifici del servizio: favorire l'acquisizione di capacità di controllo e miglioramento della propria salute da parte delle persone immigrate o appartenenti a gruppi culturali minoritari, attraverso l'adozione di atteggiamenti consapevoli e stili di vita adeguati.
Non ci sono limiti di durata per la telefonata, che può proseguire anche per parecchi minuti, in quanto la spiegazione di una diagnosi o la descrizione di una terapia può richiedere l'impiego di un tempo maggiore. Il servizio può essere utilizzato 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Il mediatore si mette a completa disposizione dell'azienda, e la chiamata termina solo quando si è risolto il problema.
Inoltre, nei reparti più critici sono stati installati telefoni cordless per effettuare telefonate che permettono l'interazione tra 3 interlocutori contemporaneamente: sanitario-mediatore-paziente.
Dalla data di attivazione le chiamate al servizio sono state 220 per un totale di 33 lingue.
I principali interventi di mediazione linguistico-culturale telefonica sono stati per la lingua Cinese (48), Indiana (20), Polacca (18), Inglese (17), Francese (13), Araba e Tedesca (10).

Nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale

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 aziendale.
In tale prospettiva, l'Azienda si è impegnata già da alcuni anni nell'approfondimento di modalità formative e conoscenza dei fenomeni con particolare attenzione al tema dell'intercultura.
Convinta è stata la partecipazione al percorso formativo proposto dalla Regione e dedicato a "Le nuove dimensioni della relazione di cura in un contesto pluriculturale".
Inoltre, tra il 2010 e il 2011, sono stati realizzati dei laboratori, dal titolo: "Diritto ed Equità: analisi di casi aziendali", intesi a promuovere lo studio e le pratiche dei rapporti tra cura del corpo, istituzioni sanitarie e modelli legali di intervento medico in una prospettiva interculturale.
Anche questo progetto è un "**Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie**".
Il progetto, infatti, è stato curato con l'Azienda USL di Parma, con il coinvolgimento dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dell'Associazione di ricerca e promozione sociale IDEDI - INTERCULTURA DEMOCRAZIA DIRITTO.
Esito di tale progetto esplorativo, di cui si è dato conto anche in precedenti edizioni del bilancio di missione, è stato l'emergere di un gap di conoscenze, di linguaggi e di significati. È risultato evidente, nel confronto tra diversi professionisti sanitari delle due Aziende con esperti di diverse discipline di area antropologica, psicologica e giuridica, che l'elemento culturale è intrinseco e ineliminabile dalla ricostruzione anamnestica e assume un peso assai consistente nella relazione di cura. Il vissuto di sofferenza di un soggetto può essere riferito al medico sotto varie forme. Purtroppo la descrizione di tale sofferenza, la sintomatologia stessa e la visione del proprio corpo sono irrimediabilmente condizionate dalla cultura e dall'interpretazione che il paziente fa del proprio corpo.
Ne consegue la difficoltà di integrare nel processo di cura *il peso della differenza*, le specificità dei pazienti "inusuali". In tale prospettiva, ci si è chiesti come superare una concezione culturalmente neutra di paziente, in cui prevale la considerazione del corpo su quella del paziente come persona, perché se il corpo del paziente ha una valore strettamente biologico si finisce per non tener conto del contesto culturale di provenienza.
Nell'ambito del Fondo per la modernizzazione, è stato strutturato un nuovo progetto che tiene conto dei risultati del progetto esplorativo e delle indicazioni provenienti dai percorsi formativi regionali. Il nuovo progetto è inserito nell'ambito di una progettualità più ampia definita in ambito provinciale come "Mediazione di sistema". Obiettivi del progetto sono:

- Fornire riconoscimento, nella prospettiva del medico, di altre modalità di relazione di cura che superino il riduzionismo biomedico.
- Mettere in evidenza il riverbero sulle questioni sanitarie di aspetti di solito non considerati.
- Definire le relazioni tra i profili della responsabilità medica e la necessità di fornire un'assistenza sanitaria sensibile ai problemi posti dalla diversità culturale.
- Lavorare sulle pratiche per trasformare le pratiche.

Dal punto di vista operativo, si ritiene che l'apprendimento e il cambiamento organizzativo debbano avviarsi nei contesti stessi in cui avvengono le pratiche e attraverso processi di analisi riflessiva sulle stesse, che coinvolgano gli attori organizzativi che vi prendono parte.
Si tratta di assumere una prospettiva polifonica, che tenga conto: sia della diversità culturale tra medico e paziente (e in linea generale tra professionista sanitario e paziente) anche attraverso la diffusione e progressiva acquisizione di una consapevolezza di sfondo da parte dei professionisti sanitari; sia della necessità di modalità di traduzione in chiave giuridico-professionale in grado di tener conto di possibili implicazioni medico-legali connesse con la mancata instaurazione dell'alleanza medico-paziente per incomprensione sui termini e sull'approccio da tenere.

L'accoglienza ospedaliera alle donne vittime di violenza e di stalking

Nel 2012 l'Azienda e il Comitato Unico di Garanzia aziendale hanno partecipato all'avviso della Presidenza del Consiglio dei Ministri per il finanziamento di progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking. Il progetto "L'accoglienza ospedaliera alle vittime di violenza di genere e di stalking" (codice CUP F92J12000110001) è stato finanziato ed è stato avviato nell'ottobre 2012 (cfr. a riguardo il paragrafo "Pari opportunità" nella sezione 4.1 *La "carta di identità" del personale* – capitolo 4 del presente documento).

L'intento del progetto è quello di contribuire a realizzare un contesto di accoglienza capace di creare un sistema di protezione e di tutela della vittima che l'aiuti a superare un momento e una condizione di estrema difficoltà e complessità. Fra gli obiettivi principali vi è pertanto lo sviluppo e il potenziamento delle competenze relazionali e comunicative di tutti gli attori coinvolti (professionisti, volontari o forze dell'ordine) che si prendono cura della persona garantendone l'accoglienza e la presa in carico. Occorre affinare la capacità degli operatori di relazionarsi con le vittime di violenza, migliorando altresì la capacità di identificazione di situazioni a rischio di violenza, acquisendo competenze nella capacità di ascolto della vittima e di gestione del colloquio di sostegno, nonché di gestione dell'accoglienza anche in presenza dell'aggressore. Altro obiettivo concerne il miglioramento e consolidamento della gestione del percorso di tutela, utilizzando strategie opportune di comunicazione anche terapeutica.
Il progetto si caratterizza per il percorso formativo (iniziato nel 2012 con sviluppo nel 2013) rivolto principalmente al personale sanitario di pronto soccorso e ginecologia e per l'elaborazione e la messa in opera di una procedura aziendale condivisa per l'accoglienza alle donne vittime di violenza e stalking e per un'assistenza qualificata e integrata nella rete di tutela territoriale. Al corso ha partecipato anche personale esterno all'Azienda (un medico di medicina generale) e non sanitario (due rappresentanti delle forze dell'ordine, un volontario di centro antiviolenza).
Nell'ambito della progettazione è stata strutturata una fase valutativa e di monitoraggio al fine di valutare le conoscenze acquisite dai partecipanti e le competenze conseguite, nonché la capacità di sensibilizzare il contesto organizzativo di appartenenza e la collaborazione tra specialisti con competenze diverse per creare una rete di sostegno.
Monitoraggio e valutazione delle competenze sono effettuati sia in itinere che al termine del percorso formativo (sono previste a un mese e a tre mesi dal termine del percorso formativo, e a regime, ogni anno).

La medicina delle differenze: un percorso fra i generi e le culture

In collaborazione con i comitati unici di garanzia (CUG) delle due Aziende sanitarie della provincia è stato organizzato, in occasione dell'8 marzo, il convegno,"La medicina delle differenze: un percorso fra i generi e le culture", momento di riflessione, aperto agli operatori sanitari e alla cittadinanza, per sensibilizzare e promuovere un cambiamento culturale nei percorsi di cura alle persone.
Un approccio di "genere" nella tutela della salute degli individui considera non solo le caratteristiche e le diversità anatomiche e fisiologiche tra uomo e donna ma anche la personalità, le attitudini, i sentimenti, i valori, i comportamenti e le attività che la società attribuisce ai due sessi.
La medicina di genere, attenta a tutte le differenze biologiche, psicologiche e culturali, permette quindi l'avvio di percorsi di cura fortemente personalizzati e innovativi, nel rispetto delle diversità culturali,

etniche, di età, di disabilità, di religione e orientamento sessuale e di contrasto a tutti i pregiudizi e alle disuguaglianze socio-economiche. I vari interventi hanno toccato tematiche più generali, ad esempio il focus su generi e differenze o sul tema del lavoro, del cibo, dell'appartenenza etnica, o specifiche patologie (come il diabete, le malattie cardio-vascolari).

Garantire il diritto alla salute delle persone detenute

Favorire la globalità del trattamento sanitario nei confronti del paziente recluso, assicurare la interdisciplinarietà degli interventi assistenziali, attraverso una maggiore integrazione tra assistenza primaria e prestazioni specialistiche, in particolare della psichiatria, infettivologia, dipendenze patologiche e pronto soccorso.

Risultati raggiunti
Nell'ambito dell'attuazione del Programma salute negli istituti penitenziari, l'Azienda ha puntualmente dato risposta a tutti i bisogni di salute della popolazione detenuta sia per quanto riguarda il regime di ricovero in degenza ordinaria che in regime ambulatoriale, per prestazioni con carattere di urgenza e programmate. L'attività erogata è stata svolta modulando le necessità assistenziali rispetto alle risorse disponibili per i posti letto della Sezione ad hoc esistente. Il complesso delle attività è stato, inoltre, fortemente espresso anche attraverso una copiosa azione di rilievo medico legale anche al fine di rispondere a quesiti contingenti posti dai Magistrati di Sorveglianza rispetto a casi o situazioni specifici.

3.3 Centralità del cittadino

La capacità dell'Azienda di rapportarsi proficuamente 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, seppur 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 è un organismo dell'Azienda istituito per 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 dalla prospettiva 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 2012, 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 edili , nei diversi edifici in fase di rifacimento dell'Azienda.
Anche nel 2012 ha effettuato momenti 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 partecipazione dei componenti del CCM anche lo stato di avanzamento lavori nonché l'inaugurazione e apertura del nuovo Ospedale dei Bambini che ha suscitato grande 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 alla sezione 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 successivo).

La rilevazione della qualità percepita dai cittadini e le azioni di miglioramento

L'Azienda 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.
Quale prosecuzione del progetto di rilevazione già intrapreso nel 2011, anche nel corso del 2012 sono state realizzate le indagini sulla Qualità Percepita nei Dipartimenti concordati in sede di Budget 2012, ovvero su 18 Strutture afferenti ai Dipartimenti:

- Materno-Infantile,
- Onco-Ematologico-Internistico
- Cardio–Nefro–Polmonare.

Il 9 maggio 2012 si è svolto un evento formativo "La rilevazione della Qualità Percepita nelle degenze dell'AOU di Parma: le indagini 2012 sulla base delle Linee Guida Regionali" che ha previsto l'accreditamento ECM, aperto a tutte le Strutture interessate alla rilevazione e che, nello specifico, ha coinvolto i Responsabili delle diverse Strutture (con la partecipazione del Comitato Consultivo Misto, RAD, Coordinatori, Medici, Servizio di Psicologia Ospedaliera). L'iniziativa formativo/informativa di avvio delle indagini è stata diffusa all'interno dell'Azienda attraverso il sito Intranet aziendale.
La rilevazione della Qualità Percepita per l'anno 2012 nei reparti di degenza ha avuto inizio il 14 maggio e si è conclusa il 27 agosto 2012, con il raggiungimento della quota campionaria dipartimentale da parte di tutti i Dipartimenti. Sono stati raccolti rispettivamente:

- n=456 questionari per il Dipartimento Materno–Infantile,
- n=631 questionari per il Dipartimento Cardio–Nefro-Polmonare,
- n=290 questionari per il Dipartimento Onco-Ematologico-Internistico.

I report delle indagini sono stati diffusi anche nella Intranet Aziendale.
I dati relativi alle indagini sulle degenze 2012 sono stati trasmessi come richiesto dal Progetto "Osservatorio/laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti e azioni di miglioramento (2010-2012)" alla ASSR Emilia Romagna (prot. 3647 del 30/01/2013).

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
• Ulteriori indagini sono state realizzate con Strutture che hanno ne esplicitato la richiesta: la degenza dell'UO Maxillo-Facciale del Dipartimento Testa-Collo (n=102 questionari raccolti) e l'UO Medicina Riabilitativa del Dipartimento Geriatrico–Riabilitativo (n=83 questionari raccolti). • Su richiesta dei Responsabili sono inoltre state condotte indagini relative ai Servizi Diagnostici ovvero presso il Centro Senologico della UO di Radiologia, che ha consentito la raccolta di n=285 questionari. Presso il Centro Senologico è inoltre stata condotta un'indagine qualitativa attraverso l'uso di focus group. Sono stati effettuati due focus group con i professionisti (n=16) e interviste con i Responsabili (n=2) sull'Accoglienza della donna presso il Centro Senologico. • Sempre nell'anno 2012, sono state condotte azioni di miglioramento con il Dipartimento di Neuroscienze ed Emergenza Urgenza (n=44 partecipanti) e nello	

specifico delle Strutture di Neurofisiopatologia, Neuroradiologia, Neurologia, Neurochirurgia Neurotraumatologia e Neurochirurgia, mirate al lavoro diretto con i professionisti sui temi riguardanti la qualità delle cure del paziente.	

Note o approfondimenti
Le iniziative condotte con metodologia regionale sono state realizzate grazie alla partecipazione attiva dei professionisti delle Strutture (Coordinatori e Infermieri) e del Servizio di Psicologia Aziendale.
L'analisi dei dati aziendali e dipartimentali del 2012 ha condotto i professionisti e i Servizi dell'Azienda a effettuare un approfondimento, mediante l'elaborazione e la somministrazione di uno strumento specifico sulla qualità percepita del vitto da parte dei bambini e/o dei loro familiari.
Gli esiti delle indagini sulla qualità percepita effettuate dall'AOU sono stati inseriti nel sito Regionale dell'Agenzia Sanitaria e Sociale (http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/laboratorio/reportistica).

Curare la relazione per prendersi cura della persona (progetto per l'impiego di volontari in servizio civile in Italia)

"Curare la relazione per prendersi cura della persona" si ascrive in una cornice di progettualità aziendale di ampio respiro in cui sono previste una serie di attività formative e organizzative che si propongono di dare un volto sempre più umano al nostro ospedale come luogo di cura, intesa nell'accezione classica, ma anche attraverso il ripensamento del concetto stesso di salute che tiene in debita considerazione gli aspetti sanitari di carattere squisitamente fisico ma anche psichico e sociale, riconoscendo che gli uni condizionano fortemente gli altri in un connubio inscindibile. Lo scopo delle iniziative è quello di sensibilizzare gli operatori della salute circa il valore terapeutico della relazione e l'acquisizione di competenze e abilità spendibili nell'esercizio quotidiano. Questo progetto parte da una riflessione su un luogo di cura del nostro ospedale - Lungodegenza Critica - dove la relazione ha particolare valore e significato, perché rivolto a una categoria di utenti particolarmente fragile e numerosa: l'anziano.
La deprivazione relazionale è la grande nemica del paziente anziano ospedalizzato che è spesso costretto a trascorrere molte ore a letto con poco o nulla da fare. L'influenza dell'ambiente, come numerosi studi hanno provato, evidenzia che, se adeguato, può rivelarsi come strategicamente terapeutico per il benessere psichico e il recupero e questo è vero, soprattutto, se l'ambiente offre un sostegno relazionale continuativo, ricco e soddisfacente.
Il progetto partendo dalle riflessioni precedentemente esposte si propone di migliorare e arricchire la relazione attraverso l'azione dei giovani volontari in servizio civile. L'ideazione del progetto è partita dall'assunzione che i giovani che svolgono il servizio civile, se inseriti in un percorso puntuale e strutturato che prevede formazione, sensibilizzazione e supporto durante tutta l'esperienza di volontariato, possono rivelarsi strategici e determinanti per il superamento di quel senso di deprivazione relazionale e solitudine nell'anziano ricoverato. Il progetto si è svolto a partire da giugno 2012 presso la LIDI (Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica) e in una sezione della Lungodegenza Critica. Quest'ultima si caratterizza per la presenza di pazienti instabili dal punto di vista clinico che necessitano di puntualizzazione diagnostica e terapeutica; la LIDI, invece, è un luogo di cura per pazienti clinicamente stabili che necessitano, in particolar modo, di cure infermieristiche e riabilitazione motoria ad elevata intensità, per favorire il rientro nel contesto familiare e sociale
Aver introdotto opportunità arricchenti la sfera relazionale dell'anziano, attraverso la presenza e l'opera quotidiana dei giovani che svolgono il servizio civile, ha contribuito a promuovere una dimensione emotiva terapeutica che ha influito positivamente e capace di incidere sulla concezione comune dell'ospedale come luogo "altro" dall'ambiente di vita e di relazione. Dopo un percorso di formazione teorica, i tre giovani volontari hanno svolto l'attività di servizio civile con una presenza giornaliera costante. La loro azione era rivolta agli anziani ricoverati che, presentando determinati tratti clinici e psicologici, erano stati individuati e indicati ai volontari dal Coordinatore infermieristico. I volontari, una volta conosciuti i pazienti attraverso colloqui quotidiani, proponevano diverse attività consistenti essenzialmente nell'ascolto, nel dialogo, nella lettura a voce alta di riviste o libri, nell'ascolto di musica, nella visione di film e attività ludiche di gruppo come il gioco delle carte o della tombola. Le attività dei giovani, quando possibile, venivano svolte in piccoli gruppi per promuovere la socializzazione e inserendosi in maniera armonica nelle attività assistenziali. L'attività formativa sui volontari, svolta all'inizio del progetto e in itinere, si proponeva di preparare gli stessi al debutto e alla permanenza nelle

unità di cura e all'acquisizione di conoscenze e abilità da spendere nella relazione con gli anziani ricoverati. Per ogni anziano preso in carico, il volontario stilava un Piano di Sostegno Relazionale Personalizzato scritto, aggiornato quotidianamente; lo scopo era quello di rilevare:

- i bisogni relazionali attraverso un colloquio narrativo,
- gli obiettivi da raggiungere,
- la pianificazione delle azioni che si sarebbero svolte,
- la valutazione in itinere e finale dei risultati raggiunti.

Il progetto prevedeva un monitoraggio puntuale delle attività quotidiane svolte dai volontari da parte dei coordinatori infermieristici delle due unità operative Lungodegenza Critica e LIDI; inoltre incontri periodici tra i giovani volontari e due tutors psicologi del settore Formazione aziendale per dare loro sostegno metodologico ed emotivo. La percezione dei risultati ottenuti sono stati positivi e il riscontro è stato ottenuto attraverso la somministrazione di un questionario anonimo agli anziani o ai loro caregiver alla dimissione. La loro presenza è stata particolarmente apprezzata, tant'è che qualcuno di loro ha voluto darne testimonianza scritta attraverso i mass media locali.

Sviluppo delle abilità di comunicazione e counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita

Nei mesi di ottobre 2011 - marzo 2012, in attuazione della D.G.R. n. 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita", si è svolto presso l'ASSR Emilia Romagna un corso teorico-pratico mirato all'approfondimento di metodologie di ricerca qualitativa, specifiche per i contesti sanitari. I Coordinatori della UO di Ostetricia e Ginecologia hanno partecipato al corso teorico-pratico promosso dalla ASSR Emilia Romagna "Osservare le pratiche di cura: il metodo etnografico nella ricerca organizzativa in sanità".

Fra le principali finalità dell'iniziativa vi erano:

- Introduzione all'etnografia organizzativa come strumento di analisi dei processi inter-personali/inter-professionali e dei rischi organizzativi nelle pratiche di cura.
- Formazione di un nucleo di professionisti sanitari alle basi teorico-metodologiche dell'osservazione etnografica nei contesti organizzativi.

La diffusione della metodologia di ricerca propria dell'etnografia organizzativa ha permesso, grazie al diretto coinvolgimento dei professionisti operanti nel Percorso Nascita, di osservare le pratiche situate e di comunicazione mettendo in luce le aree di miglioramento. L'osservazione di pratiche situate permette di evidenziare ambiti assistenziali da sottoporre a processi di revisione e miglioramento. Infatti il metodo dell'etnografia organizzativa si presta a essere utilizzato direttamente nei contesti operativi ed è mirato a fare emergere i "saperi della cura".

Risultati raggiunti

Le indagini qualitative svolte dai professionisti hanno portato alla definizione di aspetti relativi all'agire quotidiano e ad aspetti relazionali connessi alle pratiche di cura.

I lavori presentati in plenaria dai professionisti del Percorso Nascita dell'AOU di Parma hanno riguardato:

- "L'osservazione dell'orario di visita parenti in degenza ostetrica".
- "L'altro: protetto o isolato?".

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
La metodologia appresa ha permesso di individuare aspetti relativi alle relazioni di cura in Ostetricia e Ginecologia, grazie al coinvolgimento diretto dei coordinatori della Struttura di Ostetricia.	Il lavoro presentato ha messo in luce come l'Ostetricia rappresenti un reparto particolare, in quanto, poiché la nascita è vissuta come un momento di festa da condividere con amici e parenti, si richiede maggiore flessibilità negli orari di visita e talvolta si tollerano con fatica le restrizioni legate alla attività di reparto.

Reti cure palliative e terapia del dolore

La gestione del dolore richiede l'ascolto, il dialogo, il rispetto per l'individuo e la sua sofferenza e richiede che ogni professionista sanitario porti uno sguardo attento sulla salute dell'"altro". Questo approccio pone la persona malata al centro della cura e della relazione terapeutica basata su un vero e proprio lavoro di squadra in cui ognuno porta le proprie competenze per l'identificazione, la valutazione, il monitoraggio e il trattamento del dolore. Per essere efficace, questo approccio deve consolidarsi nel tempo e richiede per tutto il personale sanitario (medico, infermieristico) il regolare aggiornamento delle conoscenze. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria con la definizione di una vera politica per la lotta contro il dolore ha reso la gestione del dolore parte integrante della cura. Consci che nessun altra persona può sostituire il paziente nel riferire l'intensità del dolore provato, che il paziente stesso è l'unico accertatore competente per valutare il proprio dolore, la valutazione del dolore basata sul tipo, sull'entità e sulla percezione individuale rappresenta il presupposto indispensabile per combatterlo attuando un adeguato approccio terapeutico. La valutazione costituisce altresì la base imprescindibile per un adeguato trattamento, che trova il razionale nella adozione di protocolli, elaborati in condivisione, adattati alle caratteristiche organizzative e gestionali del reparto, con il coinvolgimento delle diverse figure professionali dedicate all'assistenza.
Imparare a valutare e monitorare il dolore con la stessa attenzione che si presta alla frequenza cardiaca, alla temperatura corporea, alla frequenza respiratoria e alla pressione arteriosa di una persona, rappresenta un passo importantissimo nella presa in carico globale del paziente. Solamente una considerazione di questo tipo è espressione di un professionista dell'assistenza che guarda alla persona in tutte le sue dimensioni. Per tale ragione si definiranno programmi di formazione sull'approccio e il trattamento del dolore e azioni finalizzate ad uniformare i comportamenti degli operatori professionali che fanno parte dell'equipe assistenziale, nella gestione della persona con dolore. Questo programma nel proseguire le attività di miglioramento del precedente piano comprende anche nuove priorità: dolore nel paziente ortopedico, il dolore del bambino e l'individuazione presso le Unità Operative/dipartimento di uno o più referenti medici e infermieristici.

Risultati raggiunti
Il progetto organizzativo definito per dare seguito alla legge 38/2010, attraverso un approccio multidisciplinare volto al controllo del dolore nei suoi diversi aspetti (sia quando accompagna una malattia o, quando è esso stesso malattia), ha condotto ad una migliore gestione del dolore della persona ricoverata.
Il Comitato Ospedale/ Territorio Senza Dolore (COTSD), operativo all'interno dell'Azienda, è parte attiva nella gestione progettuale interna, incoraggia i professionisti a fare ogni sforzo per ottimizzare la gestione del dolore mirando a migliorare il sollievo dei pazienti, rafforzando il ruolo di cura, attraverso la condivisione di competenze tra professionisti.
Inoltre l'Azienda con l'intento di dimostrare il costante impegno a riconoscere il dolore come problema prioritario, nell'anno 2012 così come nell'anno 2011, ha attivato "master universitari" per incrementare sia la conoscenza che il senso di responsabilità nella gestione del dolore, quest'ultimo significativamente correlato alla conoscenza della politica di gestione del dolore da parte dell'organizzazione.
Più precisamente nella preparazione dei moduli formativi sono stati individuati i seguenti argomenti:
- Le basi teoriche (concetti di neurofisiologia e tipologia) del dolore;
- Caratteristiche e modalità di trattamento del dolore cronico;
- Caratteristiche e modalità di trattamento del dolore acuto;
- Concetti di farmacologia clinica, la scala analgesica dell'OMS;
- Nozioni sull'uso degli oppiodi e della morfina;
- Nozioni sulle modalità non farmacologiche nel trattamento del dolore;
- Valutazione del dolore e strumenti di rilevazione;
- Aspetti psicologici e comunicativi del paziente con dolore;
- Nozioni sulla normativa vigente.

I gruppi interdisciplinari attivati nel corso dell'anno 2011 presso l' Azienda, in rappresentanza dei vari dipartimenti (Gruppo di area medica, Gruppo di area chirurgica, Gruppo di area pediatrica, Gruppo di area ostetrica – ginecologica, Gruppo di area emergenza – urgenza, oltre quelli per l'area trasversale dei day-hospital e l'area delle unità di cure intensive), hanno portato alla realizzazione (gruppo area chirurgica) del Foglio Unico di Terapia - Terapia del Dolore (FUT), il cui utilizzo nel corso dell'anno 2012 si è in parte consolidato (area chirurgica, appunto) e in parte è oggetto di sperimentazione (dipartimenti medici, materno infantile).

I servizi attivati fino ad oggi in Azienda
Ambulatori e Day Hospital di Terapia del dolore
Viene effettuata dal 2° Servizio di Anestesia Rianimazione e Terapia del Dolore, da una equipe dedicata

composta da tre professionisti medici al giorno che ruotando a turni su questa specialità dedicano a questa attività circa 70 ore settimanali, e si rivolge ai pazienti con dolore acuto e cronico causato da differenti patologie del sistema nervoso, vascolare, muscolo-scheletrico e viscerale nonché da malattia neoplastica. L'attività ambulatoriale e quella in regime di day hospital sono pertanto sia di tipo diagnostico (individuazione dei meccanismi del dolore), che terapeutico e prevedono anche procedure invasive ad alta complessità.
Relativamente al dolore acuto persistente postoperatorio, patologia emergente in questi ultimi anni, è stata istituita una strategia di controlli telefonici verso quei pazienti che hanno manifestato una intensità di dolore elevato dopo l'intervento(ovvero NRS>7).Tuttavia qualora questi pazienti presentassero dolore a distanza dall'intervento vengono invitati a presentarsi per una visita presso l'ambulatorio di Terapia Antalgica.

Terapia del dolore acuto postoperatorio e procedurale
Viene effettuata dal 2° Servizio di Anestesia Rianimazione e Terapia.
Per il dolore acuto mediante il sistema Acute Pain Service (le cui procedure sono quelle dell'accreditamento).
Per il dolore procedurale sono stati individuati medici anestesisti che eseguono sedo analgesia per le attività endoscopiche e l'esecuzione delle termoablazioni epatiche – RITA- per tumori non candidabili alla resezione chirurgica. Inoltre per quei pazienti che presentano lesioni ossee, lesioni polmonari e lesioni renali che richiedono indagini diagnostico strumentali presso il servizio TAC, il medico anestesista partecipa attuando analgesia o anestesia loco regionale.

Servizio di Farmacia Clinica
Il Servizio di Farmacia Clinica, al fine di contribuire alla concreta attuazione del progetto "Ospedale/ Territorio Senza Dolore", è parte attiva e si configura come funzione di interazione-osservazione in relazione ai dati relativi al consumo farmaci (oppiacei/analgesici).

Pronto Soccorso
Il dolore rappresenta una frequente motivazione di ricorso al Pronto Soccorso (PS). Per meglio affrontare, quindi, il problema del dolore in Pronto Soccorso è stata inserita nella scheda infermieristica la scala numerica per la rilevazione del dolore e a breve sarà presentato all'attenzione del COTSD, un progetto sperimentale per la gestione del dolore acuto in PS il cui fine ultimo sarà quello di individuare un percorso diagnostico condiviso con i professionisti sanitari.

Percorso Partoanalgesia
A partire da Novembre 2012 l'Azienda ha dato via al percorso partoanalgesia con professionista medico anestesista dedicato.

Direzione Infermieristica
La Direzione Assistenziale orientando la propria attività allo sviluppo di modelli organizzativi coerenti con la mission aziendale e focalizzando su processi assistenziali "patient centred" (peraltro peculiare attitudine dell'infermiere), riveste un ruolo centrale e determinante nell'orientare il processo assistenziale ponendo attenzione al sintomo dolore alla stregua degli altri parametri vitali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Il Comitato Ospedale/ Territorio Senza Dolore (COTSD sul finire dell'anno 2012 ha attivato un gruppo di lavoro interdisciplinare operante presso le U.O. Ortopedia/Traumatologia che sta lavorando:

- sulle varie strategie che possono aumentare o essere complementari agli interventi farmacologici, ad esempio interventi cognitivo/comportamentali;
- sulla costruzione di una brochure informativa;
- sulla formazione del personale afferente alle U.O. di ortopedia e traumatologia per avere almeno un referente (ad esempio un'infermiere che fornisca supporto, perizia e buone abilità interpersonali);
- sulla eventuale revisione di protocolli;
- sullo screening del dolore con l'uso di indicatori comportamentali nei pazienti che non parlano la lingua italiana ovvero sulla valutazione del dolore nei pazienti con problemi cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza o per pazienti con demenza.

Per meglio affrontare 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 Pronto Soccorso il cui fine ultimo sarà l'individuazione di un percorso diagnostico e terapeutico condiviso con i professionisti sanitari.

Criticità rilevate
Si sta studiando la possibilità di prevedere una modifica all'applicativo informatico in uso in Pronto Soccorso al fine di implementare la scheda infermieristica utilizzata per la rilevazione del dolore.

È attivo il gruppo di lavoro interdisciplinare delle U.O. afferenti all'area Medica operante, con il supporto del COTSD, per la sperimentazione/revisione della scheda unica terapia e dolore da poter implementare.

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:

- Progetto Regionale SOS.net Sale Operatorie Sicure;
- Progetto Aziendale applicazione del braccialetto identificativo al paziente degente;
- Strumenti di gestione del rischio (incident reporting, eventi sentinella) e banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi;
- Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale;
- promozione del benessere nella terza età e prevenzione delle cadute
- Gestione del contenzioso;
- Raccomandazioni per la sicurezza - DGR 1706/2009;
- 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 2012, 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.

Garantire la sicurezza nel processo chirurgico

Garantire la sicurezza del processo chirurgico attraverso l'adesione al progetto regionale SOS.net che prevede l'utilizzo di una Chek-list (CL) nelle tre fasi previste nel processo chirurgico in tutte le sale operatorie dell'Azienda. La sicurezza del paziente nel processo chirurgico è stata individuata dall'OMS quale sfida e priorità per tutti gli stati membri, in quanto c'è una stretta relazione tra sicurezza dell'assistenza chirurgica e vite umane potenzialmente salvate. Il progetto SOS.net si propone quindi di promuovere l'uso della CL nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato, al fine di migliorare la sicurezza in sala operatoria e prevenire i principali eventi avversi inerenti il percorso chirurgico.

Risultati raggiunti

- Nel 2011 l'Azienda ha promosso il progetto SOS.net a tutte le Strutture di Chirurgia Generale e Specialistica dell'Azienda (21 Strutture). Nel corso di tale anno sono state attivate le condizioni per predisporre un data base collegato al registro operatorio al fine di poter inserire le informazioni inerenti la sicurezza del processo chirurgico direttamente nelle singole unità operative. Tale strumento ha permesso anche l'invio dei dati, con cadenza trimestrale, all'AOU di Modena per tutto il 2012.
- Per promuovere il Progetto SOS.net è stata utilizzata la formazione: 6 incontri effettuati con il contributo dei Professionisti delle sale operatorie, con crediti ECM, a cui hanno partecipato 427 professionisti.
- L'adesione delle Aziende al progetto SOS.net viene descritta dalla RER attraverso il seguente indicatore: % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della CL.
- Nel 2011, anno di avvio del progetto, l'adesione dell'AOUPR all'utilizzo della SSCL (Surgical Safety Check List) e quindi al database SOS.net è risultata, attraverso un'analisi condotta dall'ASSR sugli interventi eleggibili, del 26,6%, nel 2012 (primi 9 mesi) tale indicatore è = 61%.
- Nel 2012 l'Azienda inoltre ha 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 SSCL nei vari contesti regionali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
L'Azienda, attraverso la SSD Governo Clinico e gestione del rischio, ha programmato un monitoraggio delle attività (anni 2011 e 2012), che verrà trasmesso a tutte le UUOO nel documento "Il Sistema di Segnalazione Aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio".	Il Sistema informativo studiato per l'inserimento dei dati inerenti il processo chirurgico impegna i professionisti nella trascrizione delle attività di controllo. La rendicontazione delle attività potrebbe essere migliorata in modo tale da fornire ritorni periodici (trimestrali) agli operatori.

Note o approfondimenti

Nel corso del 2012 l'ASSR ha descritto sul sito dell'AGENAS il percorso impostato in Regione Emilia-Romagna con la descrizione dei dati al 2011 sviluppando una Buona Pratica Regionale, che contempla anche l'esperienza di Parma.

Nel 2012, grazie al contributo attivo dei professionisti, è stata sperimentata e poi introdotta a regime una CL semplificata e integrata alla documentazione del paziente nei 5 Ambulatori Chirurgici della Day Surgery. Tale strumento di sicurezza dei processi chirurgici, voluto dal personale della Day Surgery, è stato presentato come Poster al 7° Forum Risk Management in Sanità - Arezzo 2012.

Inoltre, al 7° Forum di Arezzo sono state presentate due relazioni: La Surgical Safety Check list per il miglioramento della sicurezza del paziente chirurgico: un progetto regionale; Sale Operatorie Sicure – La valutazione dei professionisti dell'impatto della Surgical Safety Check-list (SSCL) nel Comparto Operatorio della Cardiochirurgia dell'AOU di Parma.

Valutazione dell'impatto dell'introduzione di nuovi strumenti di gestione del rischio

La gestione del rischio prevede che all'inserimento di nuovi strumenti si realizzino momenti di valutazione delle ricadute organizzative mediante indagini mirate per raccogliere l'opinione dei professionisti circa l'utilizzo e la capacità degli strumenti nel prevenire i rischi specifici per i quali sono stati introdotti.

Risultati raggiunti

SOS.net

- Nel 2012 è stata realizzata un'indagine per raccogliere una prima valutazione da parte dei Professionisti (SC Cardiochirurgia) sull'impatto dell'introduzione dello strumento check list (CL) nel processo chirurgico. L'applicazione della CL è considerata efficace dall'81% dei professionisti, solo parzialmente efficace dal 10% dei professionisti e non efficace dal 2% dei professionisti, mentre il 7% del campione non ha risposto.
- I risultati raccolti dai professionisti del CO della Cardiochirurgia mettono in rilievo come la fase di Sign-In sia preponderante a livello di frequenza di Non Conformità (NC) percepite da parte di tutti i professionisti, tuttavia le correzioni che risultano essere più onerose, in termini di tempo impiegato per la loro messa in atto, sono relative alla fase di Sign-Out.
- Il 21 giugno 2012 si è tenuto un momento formativo di ritorno al personale della UO Cardiochirurgia: "Impatto Programma SOS.net nel Comparto Operatorio della Cardiochirurgia e pianificazione delle azioni di miglioramento".

Incident Reporting

- Il progetto formativo realizzato nel 2012 ha rappresentato un'occasione per approfondire, attraverso una ricerca/intervento, sia gli elementi organizzativi che i vissuti personali che possono favorire o ostacolare il processo di segnalazione da parte dei professionisti, anche grazie all'uso di strumenti concreti quali la scheda IR (Incident Reporting) e il lavoro su azioni di miglioramento.
- L'occasione formativa ha altresì consentito, grazie a un questionario somministrato all'inizio del corso e di un secondo strumento, di realizzare una indagine qualitativa/quantitativa. A seguito della buona partecipazione e del successo delle prime quattro edizioni, su richiesta dei professionisti sono state pianificate e realizzate nel mese di settembre 2012 altre cinque edizioni del corso.
- La ricerca intervento ha coinvolto n=367 professionisti (47% infermieri, 19% tecnici, 16% medici, 14% ostetriche; 2% altri professionisti con un 3% dato non pervenuto), provenienti da tutti i dipartimenti e da circa 80 strutture, che rappresentano un campione statisticamente significativo per la popolazione dei professionisti dell'AOUPR (CI 95%).
- Sono state raccolte n=201 storie ("Storia di un Incident Reporting mai scritto") relative a episodi che hanno segnato la storia professionale dei singoli professionisti e che hanno provocato emozioni intense e negative. Tali episodi "aspettavano" di essere orientati verso concrete azioni per il miglioramento non solo della pratica individuale, ma anche aziendale. La segnalazione permette quindi di essere "protettiva" per il modello organizzativo e per i singoli processi gestiti nei Dipartimenti e per l'Azienda nel momento in cui il medesimo processo può essere messo in sicurezza grazie alle segnalazioni avvenute e alla diffusione delle buone pratiche.

Braccialetto identificativo del paziente

- Studi di letteratura evidenziano come l'introduzione di braccialetti identificativi contribuisca a migliorare la sicurezza delle procedure cliniche e assistenziali, purché l'anagrafica riportata sia completa, le informazioni siano corrette, facilmente comprensibili e vi sia una standardizzazione delle informazioni riportate e della tipologia di braccialetti adottati.
- Nel 2012 è stata realizzata una indagine per la valutazione dell'impatto dell'utilizzo del braccialetto identificativo nel Dipartimento Neuroscienze. Il lavoro "Gestione del rischio: Valutazione dell'impatto della introduzione del braccialetto identificativo del paziente degente nell'AOU di Parma" è stata resa disponibile a tutti i professionisti attraverso il sito Intranet.
- Il braccialetto identificativo aiuta nel riconoscimento del paziente, in particolare se non collaborante, permettendo di verificare la sua identità attraverso la lettura (visiva o con lettore automatico) dei dati riportati sul braccialetto prima dell'erogazione delle diverse prestazioni.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
L'Azienda ha programmato un ulteriore ritorno informativo integrato rivolto a tutti i Dipartimenti nel documento "Il Sistema di Segnalazione Aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio".	Il sistema di valutazione della gestione del rischio può essere integrato delle varie informazioni che provengono dai diversi flussi informativi aziendali al fine di consentire una nuova lettura che comprende i vari aspetti della gestione del rischio: eventi, quasi-eventi e le azioni protettive-preventive.

Note o approfondimenti

Il Ministero della Salute - AGENAS promuove la raccolta delle Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti nelle Aziende; nel 2012 alla Buona Pratica Regionale: "Identificazione del paziente" (giudicata "Buona Pratica" dall'Osservatorio, mediante le linee guida SQUIRE) ha partecipato anche l'AOU di Parma.

Mantenimento in uso e sviluppo degli strumenti di gestione del rischio

La letteratura internazionale mette in evidenza come gli atteggiamenti e le opinioni dei professionisti giochino un ruolo chiave rispetto all'efficacia dei dispositivi di rilevazione e gestione del rischio e così per il miglioramento continuo della sicurezza. Il diretto coinvolgimento dei professionisti rispetto all'uso degli strumenti di gestione del rischio appare infatti in grado di impattare sugli outcomes clinici dei pazienti stessi. Solo sostenendo e curando il delicato momento della segnalazione è infatti possibile promuovere una cultura in cui l'esperienza del singolo possa rappresentare un'occasione di apprendimento per tutta l'organizzazione e da cui sia possibile sviluppare azioni di miglioramento.

Risultati raggiunti

- Nel corso del 2011-12 il sistema di segnalazione per la sicurezza delle cure aziendale è stato rivisto. A scapito di alcune informazioni di contesto, la scelta aziendale è stata quella di semplificare il modello, proponendo ai Professionisti l'utilizzo prioritario della Scheda Generale IR regionale.
- Gli IR (Incident Reporting), redatti dai professionisti, sono stati formulati in modo trasparente e agiti nell'ottica della ricerca del miglioramento delle prestazioni. Le segnalazioni trasmesse alla SSD Governo Clinico sono state valutate e laddove è stato richiesto è anche avvenuto un confronto costruttivo con i professionisti per ricercare le azioni miglioramento. Le segnalazioni sono state poi inserite nella Banca Dati Regionale fornita dall'Agenzia Sanitaria e Sociale.
- Per rappresentare l'effettiva adesione allo strumento dell'IR, si deve considerare il rapporto tra il numero di segnalazioni e la produzione regionale/aziendale (ricoveri).
- In Regione ER nel 2011, in media, sono state effettuate da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche 40 segnalazioni ogni 10.000 ricoveri, l'AOUPR in tale anno ha avuto un tasso di "adesione" pari a 50, a conferma dell'impegno dei professionisti nell'utilizzo della segnalazione come strumento di apprendimento.
- L'AOU di Parma, nel corso del 2012, ha realizzato un nuovo programma formativo residenziale articolato in 9 edizioni, strutturato con metodologia interattiva e lavoro in piccoli gruppi su "casi mai scritti" riportati dai professionisti attraverso la supervisione di esperti. Tale metodologia ha permesso di lavorare con materiale didattico non solo in termini di conoscenze ma anche di atteggiamenti. "Dall'Incident Reporting alle Azioni di Miglioramento": 9 incontri di Formazione Residenziale = 322 professionisti (1576 crediti ECM anno 2012)
- Gli eventi hanno rappresentato un'occasione di diffusione dei materiali divulgativi e così delle schede chiamate "Come fare per" che sintetizzano in modo semplice ed immediato alcune procedure aziendali realizzate anche a partire dalle Raccomandazioni Ministeriali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
La SSD Governo Clinico e gestione del rischio ha programmato un monitoraggio delle attività (anni 2011 e 2012), che verrà trasmesso a tutte le UUOO nel documento "Il Sistema di Segnalazione Aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio".	La rendicontazione delle attività potrebbe essere migliorata in modo tale da fornire ritorni periodici (trimestrali) agli operatori e costruire un "repertorio" delle azioni di miglioramento introdotte dai professionisti.

Note o approfondimenti
Il Ministero della Salute - AGENAS promuove la raccolta delle Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti nella Aziende; nel 2012 è stata presentata dall'AOU di Parma una Buona Pratica Aziendale: Storia di un Incident Reporting mai scritto (Giudicata dall'Osservatorio, mediante le linee guida SQUIRE, Buona Pratica).
L'AOU di Parma ha partecipato inoltre alla Buona Pratica Regionale Incident reporting, giudicata come "Buona Pratica".

Promuovere il benessere nella terza età

L'Azienda ha realizzato percorsi educativi, informativi per sollecitare l'autonomia delle persone anziane, con particolare riferimento al tema della prevenzione delle cadute.
Le cadute sono un problema di Salute Pubblica a livello mondiale. L'ospedalizzazione aumenta il rischio di caduta a causa dell'ambiente non famigliare, dello stato patologico e dei trattamenti ricevuti. Approssimativamente la letteratura indica che dal 2% al 12% dei pazienti cadono almeno una volta in ospedale. Fra i fattori che possono accrescere il rischio caduta in ospedale è indicata l'età superiore ai 65 anni. La prevenzione delle cadute rappresenta quindi un tema della gestione del rischio sul quale è alta l'attenzione sia a livello nazionale (Raccomandazione n. 13 Ministero Salute 2012) che a livello Regionale (2° evento segnalato nelle schede generali e 1° evento segnalato per gravità) che ha attivato un progetto di "rete" per il confronto delle esperienze realizzate dalle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna.

Risultati raggiunti
Nel 2012, grazie al gruppo di lavoro multiprofessionale sulla prevenzione del rischio cadute, sono state elaborate e successivamente distribuite alle UU.OO. le raccomandazioni ministeriali e aziendali per la prevenzione delle cadute nei pazienti degenti ("COME FARE PER… Prevenire la Caduta nei pazienti in Ospedale"). Questo Strumento di comunicazione è stato diffuso a tutti i professionisti anche mediante il sito Intranet aziendale. In tale documento sono riportate le raccomandazioni: "Azioni per prevenire il rischio di caduta".
Il precitato gruppo di lavoro ha poi redatto anche uno strumento di comunicazione per il paziente e il familiare (brochure informativa sul tema prevenzione delle cadute) nonché un poster informativo, distribuito in tutte le strutture aziendali (ricovero ed ambulatori) mirati a diffondere informazioni e strategie preventive del fenomeno caduta.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Nel corso del 2012 è stato messo a punto un sistema di monitoraggio mirato a mappare il profilo di rischio aziendale anche specifico per il fenomeno caduta. A partire dall'efficacia e messa a regime del sistema di segnalazione è stato possibile ottenere dati relativi al fenomeno caduta in Azienda e confrontarli con quelli della letteratura.	E' possibile affermare che, rispetto alla dinamica dell'evento, la maggior frequenza di cadute sia riferibile a quando il paziente "si alzava dal letto" e "si alzava dalla poltrona" (55%), mentre le cadute "da posizione seduta" e quelle mentre il paziente "deambulava senza ausili", rappresentano insieme il 17% circa degli eventi. I luoghi più frequenti in cui l'evento si verifica sono la camera di degenza (69%), il bagno (19%), il corridoio (9%). Il 50% dei pazienti era scalzo o aveva scarpe aperte (34%).

Note o approfondimenti
La Regione Emilia-Romagna, sulla scorta delle esperienze maturate nelle Aziende, ha presentato il proprio modello organizzativo, comprensivo dell'esperienza dell'AUO di Parma. Tale esperienza pubblicata sul sito http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx è stata giudicata una "Buona Pratica 2012" dall' Osservatorio Buone Pratiche – Gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti (AGENAS).

Dalla procedura "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale" al coinvolgimento dei professionisti: la scheda "Come fare per"

Secondo il Rapporto Ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il suicidio o il tentato suicidio risulta essere uno dei maggiori eventi sentinella segnalati. La prevenzione del suicidio rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l'attenzione sia a livello nazionale (Raccomandazione n. 4 - Ministero Salute 2008) che Regionale (Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie nel territorio – Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri).

Risultati raggiunti

Nel corso del 2012, l'Azienda ha attivato un Gruppo di lavoro Multiprofessionale con l'obiettivo di fornire indicazioni ai professionisti utili ad identificare i pazienti a rischio di comportamento suicidario e adottare strategie di prevenzione dei suicidi e tentati suicidi in ospedale (cfr. la sezione 4.7 *La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura*).

Il gruppo di lavoro Multidisciplinare (comprensivo di Psichiatri e Psicologi) ha elaborato la procedura Aziendale P006 AOUPR "Prevenzione del suicidio dei pazienti in Ospedale", dove sono stai esplicitati in modo più analitico i luoghi considerati maggiormente a rischio suicidio per i pazienti ricoverati e le tipologie di pazienti più a rischio. Sono stati inoltre definiti i comportamenti che devono essere adottati dai professionisti, per la presa in carico dei pazienti considerati a "rischio suicidio".

L'AOUPR ha pianificato e realizzato un'iniziativa di diffusione/comunicazione finalizzata a sostenere il dialogo fra gli operatori anche su un tema "tabù" come quello del suicidio, per garantire che tutti i professionisti conoscano le indicazioni più utili per la sua corretta rilevazione e gestione. Infatti, nonostante la diffusione della "procedura" formale attraverso le fonti informative aziendali in tutti i reparti, spesso per favorire il concreto coinvolgimento di tutti i professionisti verso i temi del rischio, è ancor più rilevante promuovere la comunicazione, il confronto e il dialogo interprofessionale.

A tale scopo il gruppo di lavoro ha predisposto un nuovo strumento "Come fare per… - Scheda n. 4 - sul tema "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale" (basato sulla normativa nazionale e la letteratura nazionale e internazionale) mirato a descrivere con semplicità i temi di maggiore rilevanza sulla gestione del rischio suicidio del paziente per diffondere informazioni "pronte all'uso" per tutti i professionisti coinvolti in situazioni di rischio.

Lo strumento è stato inviato a tutti i Direttori, RAD e Coordinatori delle Strutture dell'AOUPR, ed è stato inserito nella rete Intranet aziendale nelle pagine della SSD Governo Clinico, gestione del Rischio qualità e accreditamento per la sua massima diffusione.

Lo Strumento Come Fare per… - n. 4, è stato inoltre distribuito e presentato ai 322 partecipanti dei corsi organizzati nell'anno 2012 sul tema Gestione del Rischio: dall'IR alle azioni di miglioramento.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'iniziativa "Come fare per" e la formazione pilota già realizzata hanno portato, seppure ancora in pochi casi, all'attivazione del Servizio di Psicologia Ospedaliera in modo specifico e mirato, con specifico riferimento alla procedura e "Come fare per" da parte dei professionisti. Tale attivazione non è invece mai avvenuta quando la procedura è stata semplicemente trasmessa alle Strutture: tale fatto dimostra come gli aspetti specifici della procedura siano effettivamente almeno in parte divenuti patrimonio dei professionisti grazie alla diversa modalità comunicativa utilizzata.

Criticità rilevate

L'aperta comunicazione e discussione, già a partire dalla definizione della procedura aziendale con la matrice delle responsabilità interprofessionali per la corretta gestione del rischio suicidio del paziente, ha messo in luce la difficoltà nell'affrontare la tematica. Tuttavia la possibilità di intercettare situazioni ad alto rischio coincide con la capacita di ciascun operatore di concepire che il suicidio possa accadere: solo promuovendo la discussione attiva e il confronto aperto su questo tema, e possibile garantire una più efficace valutazione e presa in carico delle possibili situazioni a rischio.

Note o approfondimenti

Il Ministero della Salute, tramite AGENAS, promuove ogni anno la raccolta delle Buone Pratiche per la sicurezza dei pazienti nella Aziende; nel 2012 è stata presentata dall'AOU di Parma una Buona Pratica Aziendale: La prevenzione del Suicidio (Giudicata dall'Osservatorio Buona Pratica Potenziale).

Gestione del contenzioso

Al fine di perseguire gli obiettivi di prevenire il verificarsi di un danno (cure sicure) e il possibile ricorso alla soluzione legale delle vertenze, e di assicurare una compensazione rapida ed equa ai danneggiati, la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'introduzione della gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio sanitario regionale. La D.G.R. n. 1350/2012 "Approvazione del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e la legge regionale n. 13 del 07 novembre 2012 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale", pongono direttamente in capo alle singole Aziende sanitarie e alla Regione il compito di gestire il contenzioso e l'eventuale relativo risarcimento derivante da "eventi avversi" in sanità, oggi, per lo più, ancora affidati alle compagnie di assicurazione.
La Regione ha provveduto a organizzare il servizio di gestione assicurativa dei rischi di responsabilità civile prevedendo tre fasce per la liquidazione del danno: 1) importi fino a € 100.000,00 di competenza diretta delle Aziende Sanitarie; 2) importi fino a € 1.500.000,00 di competenza della Regione Emilia Romagna, attraverso un fondo appositamente istituito; 3) importi superiori a € 1.500.000,00 attraverso la stipula da parte della Regione di apposita copertura assicurativa a favore delle Aziende Sanitarie.

Risultati raggiunti
L'avvio della gestione diretta del rischio assicurativo richiede l'adozione di nuove modalità organizzative e sostanziali da parte di ogni Azienda, idonee a garantire la gestione diretta dei sinistri. In particolare, la Regione individua la necessità della costituzione di un Comitato di valutazione dei sinistri, quale organismo di primaria importanza nella procedura di negoziazione, così come previsto anche dalla nota del 02/08/2012 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociale della Regione Emilia-Romagna che ha fornito le prime indicazioni operative, procedurali ed organizzative in merito.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, già dotata di un Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) istituito con deliberazione n. 142 del 10/09/2007, ha provveduto a modificare (con delibera del Direttore Generale n. 235 del 07/09/2012) la composizione del CVS al fine di adeguarla, tra l'altro, alle indicazioni regionali per l'implementazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri. Nell'anno 2012, a seguito della Liquidazione Coatta Amministrativa della compagnia assicuratrice e della necessità di procedere alla gestione diretta delle richieste avanzate, il CVS ha trattato oltre 250 casi. L'indicazione della Regione di dotarsi di un Medico Legale interno - in quanto essendo dipendente e conoscendo i meccanismi organizzativi interni risulta in grado di gestire i casi con maggior cura rispetto ai consulenti esterni – è già attuata dalla Azienda: tutta l'istruttoria medico legale, la valutazione del danno e la produzione di relazioni medico legali calate nella realtà dell'Azienda sono seguite dai Medici del Settore Medico Legale con possibilità di collaborare con i professionisti interessati.
Nell'ambito dell'attività di gestione del rischio assicurativo aziendale e nell'ottica dello sviluppo di una cultura della sicurezza, l'Azienda ha emanato una circolare (prot. n. 25885 del 03/07/2012) che ha stabilito compiti e responsabilità nei processi di gestione del contenzioso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con particolare riferimento alle fasi di apertura del sinistro, di istruttoria documentale e valutazione medico-legale del sinistro, nonché di disamina del caso in sede di Comitato Valutazione Sinistri. La procedura si rivolge e vede attivamente impegnati, oltre al Settore Medico Legale e al Servizio Attività Giuridico Amministrativa aziendale, anche tutte le strutture aziendali che siano luogo di accadimenti di incidenti ai pazienti nonché i singoli professionisti interessati dall'evento.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
La necessità di una stretta e migliore integrazione con i clinici, soprattutto in fase contenziosa, è stato oggetto di alcuni interventi informativi sullo scenario futuro. Eventi che potranno essere ripetuti nel prossimo anno.

Criticità rilevate
La gestione diretta dei sinistri presuppone una conoscenza delle questioni riguardanti la negoziazione e liquidazione del danno che necessita di azioni formative per il personale coinvolto nonché un carico notevole di attività che andrà pianificato e accompagnato con azioni di supporto.
La collaborazione dei professionisti interessati dal sinistro potrebbe essere maggiore anche predisponendo ulteriori eventi di sensibilizzazione del personale.

Note o approfondimenti
Delibera Giunta Regionale n. 1350/2012 "Approvazione del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie".

Rischio infettivo e sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

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 le sicurezza in aree critiche (igiene delle mani, precauzioni d'isolamento, profilassi antibiotica perioperatoria, eccetera).

Risultati raggiunti

L'Azienda, tramite i propri Referenti, ha partecipato in modo costante alle attività regionali in tema di prevenzione del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza, intervenendo alle riunioni periodiche del gruppo di coordinamento Rete CIO della Regione Emilia-Romagna.

Si sono svolte con regolarità le riunioni del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) aziendale: durante gli incontri sono state trattate le tematiche di maggior rilievo e che richiedevano una valutazione collegiale (strategie di attuazione, condivisione di percorsi e procedure, eccetera) rispetto alle azioni da intraprendere.

Nelle Terapie Intensive (TI) aziendali, è 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^ e 2^ 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.

Nei reparti ad elevata complessità assistenziale, quali le TI, sono proseguiti i sopralluoghi volti a monitorare le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale, l'adeguatezza delle procedure in essere e il rispetto delle modalità comportamentali da adottare all'interno dell'area critica.

E' proseguita l'attività di prevenzione e controllo delle infezioni in endoscopia. In collaborazione con i Centri di Endoscopia Toracica e Digestiva, sono state aggiornate le istruzioni operative riguardanti il reprocessing della strumentazione endoscopica, con particolare riguardo allo sviluppo di strategie per migliorare la tracciabilità del processo.

Nell'ambito del progetto LASER (Lotta alla Sepsi in Emilia Romagna), è stata fornita piena collaborazione ai Referenti regionali nella realizzazione dello studio "Strategie efficaci a ridurre la mortalità per sepsi", messo a punto dall'Agenzia 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. Sono state recuperate le cartelle cliniche, relative agli anni 2007-2008-2009, dei pazienti che avevano sviluppato sepsi/sepsi grave/shock settico ed è stata condotta un'indagine retrospettiva volta a definire l'appropriatezza del percorso clinico assistenziale dei pazienti ricoverati presso la nostra struttura.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Nel mese di Aprile 2013, con D.G.R. 318/2013 la Giunta Regionale ha approvato le "*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all'Assistenza e uso responsabile degli antibiotici*". Nel documento vengono date specifiche indicazioni riguardo i programmi ritenuti efficaci, in particolare si sottolinea la necessità di una maggiore integrazione tra ospedale/territorio, la realizzazione di politiche di prevenzione e controllo concentrate in aree ritenute di rilevanza cruciale, attivazione e gestione dei sistemi di sorveglianza raccomandati dalle Regioni, formazione del personale. In tale contesto, l'Azienda Ospedaliera è chiamata a rimodulare le linee di indirizzo aziendale per l'anno 2013. E' stato costituito a livello aziendale un gruppo di lavoro multidisciplinare che, in linea con le indicazioni regionali, avrà il compito di pianificare le azioni da intraprendere per ridurre il consumo inappropriato degli antibiotici in ospedale.	

PROGETTO SICHER – Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nella regione Emilia-Romagna

Il SIChER è il sistema di sorveglianza regionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC).
La sorveglianza delle ISC, attiva in regione dal 2006, è ora confluita nello SNICh (Sistema Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico), è considerata requisito specifico di accreditamento delle strutture di area chirurgica, ed è ricompresa da alcuni anni negli obiettivi di budget aziendali per le strutture chirurgiche.
L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, infatti, ha posto come obiettivo a lungo termine che il sistema di sorveglianza diventi attività continuativa dei percorsi organizzativo-gestionali delle UO chirurgiche. L'obiettivo a medio termine è la sorveglianza delle singole categorie di intervento che, combinate, rappresentino almeno il 50% dell'attività chirurgica espletata.

Risultati raggiunti
L'Azienda Ospedaliera partecipa dal 2011 al progetto, sorvegliando in modo attivo alcuni interventi selezionati:

- pazienti sottoposti a *intervento di sostituzione totale dell'anca* (PTA) elettivi e non a seguito di trauma, con un periodo di follow-up previsto per intervento protesico a 365 giorni;
- pazienti sottoposte ad *intervento di quadrantectomia*, per le chirurgie generali, con periodo di follow-up previsto a 30 giorni.

Al fine di monitorare il percorso interno dei pazienti arruolati in sorveglianza, sono stati identificati Professionisti – Medici ed Infermieri – afferenti ai vari settori coinvolti (prericovero/accettazione, degenza, comparto operatorio, area ambulatoriale) quali referenti di progetto.
Le UU.OO. partecipanti alla rilevazione sono attualmente: Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica. Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo, Chirurgia Toracica, Day Surgery, Ortopedia, Clinica Ortopedica.
Nel corso dell'anno la Regione ha ritenuto opportuno incontrare i Referenti Aziendali delle varie Strutture Sanitarie presentando i risultati di un'indagine regionale mirata ad individuare lo stato dell'arte (aspetti positivi e criticità) del sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico. In tale sede sono state condivise e discusse le possibili soluzioni ai problemi individuati, definendo le priorità di intervento (tipologia di interventi da sorvegliare, utilizzo dell'ASEPSIS Wound Score, sorveglianza post-dimissione, eccetera), e rimodulando gli obiettivi a medio-lungo termine. Sulla scorta degli esiti dell'incontro, sono stati riconsiderati e pianificati gli interventi aziendali necessari sia all'ulteriore sviluppo del progetto nelle chirurgie generali sia all'implementazione nelle chirurgie specialistiche.

Nel corso dell'anno sono stati sorvegliati complessivamente:

	Quadrantectomie	PTA
Anno 2012	293	120

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 2013 saranno disponibili i report degli interventi sorvegliati nel 2012 e gli interventi protesici sorvegliati nel 2011.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Sulla scorta degli esiti dell'incontro regionale, sono stati riconsiderati e pianificati gli interventi aziendali necessari sia all'ulteriore sviluppo del progetto nelle chirurgie generali e in ortopedia, sia all'implementazione nelle chirurgie specialistiche.
In accordo con i Referenti Regionali, in relazione alla mancanza di un software specifico per la rilevazione, che agevoli i Sanitari nella raccolta dei dati, l'attività di sorveglianza proseguirà nelle UO come segue:

- individuazione di due interventi a maggior impatto in termini di attività svolta e già sottoposti a sorveglianza in altre strutture regionali (per permettere il confronto dei dati), che verranno sorvegliati nel rispetto dei tempi di follow-up previsti;
- sorveglianza degli altri interventi effettuati fino alla dimissione del paziente.

Il sistema SIChER è stato attualmente implementato nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia afferenti al Dipartimento Materno Infantile. Vengono sorvegliati in modo continuativo il taglio cesareo, gli interventi chirurgici su ovaie e strutture correlate e gli interventi di isterectomia addominale (totale e laparoscopica).
Sono in corso di definizione gli interventi da sottoporre a sorveglianza presso la Chirurgia Pediatrica e la Cardiochirurgia.

Criticità rilevate
Gestione dei dati con scheda in formato cartaceo, che dovrà essere superata con l'acquisizione di un software specifico per la rilevazione

E' previsto, nel corso dell'anno, la realizzazione di un intervento formativo rivolto al personale delle Chirurgie Specialistiche.

Programma di promozione dell'igiene delle mani - Progetto "Clean care is safety care"

Da alcuni anni l'OMS promuove una campagna mondiale "Clean Care is Safer Care", 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, ritenuta da tutta la letteratura di riferimento, misura di provata efficacia per la prevenzione della trasmissione di potenziali patogeni durante i processi clinico-assistenziali.
L'Azienda continua a sostenere nel tempo il progetto di promozione dell'igiene delle mani fra i Professionisti, con l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione sul tema della prevenzione del rischio infettivo e della sicurezza dei pazienti all'interno della struttura sanitaria.

Risultati raggiunti

Nel corso del 2012 sono state realizzate diverse attività, tra cui:

- aggiornare, anche tramite la pubblicazione sulla rete intranet aziendale, la bibliografia di riferimento e le ultime indicazioni dell'OMS e della RER;
- in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio) è stato dato ampio risalto alla tematica preventiva con la realizzazione e divulgazione a livello aziendale, di specifici poster dal titolo "La prevenzione è nelle tue mani" quali remainder visivi.

L'attività di audit interno è proseguita con un'iniziativa specifica, realizzata in collaborazione con i Referenti delle strutture pediatriche, che ha previsto:

- la somministrazione di un questionario di percezione sull'igiene delle mani a tutto il personale operante nelle pediatrie,
- la conduzione di un'indagine osservazionale sulla compliance dell'igiene delle mani che ha tenuto conto della situazione "prima del contatto con il paziente", secondo la metodologia messa a punto dall'OMS.
  I dati della rilevazione, riferiti alle varie figure sanitarie (Medici, Infermieri, OSS, Tecnici, Personale in formazione) sono stati trasmessi ai Referenti delle Unità Operative coinvolte, in modo da agevolare le opportune valutazioni clinico-assistenziali,
- la realizzazione di un corso formativo specifico, in cui venivano presentati e discussi anche i dati rilevati durante l'indagine osservazionale,
- l'individuazione e condivisione delle criticità riscontrate e messa in atto di azioni correttive ove ritenuto necessario.

La metodologia applicata si è dimostrata efficace in quanto il personale sanitario ha collaborato attivamente, con un coinvolgimento importante anche in termini di rilevazione e individuazione delle aree di miglioramento e nella predisposizione delle soluzioni operative ritenute efficaci.
Dato importante emerso dalla rilevazione è la necessità di una specifica informazione/formazione ai professionisti in formazione di tutte le categorie (Medici, Area Comparto, ecc.). Tale aspetto è stato sottolineato e sollecitato ai titolari della formazione.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Si ritiene opportuno proseguire con il percorso tracciato in quanto, per indurre il cambiamento, 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 regionale), proseguirà la realizzazione degli audit interni, che coinvolgeranno progressivamente tutte le Unità Operative, in modo da monitorare l'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari e programmare ove necessario, azioni di miglioramento (questionario autovalutazione, ampliamento utilizzo del gel idroalcolico, remainder visivi, eccetera).	

Prevenzione sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi

La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un'importante emergenza di Sanità Pubblica a livello mondiale. Negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, la diffusione è stata particolarmente consistente, con l'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri. Questi ultimi, soprattutto se produttori di carbapenemasi (CPE), pongono problemi di gestione sia in termini di

trattamento terapeutico, sia per quanto riguarda la gestione assistenziale.
L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, con il fine di contrastare la diffusione delle CPE ha realizzato specifiche linee di indirizzo "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" volte al contenimento del fenomeno nelle Aziende Sanitarie.

Risultati raggiunti

In piena sintonia con il Documento regionale PG/2011/166892 del 8 Luglio 2011 e in stretta sinergia con l'Area Rischio Infettivo della Regione Emilia-Romagna, si è provveduto a:

- effettuare incontri periodici del gruppo di Lavoro Multidisciplinare di coordinamento CPE, che si occupa di presidiare nel tempo il fenomeno e garantire la messa in atto degli interventi volti ad agevolare i Professionisti sanitari nell'implementazione delle misure di prevenzione, sorveglianza e controllo indicate,
- monitorare e trasmettere con cadenza mensile, i dati riguardanti l'andamento del fenomeno a livello locale (prevalenza e incidenza dei pazienti infetti/colonizzati) alla Regione Emilia-Romagna – Area Rischio Infettivo, secondo i canali informativi previsti dal documento regionale,
- effettuare la sorveglianza attiva delle colonizzazioni da CPE con identificazione dei soggetti da sottoporre a screening (pazienti rispondenti alla definizione di "caso" e "contatto"; pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, pazienti con recente ricovero in struttura ospedaliera o provenienti da struttura residenziale, eccetera),
- eseguire sopralluoghi mirati, per monitorare verificare l'applicazione delle precauzioni d'isolamento da "contatto" previste nei casi di specie, considerate intervento prioritario per il controllo della diffusione in ambito nosocomiale,
- inviare all'Agenzia Sanitaria documenti, materiali e strumenti realizzati per il monitoraggio degli isolamenti e l'adesione alle precauzioni da contatto,
- diffondere il documento regionale "Indicazioni per il controllo della trasmissione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle Unità di Riabilitazione", redatto nel Febbraio 2012 con il fine di adattare le misure di controllo contenute nel documento di riferimento, alle peculiarità delle Unità di Riabilitazione,
- promuovere incontri formativi/informativi specifici, rivolti ai Professionisti delle Unità di Riabilitazione, con l'obiettivo di diffondere le conoscenze e gli strumenti per l'assistenza di questi pazienti,
- presidiare il momento del trasferimento dei pazienti colonizzati/infetti tra setting assistenziali differenti (dimissione, richiesta indagini strumentali, eccetera) in modo da mantenere le precauzioni d'isolamento nei vari contesti di cura ed assistenza anche extraospedalieri,
- diffondere la bibliografia internazionale di riferimento, in particolare le linee guida del CDC in tema di controllo degli enterobatteri resistenti ai carbapenemi – 2012 Tookit – Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) – 2012.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

In relazione ai dati epidemiologici raccolti e all'esperienza maturata nel corso di quasi due anni dall'implementazione delle prime indicazioni per il controllo dei CPE, l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha ritenuto indispensabile produrre l'aggiornamento del documento di riferimento, inviato alle Aziende nel Gennaio 2013 che sostituisce la precedente versione del 2011.
Molte delle indicazioni contenute nella versione aggiornata sono comunque già operative e rispecchiano i protocolli in essere a livello aziendale. Si provvederà quanto prima ad aggiornare alcuni documenti, alla luce dei nuovi contenuti, in particolare quelle riguardanti la realizzazione della sorveglianza attiva dei pazienti definiti "caso" e "contatto".
L'attenzione sul fenomeno è particolarmente alta, tanto da indurre il Ministero della Salute, ad emanare una specifica circolare "*Sorveglianza e controllo delle infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi – CPE*" che impone a tutte le Aziende Sanitarie, la sorveglianza attiva delle batteriemie sostenute *da Klebsiella pneumoniae* o *Eschiarichia coli* non sensibili ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi e la segnalazione tramite SMI.

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, in base alla valutazione del rischio correlato, 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 piena sintonia con le Linee Guida regionali per la sorveglianza e controllo della Legionella (D.G.R. 21.07.2008, n. 1115), così come previsto dal *Programma di controllo aziendale della Legionellosi*, redatto sulla base del documento aziendale di *Valutazione del rischio legionella per tutte le UU.OO. Aziendali*, sono state mantenute e monitorate varie attività tra cui:

- le riunioni periodiche del Gruppo Multidisciplinare Aziendale Gestione Rischio Legionella, composto dai Responsabili dei vari Ambiti/Servizi coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo del fenomeno in ambito nosocomiale e territoriale (SATL, SPPA, Settore Qualità ed Accreditamento, Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, Direttore Malattie Infettive, Direttore Pneumologia ed Endoscopia Toracica, Servizio Igiene Pubblica AUSL di Parma), che hanno il compito di presidiare il fenomeno in ambito locale, aggiornare il documento di valutazione del rischio legionella e porre in atto gli interventi di prevenzione e controllo in base agli esiti dei rilievi effettuati;
- 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;
- l'aggiornamento della valutazione del rischio dei diversi Padiglioni ospedalieri, con particolare riguardo alle strutture di nuova attivazione;
- rinnovo della convenzione con l'Unità di Sanità Pubblica - Dipartimento di Scienze Biomediche, Biomolecolari e Traslazionali (S.Bi.Bi.T) dell'Università di Parma, lo S.Bi.Bi.T per l'esecuzione dei controlli microbiologici sull'acqua di rete. Tale attività risulta di fondamentale importanza: infatti la continuità dei controlli permette di intercettare eventuali "non conformità", intraprendendo, ove necessario, gli interventi di bonifica degli impianti;
- il coordinamento e monitoraggio, dal punto di vista igienico, del cottimo fiduciario in vigore, per la fornitura, l'installazione e la gestione dei filtri monouso antibatterici per terminali idrici, installati presso le strutture valutate a maggior rischio (R3). Sia nel corso del 2011 che nel 2012, le operazioni previste dall'appalto (verifiche periodiche/sostituzioni) si sono svolte regolarmente, nelle tempistiche prescritte, senza il riscontro di "non conformità" di rilievo;
- l'aggiornamento delle modalità, tempistiche e verifiche relative all'esecuzione della 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.;
- partecipazione dei Referenti aziendali alle riunioni del Gruppo di Lavoro Legionellosi, istituito a livello regionale (Determina 16993 del 29.12.2011) con il fine di mettere a punto una metodologia condivisa per la valutazione del rischio, in particolare di quello impiantistico, che sia efficace e nel contempo permetta di affrontare l'argomento in modo uniforme nelle strutture sanitarie di tutte le Aziende sanitarie, nonché definire le attività appaltabili e predisporre raccomandazioni da applicare nei contratti in modo tale che le Aziende possano mantenere il governo degli aspetti strategici in materia di controllo della Legionella.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
L'attività di monitoraggio microbiologico sull'acqua del sistema idrico aziendale è recentemente stata estesa al nuovo Ospedale dei Bambini. A seguito della messa in operatività della nuova struttura - Padiglione "Pietro Barilla" - e il trasferimento delle UO pediatriche presso i locali della nuova sede, è stato aggiornato il documento di valutazione del rischio, sono stati realizzati i controlli microbiologici sull'acqua di rete, verificati ed installati i sistemi di filtrazione sui terminali idrici degli ambienti ad alto rischio (TIN, Oncoematologia Pediatrica). La sorveglianza e il controllo della legionellosi in ospedale è attività in progress, in quanto in relazione ai cambiamenti strutturali e clinico-organizzativi (tipologia di paziente / tipologia e prestazione) in essere a livello aziendale, è necessaria la rivalutazione periodica dello specifico documento di valutazione del rischio e, conseguentemente dei programmi di sorveglianza e controllo da attuare.	

Prevenzione del rischio infettivo

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.
In stretta sinergia fra diverse funzioni aziendali, si è provveduto a presidiare alcune tematiche di particolare rilevanza, che prevedono attività costanti e continuative, in particolare:

- Antisepsi e disinfezione,
- Sterilizzazione dei dispositivi medici,
- Sicurezza igienica di attrezzature sanitarie e dispositivi medici,

che rappresentano momenti fondamentali di una buona pratica sanitaria, per l'ampio riflesso delle stesse sul fenomeno delle Infezioni Correlate all'Assistenza e sulla qualità dell'assistenza erogata. Spesso infatti la criticità dei pazienti trattati, la continua evoluzione della tecnologia sanitaria, la presenza di microrganismi di particolare rilevanza epidemiologica, impongono un'attenzione costante sui processi effettuati, a tutela degli aspetti igienici e di sicurezza correlati.

Risultati raggiunti

In tema di disinfezione si è provveduto a:

- esaminare i prodotti disponibili nella Gara Intercent-ER, al fine di intraprendere una politica corretta sull'uso razionale delle sostanze chimiche presenti in ambito aziendale, con 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 e testare sul campo un prodotto idoneo alla decontaminazione dei dispositivi medici, a base di sodio percarbonato e tensioattiv,
- esaminare le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti chimici (acido peracetico, ortoftalaldeide, eccetera) 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,
- determinare la compatibilità della strumentazione endoscopica con il prodotto selezionato per la disinfezione di alto livello/sterilizzazione chimica a freddo. E' attualmente in corso di realizzazione la graduale introduzione dell'acido peracetico nelle varie UU.OO, in sostituzione della glutaraldeide.

Per quanto riguarda la sterilizzazione dei presidi e strumenti sanitari in ambito ospedaliero, sono state realizzate le seguenti iniziative volte a:

- sollecitare la realizzazione del processo di convalida delle autoclavi a vapore e di tutte le apparecchiature coinvolte nel processo di ricondizionamento dei dispositivi medici (lavaferri, lavaendoscopi, eccetera), quale ulteriore certificazione indispensabile per la conferma della validità del processo stesso (azienda in qualità di produttore di servizio),
- aggiornare le procedure aziendali relative all'esecuzione delle prove biologiche sulle autoclavi a vapore e sulle apparecchiature Steris Sistem 1 in dotazione,
- elaborare e diffondere specifiche indicazioni riguardo il trattamento dei dispositivi medici utilizzati su un paziente sospetto di essere affetto da MCJ (Malattia Creutzfeldt-Jacob),
- curare la formazione sul campo di diversi operatori socio sanitari aziendali, realizzando brevi stage presso la Centrale di Sterilizzazione, al fine di migliorare la gestione complessiva del processo di ricondizionamento dei dispositivi medici di tipo riutilizzabile.

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

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
• Riguardo il tema di antisepsi e disinfezione, è continuata la revisione del materiale informativo destinato agli utilizzatori, in modo da mantenere aggiornate le indicazioni d'uso ed i principi attivi impiegati in azienda, al fine di 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 i comportamenti degli operatori	

sanitari, riducendo/annullando le "non conformità".

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, a livello di complessità clinico-assistenziale (CO, Terapia Intensiva, eccetera), 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 e organizzative, che intervengono all'interno dell'area ospedaliera, soprattutto legate al sorgere di nuove strutture sanitarie, unità operative, servizi.

Risultati raggiunti

Anche nel corso del 2012, nella nostra Azienda sono proseguite le verifiche, effettuate a cura degli organismi preposti, volte ad ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento delle Unità Operative aziendali. In tale contesto l'attività di controllo ha assunto particolare rilevanza in quanto diretta al mantenimento di idonee condizioni di sicurezza igienica ambientale per l'ottenimento delle certificazioni richieste.

Il programma di intervento si è sviluppato attraverso:

- la verifica ed 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" rilevate, 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 Economale, 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 letterecci, disinfestazione e derattizzazione, igiene degli alimenti, eccetera.

Nello specifico, si è provveduto a:

- verificare la corretta applicazione delle indicazioni e disposizioni igieniche inserite nel capitolato d'appalto di pulizia e sanificazione ambientale in vigore, segnalando le "non conformità" rilevate agli Ambiti aziendali coinvolti;
- curare la stesura, revisione e verifica dei protocolli di sanificazione/sanitizzazione su specifiche UU.OO/Servizi ad elevata complessità, quali ad esempio le T.I., i C.O., Reparti Pediatrici, Centri Endoscopia, eccetera;
- mantenere aggiornata, ai fini igienico-preventivi, la mappa delle destinazioni d'uso dei locali aziendali;
- verificare la corretta applicazione delle indicazioni e disposizioni igieniche inserite nel capitolato d'appalto lavanoleggio biancheria ed effetti letterecci in vigore, segnalando le "non conformità" rilevate agli Ambiti aziendali coinvolti;
- realizzare e diffondere precise disposizioni, al fine di garantire adeguati standard igienici durante l'esecuzione di lavori edili di ristrutturazione/manutenzione all'interno delle aree aziendali, con particolare riguardo per quelle sanitarie;
- coordinare e controllare le attività previste dal Servizio Appaltato di Disinfestazione e Derattizzazione Ambientale in tutte le aree aziendali, per la prevenzione e contenimento della diffusione degli infestanti. L'attività si è articolata su più livelli, pianificando incontri periodici con i tecnici della ditta appaltatrice per valutare le problematiche emergenti, proponendo interventi volti ad individuare e risolvere eventuali criticità strutturali e programmando, ove necessario, interventi di manutenzione e bonifica.
- individuare, all'interno delle varie strutture aziendali, 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 del rischio infettivo - Il Sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree ad alto rischio

In conformità con quanto previsto dalle UNI EN ISO 14644 e 14698 e dalla letteratura e linee guida di riferimento (ISPESL 2009, GMP Annex 1 2008, ecc.) da diversi anni, viene realizzata l'attività di monitoraggio ambientale nelle aree aziendali definite ad "alto rischio", quali i blocchi operatori, il Centro Ustioni, il CTMO, l'UMaCA, la Centrale di Sterilizzazione.
La determinazione della carica microbica in aria nella sala operatoria allestita rappresenta un sistema per valutare se l'insieme delle misure di prevenzione del rischio microbiologico (impiantistiche, organizzative, comportamentali) sono attive e, soprattutto, se vengono applicate.
Tramite la realizzazione dei monitoraggi microbiologici ambientali ci si prefigge di:

- verificare, insieme ai controlli tecnici, il corretto funzionamento degli impianti di ventilazione/condizionamento dei locali,
- confermare la validità ed efficacia dei protocolli di sanificazione e sanitizzazione adottati,
- determinare la precisa adozione delle norme comportamentali nelle aree ad alto rischio, da parte dei Professionisti sanitari (es. rispetto delle norme di accesso ai blocchi operatori e alle sale operatorie o in altri locali definiti a BCM - Bassa Carica Microbica).

Risultati raggiunti
Nel 2012 sono stati realizzati 44 campionamenti. I controlli programmati, vengono svolti con sala operatoria in attività (operational) utilizzando, attualmente, il sistema di campionamento di tipo "attivo" (standardizzato per tempo e volumi di aria aspirata), servono per valutare sia l'appropriatezza delle procedure comportamentali adottate, sia il corretto funzionamento dell'impianto di ventilazione centralizzato. Ciascuna Unità Operativa viene sottoposta ai controlli due volte all'anno, programmati a cadenza semestrale.
Vengono effettuati anche controlli a sala vuota, pronta per essere utilizzata per gli interventi (at rest). Questo tipo di controllo viene effettuato prevalentemente per testare i nuovi locali (o quelli oggetto di interventi strutturali) e serve per valutare il funzionamento del sistema di ventilazione centralizzato.
Un ulteriore controllo realizzato è quello di tipo particellare, che va a misurare la concentrazione delle particelle nell'aria in condizioni di sala allestita ma in assenza di persone. Gli esiti, comparati con specifiche tabelle di riferimento, permettono di classificare i locali in classe ISO, secondo la tipologia dell'impianto VCCC in dotazione (unidirezionale/turbolento/misto)
La comunicazione delle date di effettuazione dei controlli e gli esiti delle verifiche, con gli eventuali provvedimenti ritenuti idonei a ripristinare eventuali criticità riscontrate, sono inviate sistematicamente sia ai servizi competenti, sia alle UU.OO. coinvolte nella rilevazione.
I controlli microbiologici ambientali rappresentano pertanto un indicatore della qualità dell'aria degli ambienti e delle superfici, a tutela della sicurezza igienica ambientale dei pazienti ed operatori, in ragione della complessità e criticità dell'attività assistenziale svolta nelle aree identificate.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
In conformità con la Circolare Regionale del Servizio Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie - prot. PG/2012/188026 del 31/07/2012 - è stato istituito a livello aziendale un apposito gruppo di lavoro multisciplinare, con l'obiettivo di sviluppare il "documento di progetto" dei Blocchi Operatori presenti in Azienda, secondo le indicazioni contenute nella Norma UNI EN ISO 11425:11.	

Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili

a) Sorveglianza delle malattie infettive

Il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive, degli eventi epidemici e dei microrganismi con profilo di resistenza inusuale

In linea con le indicazioni del Piano di Prevenzione, nell'ambito dei programmi di prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili, la Regione Emilia Romagna ha introdotto nell'operatività delle Aziende Sanitarie della Regione, il nuovo sistema informativo SMI (Sorveglianza delle Malattie Infettive), realizzato per sistematizzare, standardizzare ed unificare i diversi flussi informativi esistenti, in particolare il Sistema di Segnalazione Rapida (Alert), il sistema di notifica (MIF) e i sistemi di sorveglianza speciali.
In tale contesto è proseguito 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, 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 multifarmacoresistenti 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.

Risultati raggiunti

Il monitoraggio ha riguardato la raccolta e l'analisi, tramite database dedicato di:

- 948 segnalazioni di Malattia Infettiva (accertata/sospetta)
- oltre 2500 segnalazioni di isolamenti di microrganismi multifarmaco-resistenti, trasmesse sistematicamente dal Laboratorio di Microbiologia.

Al fine di migliorare la qualità dei dati trasmessi al Dipartimento di Prevenzione della AUSL di Parma, nel 2012, è iniziata la valutazione dell'adeguatezza dei dati relativi alle singole schede inviate dalle UU.OO.

Sulle 948 segnalazioni pervenute, sono state riscontrate 134 (pari al 14%) "non conformità", legate ad un'incompleta/sommaria compilazione dei dati richiesti.

Le UU.OO. coinvolte, sono state contattate (telefonicamente o tramite nota) richiedendo il completamento dei dati mancanti e richiamando sull'importanza del dato ai fini preventivi e medico legali.

La sorveglianza ha consentito di:

- mantenere aggiornata la "mappatura", in ambito locale, della diffusione delle patologie infettive e dei microrganismi multidrug resistent (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 *audit* 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.

L'introduzione del nuovo applicativo SMI ha richiesto:

- l'individuazione dei Referenti Aziendali e degli utenti abilitati all'accesso al sistema, con comunicazione dei nominativi ai Referenti regionali, ai fini dell'ottenimento delle credenziali di accesso al sistema,
- la formazione/informazione degli utenti sull'operatività del sistema, realizzata in parte a livello regionale ed in parte a livello locale in stretta sinergia con l'Azienda USL di Parma,
- la partecipazione alla fase pilota per testarne le opportunità e rilevare eventuali criticità durante l'immissione delle informazioni.

Dal 1 Luglio 2012 SMI è entrato pienamente in funzione. A livello aziendale è stata garantita la puntuale trasmissione dei dati epidemiologici rilevati in ambito locale. Sono attualmente gestite con SMI le schede di specifica competenza: segnalazione di microrganismi con profilo di resistenza inusuale; segnalazione di cluster epidemici di infezioni acquisite in corso di assistenza sanitaria; relazione finale su epidemie e cluster epidemici in strutture sanitarie e socio- sanitarie.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
In linea con quanto sottolineato nei programmi regionali di gestione del rischio, con l'intento di migliorare la gestione del paziente colonizzato/infetto da microrganismi multifarmacorestistenti o affetto da patologia infettiva (accertata/sospetta) nel corso del prossimo anno verranno ulteriormente promosse azioni, con particolare riguardo alla formazione del personale e al potenziamento delle verifiche nelle varie UU.OO. volte ad aumentare l'adesione da parte degli operatori sanitari, alle Precauzioni Standard e alle precauzioni specifiche per patologia, durante l'assistenza, al riconoscimento tempestivo e isolamento dei pazienti infetti/colonizzati da MDR, all'identificazione e contenimento degli eventi epidemici.	

b) Programmi di controllo specifici

Piano di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita

La Regione Europea dell'OMS ha posto come obiettivo di eliminare entro il 2015 il morbillo e la rosolia e di ridurre l'incidenza della rosolia congenita a <1 caso ogni 100.000 nati vivi. Tali obiettivi sono stati ricompresi nel Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, nei cui contenuti è enfatizzata l'importanza di raggiungere coperture elevate ed omogenee per la prima dose di MPR mediante offerta attiva ed opportune strategie di recupero dei suscettibili non vaccinati nell'infanzia, raggiungere la copertura vaccinale supplementare (seconda dose) rivolte a popolazioni suscettibili ben identificate, ridurre la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia, migliorare il sistema di sorveglianza aumentando l'accuratezza della notifica del morbillo anche attraverso il ricorso alla conferma di laboratorio e introducendo la sorveglianza nazionale dell'infezione rubeolica in gravidanza e dell'infezione congenita da rosolia e delle sue manifestazioni cliniche.

Risultati raggiunti

In linea con la Delibera n. 916/2001, anche l'Azienda Ospedaliera ha proseguito l'attività di controllo del Morbillo e Rosolia ed è stato individuato il percorso di sorveglianza e controllo aziendale che prevede:

- nei casi accertati/sospetti compilazione della scheda di segnalazione di malattia infettiva e la compilazione della scheda di notifica specifica a seconda dalla patologia, con notifica all'Azienda USL di competenza sul territorio,
- messa in atto delle precauzioni di isolamento previste,
- nei casi sospetti, esecuzione ed invio delle indagini sierologiche ove previsto, ed il rispetto dei criteri clinici e microbiologici esplicitate nella definizione di "caso".

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Nel febbraio 2013 il Ministero della Salute ha realizzato nuove indicazioni "*Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015*", che regolamentano il nuovo sistema di sorveglianza. La sorveglianza prevista in Italia è una sorveglianza integrata del morbillo e rosolia. Il protocollo aziendale di sorveglianza è stato pertanto aggiornato alla luce delle nuove disposizioni.	

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 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 dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmesse da Aedes albopictus (Chikungunya e Dengue) e Culex (West-Nile Disease), anche nel corso del 2012, sono state mantenute/realizzate diverse attività, volte a prevenire, monitorare e contenere l'eventuale infestazione da zanzara tigre a livello aziendale.
In particolare sono state realizzate le seguenti attività:

- fornire indicazioni comportamentali, quali le modalità di isolamento, gli accorgimenti per limitare l'attrattiva e l'acquisizione e impiego di repellenti cutanei;
- monitoraggio dei casi clinici riscontrati in ambito nosocomiale con il fine di verificare l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico;
- 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 interno di segnalazione e di conferma diagnostica, secondo le indicazioni regionali;
- 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, tra cui: la pulizia dei pozzetti fognari prima dell'inizio della lotta antilarvale e al bisogno, l'organizzazione degli interventi anti-larvali nell'ambito del controllo igienico-gestionale delle attività di disinfestazione/derattizzazione appaltata, le disinfestazioni adulticide mirate in presenza di infestazione particolarmente significativa.

In relazione ai dati epidemiologici, l'attenzione ed il monitoraggio del fenomeno è costante con aggiornamenti periodici delle linee di indirizzo ed intervento a cura del Ministero della Salute.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Anche per il 2013 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.	

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,
- rafforzo 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

A livello aziendale è stata quindi ulteriormente sviluppata:

- l'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*").
- la diffusione della 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.
- In collaborazione con i referenti delle UU.OO. pneumologiche, sono stati organizzati incontri formativi, rivolti a tutte le figure professionali del ruolo sanitario e tecnico, con l'intento di approfondire sia gli aspetti epidemiologici, diagnostici, preventivi e terapeutici, sia quelli legati al rischio occupazionale e, contestualmente, migliorare la gestione del paziente affetto da TBC in ambito nosocomiale. All'evento formativo hanno partecipato complessivamente 240 Professionisti, alcuni dei quali afferenti alle strutture territoriali.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Le attività legate al controllo del rischio tubercolare in ambito nosocomiale proseguiranno secondo le indicazioni contenute nel recente documento di indirizzo *Controllo della tubercolosi: obiettivi di salute, standard ed indicatori 2013 – 2016* (Intesa 20 dicembre 2012 "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131 tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano) pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 9 alla G.U. n. 32 del 7 Febbraio 2013 sul documento".	

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, mirata 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 alta l'attenzione dei Professionisti 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 sono state riproposti e raccomandati i seguenti interventi:

- rispetto delle indicazioni per la gestione del paziente ospedalizzato affetto da influenza stagionale confermata/sospetta, con particolare riguardo all'isolamento ospedaliero, igiene delle mani, al trasporto dei pazienti ed alla sanificazione/sanitizzazione ambientale e delle ambulanze,
- adesione sistematica alle 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,
- puntuale segnalazione, secondo precise modalità (scheda notifica + scheda aggiuntiva) della sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza, che necessitano di ricovero in UTI, secondo le indicazioni presenti nello specifico percorso aziendale,
- adesione alle modalità di accesso ai due Laboratori di riferimento regionale per la diagnosi di influenza (Unità di Sanità Pubblica Dipartimento di Scienze Biomediche, Biomolecolari e Traslazionali (S.Bi.Bi.T.) della Università degli Studi di Parma - il Laboratorio di Microbiologia del AOU di Bologna).

E' stata inoltre predisposta un'apposita campagna vaccinale, nel rispetto delle indicazioni regionali. A tal proposito è stata data ampia informazione ai 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.

Sono stati predisposti e allestiti punti ambulatoriali decentrati, per favorire l'adesione degli operatori sanitari alla vaccinazione.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Negli anni, l'impegno rivolto alla prevenzione e controllo delle sindromi influenzali in ospedale è continuo e costante, ed è strettamente correlato all'intensità dei picchi epidemici nella popolazione assistita.	

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica e dispositivi medici

Assistenza farmaceutica ospedaliera

Nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, le attività dell'AOU 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.

Nel 2012 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai reparti e dai servizi dell'Azienda si è ulteriormente consolidata e ha raggiunto un numero di pazienti assistiti pari a 19.778 con 1.769.010 unità posologiche erogate per un costo ospedaliero di 317.327 €, realizzando così un risparmio per le strutture AUSL di appartenenza (il valore del risparmio è correlato ai diversi

sconti applicati alle farmacie convenzionate: indicativamente, presumendo uno sconto del 3,75% il valore è pari a 1.075.331 €)
Per quanto riguarda i farmaci a distribuzione diretta ambulatoriale, l'importo complessivo erogato è stato nel 2012 pari a 21.654.873 €.
L'andamento dei consumi e della spesa conseguente per farmaci (€ 33.575.707), rilevato nel 2012, è in linea con l'obiettivo che il documento della relativa programmazione prevedeva come contenimento della spesa rispetto all'anno precedente, mantenendosi al di sotto del tetto previsto (€ 34.173.738). Il sistema di governo clinico messo in atto sull'appropriatezza prescrittiva ha consentito di contenere i consumi e la spesa per farmaci.

Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri Autorizzati e monitoraggio

L'attività di governo clinico e di monitoraggio condotta sull'appropriatezza prescrittiva e sull'adesione della prescrizione ai termini delle equivalenze terapeutiche, attraverso un sistema di rilevazioni, comunicazioni ed aggiornamenti, ha mostrato risultati più che soddisfacenti. Ciò ha consentito contestualmente il miglioramento della qualità della cura uniformando la prescrizione farmacologica ospedaliera alle acquisizioni innovative delle equivalenze terapeutiche e trasmettendo tali caratteristiche alla prescrizione territoriale nell'ambito della continuità assistenziale Ospedale-Territorio e del rapporto specialista ospedaliero – medico di medicina generale (MMG).
Il Prontuario Terapeutico di Area Vasta (PT-AVEN), dinamicamente aggiornato, 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 un'azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo diretta ai farmaci specialistici nelle aree di oncologia, ematologia, reumatologia (uso di biologici in artrite reumatoide e artrite psoriasica), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (biologici in psoriasi), neurologia (sclerosi multipla) e all'uso dei farmaci antineoplastici e farmaci derivati dagli anticorpi monoclonali per l'uso in diversi campi specialistici. In tutto l'anno 2012 è stata garantita continuità alle attività di CF-AVEN e di coordinamento con la 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 assegnati.
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).
Si rappresentano di seguito gli aspetti più significativi dell'attività di assistenza farmaceutica ospedaliera e dell'andamento dei consumi e della spesa per i farmaci nell'anno 2012.
Le principali categorie di farmaci che costituiscono una spesa pari all'85,4% della spesa totale sono: Antineoplastici ed Immunomodulatori, Antimicrobici e Farmaci del Sistema Sangue.

ATC	DESCRIZIONE	Unità 2012	Valore 2012	% sul valore totale	% cumulativa
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	279.029	14.853.084	44,3	44,3
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.732.161	9.771.320	29,1	73,4
B	Sangue e organi emopoietici	2.692.666	4.025.500	12,0	**85,4**

Di seguito si riporta il dettaglio per la categoria farmaci Antineoplastici e Immunomodulatori che ha fatto registrare nel 2012 un contenuto aumento della spesa di circa l'1% rispetto al 2011.

ATC L	Descrizione articolo	Unità 2012	Unità 2011	Valore 2012	Valore 2011
L01	Antineoplastici	156.570	158.035	7.985.843	8.221.820
L04	Immunosoppressivi	101.713	81.060	5.514.641	5.033.095
L03	Immunostimolanti	18.262	19.706	1.190.619	1.337.733
L02	Terapia endocrina	2.484	2.542	161.982	100.925
Totale		**279.029**	**261.343**	**14.853.084**	**14.693.573**

All'interno della macrocategoria "L", la categoria dei farmaci Immunosoppressivi L04 (tra i quali i farmaci di recente introduzione per il trattamento della psoriasi, artrite reumatoide, sclerosi multipla, morbo di Crohn) ha evidenziato un aumento di spesa pari a circa + 10% rispetto al 2011, controbilanciato dalla riduzione della spesa per la categoria L03 Immunostimolanti, come conseguenza dell'introduzione del biosimilare Filgrastim, ed L01 Antineoplastici, a cui ha contribuito la centralizzazione delle terapie oncologiche presso il Laboratorio UMaCA (Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) con la conseguente razionalizzazione degli utilizzi, delle scorte e dei residui dei farmaci.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai "Registri di monitoraggio AIFA" è stata sottoposta a un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione.
L'attento monitoraggio sulla corretta gestione del Registro AIFA per i farmaci oncologici sottoposti a regime di "rimborso economico" ha consentito di ottenere un recupero economico per l'anno 2012 pari a 492.503,18 € (iva inclusa).
Sono stati attivati ulteriori progetti di Farmacovigilanza attiva in ambito oncologico allo scopo di continuare a migliorare il monitoraggio degli aspetti di sicurezza nell'uso dei farmaci, portando a un aumento delle segnalazioni delle sospette reazioni avverse da farmaco pari al +75% (Δ % 2011 vs 2012) e contribuendo pertanto alle valutazioni del rapporto efficacia/sicurezza dei farmaci.

Rete delle Farmacie Oncologiche

Il Laboratorio Centralizzato di Farmacia Oncologica (UMaCA) nel corso del 2012 ha completato il progetto di arruolamento di tutte le terapie antiblastiche effettuate in Azienda registrando un'ulteriore espansione dell'attività sia in termini di numero totale di terapie allestite (oltre 50.000) e di pazienti presi in carico (oltre 2.000), sia in termini di analisi e predisposizione, in condivisione con i medici, di nuovi schemi terapeutici (+47%) 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 congiuntamente alla costante analisi dell'appropriatezza prescrittiva per singolo paziente.
In particolare si sottolineano la programmazione delle terapie secondo "drug day" per farmaci ad alto costo con l'obiettivo di razionalizzare i consumi e abbattere gli scarti di produzione e i relativi costi.

Governo dei Dispositivi Medici

La Commissione Aziendale sui Dispositivi Medici (CADM) ha consolidato la sua attività di analisi dei prodotti e di autorizzazione all'utilizzo in base alle evidenze scientifiche di efficacia e di sicurezza valutando la ricaduta gestionale e la sostenibilità economica; sono state condotte tutte le operazioni di anagrafica dei D.M. secondo la CND ed è stato completato il Repertorio Aziendale sui D.M. di competenza del Servizio di Farmacia con l'obiettivo di generare un flusso controllato e regolare sui consumi e spesa (flusso DiMe).
I documenti d'indirizzo relativi alle Medicazioni Avanzate, elaborati a livello regionale e aziendale, sono stati implementati, l'uso appropriato e l'andamento dei consumi è regolarmente monitorato.
L'attività gestionale sui D.M. ha concorso all'applicazione di tutte le tranche di gara ed alla prosecuzione del programma gare in unione d'acquisto.

Accreditamento

L'Azienda intende promuovere le attività per la qualità delle cure anche attraverso lo strumento dell'accreditamento istituzionale, in accordo con le deliberazioni e la programmazione effettuate dalla ASSR della Regione Emilia Romagna.

Risultati raggiunti
A seguito della deliberazione di nuovi requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture da parte della ASSR si è provveduto alla loro diffusione e alla programmazione delle attività di verifica dell'effettuazione dei necessari adeguamenti.
A completamento delle attività per il rinnovo dell'accreditamento è stata i pianificata e realizzata una visita di verifica interna al Dipartimento Cardio-nefro-polmonare, con la collaborazione dei valutatori interni e l'affiancamento dei nuovi valutatori formati nel corso regionale 2012.

Sono state avviate all'interno del Dipartimento Patologia e Medicina di Laboratorio le attività di valutazione dell'aderenza ai requisiti specifici per i Centri Trasfusionali e delle modalità di gestione dell'interfaccia del centro trasfusionale con il Centro di Raccolta sangue provinciale nel rispetto della normativa vigente.
Per rispondere a quanto previsto nuove indicazioni regionali "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie" (bozza maggio 2012) sono state programmate ed effettuate visite ispettive interne ai Dipartimenti Geriatrico Riabilitativo e Diagnostica per Immagine.
Sono state favorite e supportate le attività rivolte all'ottenimento dell'accreditamento professionale del Centro Emostasi afferente alla SC Medicina Interna a indirizzo Angiologico e Coagulativo del Dipartimento medico Polispecialistico, promosso dalla FCSA (Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e Sorveglianza terapie Antitrombotiche.
È proseguita l'attività di supporto all'accreditamento del Settore Formazione Aggiornamento per la stesura del Manuale di Accreditamento, per la revisione della procedura di "Gestione del processo della formazione e del processo di Educazione Continua in Medicina" e delle procedure correlate, sulla base dei requisiti (deliberati nel 2011) relativi alla Funzione di Provider e alla Funzione di governo Aziendale della Formazione Continua.
Tutte le attività sono state rese possibili anche dalla costante interfaccia con l'ASSR per gli aspetti di preparazione, conduzione e conclusione dei percorsi.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- A dicembre 2012 è stata affrontata, discussa e condivisa nel Collegio di Direzione la programmazione pluriennale delle attività e delle scadenze riguardanti l'invio delle domande di rinnovo di accreditamento per i dipartimenti e l'effettuazione delle visite ispettive interne.
- Presentazione di un manuale organizzativo comune per tutti i Dipartimenti dell'Azienda.
- Prosecuzione del rapporto con l'ASSR anche attraverso la partecipazione agli incontri periodici in sede regionale finalizzati alla trasmissione di informazioni, alla revisione di documentazione specifica, all'avvio di progetti, tra cui la strutturazione di una check list da sperimentare per la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Criticità rilevate

Il quadro normativo in continua evoluzione impone cambiamenti organizzativi importanti cui sono correlati investimenti sul piano della formazione e della gestione del personale.

Note o approfondimenti

Nel corso del 2012, la SSD Governo Clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento ha proseguito con il proprio contributo alla formazione sul tema della qualità e accreditamento all'interno degli incontri di formazione rivolti al personale neoassunto, programmati a livello aziendale, e ai corsi di laurea di Fisioterapia, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Master in management per le funzioni di coordinamento dell'Università degli Studi di Parma.

Percorsi specialistici

PDT Interaziendale: "Ipertensione Arteriosa Polmonare"

L'Ipertensione Polmonare è una patologia piuttosto rara con una prognosi infausta, in Italia dovrebbero essere presenti 1500-3000 pazienti con IAP, di cui 105-220 nella regione Emilia-Romagna, nella provincia di Parma circa 80-90 pazienti all'anno fanno riferimento all'ambulatorio IAP per screening e/o controlli, la cui diagnosi spesso non immediata, avviene nella maggior parte dei casi per esclusione. E' indispensabile, quindi, formalizzare le relazioni clinico-assistenziali tra il Territorio, l'Ospedale e tra le diverse competenze specialistiche, che prenderanno in carico il paziente e interverranno nelle varie fasi della diagnosi e del follow-up.

Risultati raggiunti

Nel giugno 2011 é stato attivato il Gruppo di Lavoro multidisciplinare e multiprofessionale dell'Ipertensione arteriosa polmonare (IAP), costituito da professionisti dell'AOU e dell'AUSL (cardiologi, cardiochirurghi, pneumologi, farmacisti, radiologi, reumatologi, medici delle cure primarie), per la costruzione di un PDTA 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'equipe

ospedaliera e tra ospedale e servizi territoriali.
Il PDT Interaziendale - "Ipertensione Arteriosa Polmonare" è iniziato nel giugno 2011, concluso e reso operativo nel luglio 2012, dopo l'emanazione delle ultime Linee Guida (luglio 2012).
Nella costruzione del percorso il gruppo di lavoro si è attenuto strettamente, pur con alcune modifiche legate alla situazione specifica della realtà locale, a quanto indicato dai documenti della RER "Il Trattamento della Ipertensione Arteriosa Polmonare e Scheda di prescrizione" (ottobre 2010); e il "Trattamento dell'Ipertensione Arteriosa Polmonare: percorso organizzativo e documento specialistico" (luglio 2012) e dalle Linee Guida: Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension (2009).
Il 27 settembre 2012 è stato organizzato un evento formativo per la presentazione del percorso a tutti gli operatori sanitari e inserito nell'intranet dell'AOU-PR.
INDICATORI DI PERCORSO

- % pazienti in terapia specifica sottoposti a cateterismo cardiaco destro
- % pazienti sottoposti a cateterismo cardiaco destro che sono stati valutati presso l'Ambulatorio di Ipertensione Arteriosa Polmonare

INDICATORI DI OUTCOME

- % pazienti in terapia che migliorano la capacità funzionale
- % pazienti che necessita di duplice terapia specifica
- % pazienti in terapia off label

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Dopo una prima fase di implementazione sarà eseguito un audit clinico a cura del Gruppo di Lavoro, finalizzato a monitorare il percorso per ottenere un continuo miglioramento dell'assistenza.	Sistema di monitoraggio da integrare ulteriormente con il sistema di valutazione aziendale

PDT Intraziendale: "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 nel maggio 2011 un gruppo di Lavoro Aziendale multidisciplinare e multiprofessionale costituito da professionisti dell'AOU (neurologi, medici di pronto soccorso e medicina d'urgenza, neuroradiologi) con il coinvolgimento del 118 per la redazione e condivisione del PDT Interaziendale La Prima Crisi Epilettica.

Risultati raggiunti
Le visite effettuate nel corso di un anno c/o il centro Epilessie dell'AOU-PR variano in media tra 1300 e 1500. Le cartelle dei casi depositate sono oltre 6000. Il bacino di utenza afferente riguarda oltre al parmense anche le province di Cremona, Mantova, La Spezia, Massa-Carrara.
Considerando solo il gruppo "prima crisi", in linea con i dati presenti in letteratura, vi è una prevalenza nel sesso maschile (59%) e l'età maggiormente rappresentata è quella sopra i 60 anni (56%). Tra le crisi sintomatiche le cause più frequentemente identificate sono state le patologie cerebrovascolari (42%) e quelle neoplastiche (15%).
Il gruppo ha affrontato la tematica Prima Crisi Epilettica nell'adulto e la stesura del percorso è stata conclusa nel novembre 2012.
Nella descrizione delle diverse fasi del PDT "La Prima Crisi Epilettica nell' Adulto", il gruppo di lavoro multidisciplinare si è attenuto strettamente, pur con alcune modifiche legate alla situazione specifica della realtà locale, a quanto indicato dal documento "Linee Guida per la Diagnosi e per la Terapia della Prima Crisi Epilettica", elaborato dal Gruppo di Studio per la Valutazione della Prima Crisi Epilettica della Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE).
La stesura di tali linee-guida è stata effettuata utilizzando le norme dettate dalla medicina basata sull'evidenza ("Evidence Based Medicine"). Con riferimento alla EBM, le diverse fasi del percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti con una prima crisi epilettica sono definite alla luce dei livelli di evidenza scientifica finora prodotti, che giustificano la forza delle raccomandazioni formulate nelle Linee Guida.
Il 6 dicembre 2012 è stato organizzato un evento formativo per la presentazione del percorso a tutti gli operatori sanitari per mettere in evidenza l'iter e la presa in carico del paziente e gli obiettivi che si intende perseguire.

Indicatori

- Ridurre il rischio di ritardata o errata diagnosi
- Contenere il numero di ricoveri inappropriati e garantire il successivo percorso ambulatoriale

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Il documento PDT La Prima Crisi Epilettica nell'Adulto è stato inserito	Sistema di monitoraggio da

nell'intranet dell'AOU-PR. Dopo una prima fase di implementazione sarà eseguito il monitoraggio di un set di indicatori e sarà costituto il Gruppo di Lavoro per la costruzione di un audit clinico per ottenere un continuo miglioramento dell'assistenza.	integrare ulteriormente con il sistema di valutazione aziendale

PDTA Intraziendale "Prevenzione e Trattamento dell'Osteonecrosi dei Mascellari correlato all'uso di Bifosfonati"

Nel maggio 2012, in linea con la Raccomandazione del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n. 10 "Raccomandazione per la prevenzione dell'Osteonecrosi della Mascella/Mandibola da Bifosfonati) è stato convocato un gruppo di Lavoro Aziendale multidisciplinare e multiprofessionale costituito da professionisti dell'AOU (odontoiatri,oncologi, internisti, ematologi, radiologi, chirurghi maxillo-facciali, anatomo-patologi, farmacisti) per la redazione e condivisione del PDTA interaziendale Intraziendale "Prevenzione e Trattamento dell'Osteonecrosi dei Mascellari correlato all'uso di Bifosfonati".

Risultati raggiunti

Fino a gennaio 2011 sono stati valutati in protocolli di screening odontostomatologico 537 pazienti, di cui 200 affetti da patologia non oncologica (osteoporosi, artrite reumatoide, malattia di Paget, eccetera) e 337 affetti da patologia oncologica o onco-ematologica (mieloma multiplo, metastasi ossee da carcinoma mammario, prostata, rene, polmone, eccetera).
Sulla base degli accessi degli ultimi 3 anni si calcola una media di 30 prestazioni settimanali rivolte a questa categoria di pazienti per un totale di circa 1200 accessi annuali.
Gli accessi provengono in maggioranza dalla provincia di Parma, per circa il 10% dalla regione Emilia-Romagna e circa il 10% da fuori regione.
Nella descrizione delle diverse fasi del PDTA, il gruppo di lavoro si è attenuto a quanto indicato dalla precitata Raccomandazione Ministeriale.
La stesura è stata effettuata utilizzando indicazioni di differenti Associazioni e Società scientifiche come nel caso del Consensus Group SIPMO (Società Italiana di Patologia e Medicina Orale) e SICMF (Società Italiana di Chirurgia Maxillo-Facciale) e delle Linee Guida AAOMS (American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons) con l'individuazione di diverse fasi nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dalla prevenzione al trattamento in pazienti positivi per terapia con bifosfonati pregressa o in corso.
Il PDTA "Prevenzione e Trattamento dell'Osteonecrosi dei Mascellari correlato all'uso di Bifosfonati" è stato iniziato nel maggio 2012, concluso e reso operativo nel novembre 2012.
Il PDTA Prevenzione e Trattamento dell'Osteonecrosi dei Mascellari correlato all'uso di Bifosfonati è stato inserito nell'intranet dell'AOU-PR.
L'AGENAS nel 2012 ha giudicato il Percorso Aziendale fatto dall'AOU di Parma come Buona Pratica.
Indicatori:

- prevenire l'osteonecrosi della mandibola (BRONJ) attuando interventi di bonifica dei foci infettivi orali al fine di iniziare la terapia con Bifosfonati (BF) in condizioni di salute orale (n° BRONJ/n° pazienti valutati pre BF prima e dopo l'attuazione del PDT),
- ridurre il rischio di ritardata o errata diagnosi, intercettando precocemente le BRONJ (Pazienti in Stage I) (n° BRONJ Stage I/n° pazienti BRONJ prima e dopo l'attuazione del PDT),
- instaurare efficaci protocolli terapeutici precoci e, laddove possibile, minimamente invasivi (pazienti guariti completamente o migliorati/pazienti trattati prima e dopo l'attuazione del PDT),
- non interrompere le cure oncologiche nei pazienti in terapia con bifosfonati IV che hanno la capacità di controllare bene il dolore osseo e di ridurre l'insorgenza di complicanze a carico dell'apparato scheletrico,
- rilevare e segnalare all'AIFA (mediante la Rete di Farmacovigilanza) i casi di BRONJ prima e dopo l'attuazione del PDT.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Dopo una prima fase di implementazione sarà eseguito il monitoraggio di un set di indicatori e sarà costituto il Gruppo di Lavoro per la costruzione di un audit clinico per ottenere un continuo miglioramento dell'assistenza.	Sistema di monitoraggio da integrare ulteriormente con il sistema di valutazione aziendale

Note o approfondimenti

Per il 13 aprile 2013 è stato organizzato un evento formativo per la presentazione del percorso a tutti gli operatori sanitari per mettere in evidenza l'iter, la presa in carico del paziente e gli obiettivi che si intendono perseguire. E' stato inserito nell'intranet dell'AOU-PR.

Programma Stroke Care

Le Aziende devono formalizzare l'assistenza al paziente con ictus in aree di degenza dedicate, in accordo alle indicazioni contenute nella D.G.R. n. 1720/2007, incrementare il numero di pazienti da assistere in tali aree e ultimare la definizione delle reti stroke provinciali (1° livello con telemedicina o centralizzazione diretta presso ospedali di 2-3 livello; 2 livello: trombolisi ev ; 3° livello : trombolisi ev, neuroradiologia, neurochirurgia, chirurgia vascolare h24/7 o reperibilità; trombolisi intraarteriosa, trombectomia meccanica, endoarteriectomia (in urgenza) ; stent extra-intra cranico; embolizzazione malformazioni arterovenose, aneurismi) - esplicitare le strategie di miglioramento dell'assistenza all'ictus inviando apposita relazione sui risultati dell'Audit Clinico-Organizzativo alla Commissione regionale Stroke Care; definire e applicare apposite misure atte a ridurre la mortalità intraospedaliera per ictus cerebrale e a ridurre il differenziale di mortalità fra dimessi dalla Stroke Unit verso i dimessi da altri reparti.

Risultati raggiunti

Gestione intra-ospedaliera del paziente con stroke

1. Consolidamento delle 2 aree di degenza dedicate allo stroke che attualmente dispongono complessivamente di 22 posti letto. Otto posti letto sono collocati nell'area stroke del Dipartimento di Neuroscienze (UU.OO. di Neurologia e Neurochirurgia), 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, trombectomia, stent extra-intra cranico, embolizzazione di MAV ed aneurismi). 14 posti letto sono collocati nella "SS Stroke" della Clinica Geriatrica per i pazienti di età superiore a 70-75 anni. Le due aree stroke ricoverano il 70% di tutti gli ictus di questo Ospedale. Dall'analisi dei dati è risultata una riduzione della mortalità e dei tempi di degenza per i pazienti ricoverati nelle 2 aree stroke rispetto a quelli ricoverati in reparti non dedicati.
2. La gestione intra-ospedaliera del paziente con stroke viene attuata nel rispetto delle indicazioni del PDT – Ictus Cerebrale aziendale. I dati del 2012 sono sostanzialmente sovrapponibili agli anni precedenti. L'analisi degli indicatori conferma l'esecuzione della TAC nel 100% dei pazienti che accedono con sospetto ictus al PS, il 70% dei pazienti viene correttamente allocato nelle due aree stroke, la valutazione fisiatrica entro 48 ore viene eseguita nel 90% dei pazienti, il 95% viene correttamente allocato alla dimissione, infine il 100% esegue la prima visita di follow up ad 1 mese dall'evento acuto.
3. Nel corso del 2012 l'attività ambulatoriale clinica, integrata con l'attività di diagnostica neurosonologica, è stata ulteriormente incrementata.
4. La rete stroke provinciale è ben avviata e prevede la centralizzazione del paziente con stroke principalmente presso l'Ospedale di Parma (3° livello), dove è possibile l'effettuazione della trombolisi ev e di ogni tipo di procedura endovascolare. Per quest'ultima attività, l'Azienda accoglie pazienti provenienti anche dagli Ospedali delle limitrofe provincie di Piacenza e Reggio Emilia. Con la recente attivazione delle nuove sale angiografiche si prevede un sensibile incremento dell'attività endovascolare.
5. Relazione alla Commissione Regionale Stroke Care.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Revisione del protocollo delle procedure di trombolisi ev ed endovascolare sulla base delle recenti LG, in particolare per quel che riguarda l'ampiamento della finestra terapeutica ed i criteri di inclusione-esclusione al trattamento.
- Realizzazione di un team di esperti in stroke in pronta attivazione (pronto TIA-Stroke).
- Attuazione di misure di intervento, soprattutto sul PS, per favorire la corretta allocazione del paziente con stroke, in particolare verso l'area stroke geriatrica.
- Attivazione Progetto EROI - Educazione e Ritardo di Ospedalizzazione per Ictus, finanziato dalla Regione Emilia Romagna, con la partecipazione delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord. Uno degli obiettivi principali dello studio è la riduzione del ritardo di ospedalizzazione che dovrebbe favorire l'incremento delle procedure di trombolisi.
- Progetto CCM 2010 - "La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione.

Criticità rilevate

Necessità di mantenere un appropriato potenziamento di professionalità e attrezzature in linea con la crescita della richiesta.

Pronto Soccorso

Le Aziende devono realizzare gli obiettivi previsti dalla D.G.R. n. 1184/2010 "linee guida sulla funzione di triage" al fine di migliorare la gestione del flusso di lavoro di Pronto Soccorso.
Le Aziende devono inoltre:

- sistematizzare e classificare le attività di Pronto Soccorso – Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Medicina d'Urgenza in relazione al numero di accessi e al volume di dimessi dagli Ospedali per Acuti al fine di definire delle reti provinciali;
- migliorare i tempi di processazione e garantire tempi medi di attesa in PS non superiori alle 6 ore per tutti gli accessi;
- attivare la funzione di Bed Management in accordo alle indicazioni della Commissione regionale CREU tutelando la necessità dei ricoveri urgenti da PS;
- analizzare le criticità dell'utilizzo della codifica delle diagnosi in uscita da PS e OBI al fine di monitorare le patologie che maggiormente ricorrono al Pronto Soccorso.

Risultati raggiunti

Nel 2012, al fine di migliorare il percorso del paziente che accede in urgenza, sono state poste in essere delle azioni che hanno coinvolto direttamente l'U.O. di Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza che tutte le UUOO di area internistica. In particolare:

- nel mese di Marzo 2012 è stata attivata la funzione di Osservazione Breve Intensiva, dotata di 14 posti letto, dedicata all'inquadramento diagnostico-terapeutico di casi che, a seguito di accesso in urgenza dal Pronto Soccorso, restano in osservazione per un arco temporale di breve durata ma compatibile e sufficiente per un inquadramento clinico appropriato, al fine della dimissione o di successivo ricovero in degenza ordinaria;
- nel mese di Aprile del 2012 è stata formalmente attivata la funzione del Punto Bianco all'interno dell'area ospedaliera dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Tale attivazione è coerente con le indicazioni regionali in tema di integrazione Ospedale-Territorio e di appropriatezza nell'utilizzo del PS;
- gli accessi del PS nel 2012 sono stati n. 88438 (+2,88 % rispetto al 2011 – fonte dati: database interno) con tempi medi di processazione in linea con la media regionale. Il tempo di attesa in PS per successivo ricovero notoriamente è fortemente dipendente dalla variabilità della pressione della domanda. Si sono, a quest'ultimo riguardo, ottenuti sostanziali miglioramenti dalla qualificazione dei percorsi diagnostici di laboratorio e di radiologia supportati dalla introduzione di nuove metodiche (es. troponine ultrasensibili) e dal progresso della informatizzazione della rete. Il continuo confronto tra professionisti delle diverse discipline avvenuto durante il 2012, anche nel contesto di convegni e corsi di aggiornamento, ha permesso di creare e standardizzare un network operativo continuamente in grado di rispondere alle esigenze di approccio al paziente in emergenza/urgenza. Lo sviluppo delle tecniche di radiologia e di neuroradiologia interventistica ha permesso di portare a meno di sei ore i tempi di intervento per patologie, di prevalente etiologia vascolare, necessitanti di approccio endoscopico radiologico. Contestualmente il protocollo ictus viene applicato in tutti i casi necessitanti con tempi di intervento e presa in carico del paziente per terapia antitrombotica entro tre ore dall'accesso in PS. Tra le aree operative interne al Pronto Soccorso quella dei codici rossi costituisce, per il carattere intensivo delle attività ivi espletate, l'area ove la permanenza del paziente viene puntualmente valutata al fine di garantirne, dopo la iniziale stabilizzazione delle funzioni vitali, il successivo trasferimento presso le unità operative di pertinenza.
- È stato effettuato un monitoraggio delle patologie che nel 2012 più frequentemente hanno necessitato di un accesso a Pronto Soccorso. Particolare attenzione è stata posta ai percorsi delle patologie a carattere respiratorio e cardiovascolare per le loro specifiche peculiarità; le prime per la necessità di supporto ventilatorio di tipo non invasivo di cui alcune unità operative sono dotate, tra cui la Medicina d'Urgenza, e le seconde per le procedure interventistiche emodinamiche cui sono spesso correlate.
- È stato condotto nel 2012 uno studio propedeutico, che ha visto coinvolti il Pronto Soccorso e tutte le Unità Operative di area internistica, volto alla definizione di percorsi organizzativi congrui ad evidenziare e rispondere alle necessità cliniche nella processazione dei pazienti e in grado di poter garantire le necessità di posti letto in occasione di iperafflusso notturno, festivo e prefestivo. Tale studio, supportato dalla elaborazione di un apposito software atto ad aiutare i sanitari di ogni UO internistica a registrare per singolo paziente le variazioni di condizioni cliniche tali da permetterne di prevederne la dimissione e la conseguente disponibilità del posto letto, ha consentito nel 2012 di individuare archi temporali settimanali e fasce orarie di particolare criticità cui rispondere con iniziative di carattere organizzativo. A tal proposito, nel 2012 sono stati attivati presso la UO di Lungodegenza Critica c/o Padiglione Barbieri (14 pl) e presso la Clinica Medica (5pl) posti letto internistici per acuti "dedicati alle necessità di ricovero da PS" la cui attivazione è immediatamente

operativa durante specifici periodi della settimana a seguito di valutazioni contingenti di bisogno poste in essere dalla Direzione Sanitaria sulla scorta dei dati epidemiologici di andamento degli accessi in PS e delle conseguenti necessità di ricovero. L'attivazione dei posti letto disponibili nelle due citate UUOO non può essere concomitante per entrambe ma caratterizza per ciascuna uno specifico arco temporale della settimana entro range dinamicamente crescenti in relazione al bisogno fino al tetto dei posti letto disponibili per tale funzione, come sopra riportati. Tale studio e le azioni poste in essere nel 2012 sono stati propedeutici alla definizione della funzione di bed management da sviluppare nel 2013. Quest'ultima dovrà garantire il superamento delle attuali criticità correlate alla separatezza strutturale e funzionale delle varie componenti delle aree internistiche e chirurgiche dando corpo ad un inquadramento omogeneo delle risorse disponibili per ciascuna delle due succitate aree con conseguente più appropriato utilizzo delle stesse.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Per il 2013 l'Azienda conta, inoltre, di perseguire una sempre più capillare azione di monitoraggio delle situazioni organizzative che, per determinate e prevalenti condizioni di patologia, anche in riferimento al target di popolazione, necessitano di interventi rapidi e mirati al fine di garantire la risposta ospedaliera in regime di emergenza-urgenza. Tra queste le patologie dell'apparato respiratorio e dell'apparato cardiovascolare continuano a rivestire carattere prioritario per il complesso di supporti tecnico-impiantistici che ne presuppongono il corretto trattamento. Elementi di miglioramento, a riguardo, deriveranno anche da una riorganizzazione delle aree internistiche con una più chiara individuazione ed allocazione logistica delle aree a funzione specialistica all'interno del complessivo riassetto dei posti letto dell'ospedale per intensità di cure.	

Sistema delle cure in area critica

Le aziende devono: assicurare la centralizzazione dei pazienti con trauma maggiore (ISS > 15) presso le tre sedi Hub, e comunque per i politraumi complessi e/o instabili, le gravi cerebrolesioni e le gravi mielolesioni traumatiche e non traumatiche, garantire il funzionamento in rete delle terapie intensive in ambito di ciascun SIAT al fine di migliorare i percorsi clinico-assistenziali, ridurre la degenza in terapia intensiva in funzione del trasferimento precoce presso le rispettive sedi per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite e delle gravi mielolesioni e/o verso le terapie intensive dei rispettivi SIAT; promuovere la formazione sul trauma maggiore e garantire l'assolvimento del debito informativo verso i rispettivi registri sul trauma maggiore e sulla riabilitazione delle gravi cerebrolesioni e delle gravi mielolesioni.

Risultati raggiunti

Nel 2012 nella Rianimazione dell'AOU di Parma sono stati ricoverati 171 pazienti con diagnosi di trauma, con ISS medio (*Injury Severity Score,* un punteggio che valuta la gravità del trauma) di 26,4±13,6 e con età media di 50±22. Di questi, 30 pazienti sono stati trasferiti da altri ospedali.

Bologna	2	Piacenza	16
Lombardia	2	Modena	1
Fidenza	5	Reggio Emilia	4

Nel 2012 la commissione SIAT, sulla base dei dati del SIAT Emilia Occidentale dal 2007 al 2010, ha valutato la possibilità e l'opportunità di avere una maggiore centralizzazione sull'Hub, come richiesto dalla Commissione Tecnica Regionale.

Gli elementi emersi sono stati una riduzione dell'incidenza di traumi gravi e un consolidamento dell'attività neurochirurgia nel SIAT Emilia Occidentale c/o l'ospedale di Reggio Emilia. Pertanto la Commissione SIAT ha ritenuto che al momento il sistema non necessiti di modifiche sulla base degli outcome ottenuti. Per una maggiore centralizzazione sull'Hub, sono necessarie valutazioni inerenti le disponibilità di risorse, in quanto ciò comporterebbe un accesso di circa 70 pazienti all'anno in più presso la Terapia Intensiva dell'Hub. Sono altresì state identificate due condizioni in cui la centralizzazione potrebbe essere ottimizzata:

1. pazienti che necessitano di chirurgie specialistiche, quali la Maxillo-Facciale;
2. pazienti soccorsi da mezzi su gomma nelle zone della provincia di Piacenza al confine con quella di Parma (es. Fiorenzuola), per evitare un passaggio inutile c/o l'ospedale di Piacenza.

Per quanto riguarda la centralizzazione dei pazienti con gravi cerebrolesioni, nel 2012 nella Rianimazione dell'AOU, sono stati ricoverati 101 pazienti con cerebrolesione acquisita non traumatica

per causa emorragica o ischemica (età media 60±14, SAPS 44±20). Di questi, 26 pazienti sono stati trasferiti da altri ospedali (Piacenza 11, Reggio 11, 3 da Borgotaro-Fidenza).
Anche nel 2012 è stato garantito il funzionamento in rete delle terapie intensive nell'ambito del SIAT Emilia Occidentale, mediante il trasferimento dalla Terapia Intensiva Hub alle TI Spoke di 33 pazienti con traumi o cerebro lesioni.

Traumi trasferiti dalla TI Hub presso TI Spoke	
Piacenza	8
Montecatone	2
Milano	1
Guastalla	1
Fidenza	2
Castel San Giovanni	4
Reggio Emilia	2
Altro	3

Cerebrolesioni trasferite dalla TI Hub presso TI Spoke	
Brescia	1
Guastalla	1
Piacenza	5
Reggio Emilia	3

La degenza media dei pazienti con trauma in TI è di 9 gg, per le cerebro lesioni 11gg.

Nel 2012 sono stati effettuati i seguenti eventi formativi interni all'Azienda:
- Trauma cranico grave: audit multidisciplinare e revisione della letteratura.
- Packing pelvico extra-peritoneale: 2 eventi per la presentazione della procedura.
- IL TRAUMA PEDIATRICO: triage preospedaliero, criteri di centralizzazione e percorsi diagnostico terapeutici.
- Trauma complesso degli arti.

Prosegue inoltre la collaborazione dei Centri Hub nell'organizzazione degli eventi Trauma Update, che ogni anno vengono organizzati a Bologna (evento principale) e nelle sedi regionali Hub, oltre che nei Centri Traumi nazionali quali Milano (Niguarda) e Roma (San Camillo).
Per quanto riguarda il debito informativo verso la Regione, viene compilato il registro traumi gravi per pazienti ricoverati presso la Rianimazione. Trimestralmente il Servizio Informativo Aziendale, dopo la verifica da parte di un medico preposto dell'Anestesia e Rianimazione 1 della completezza dei dati, invia in Regione le informazioni raccolte secondo le procedure concordate e nel rispetto della privacy.
Per l'anno 2012 sono stati inseriti anche i dati relativi ai pazienti con accesso in PS della nostra Azienda con codice rosso per causa traumatica, ricoverati in altri reparti dell'AOU (non TI) e con ISS > 15.

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 nella centralizzazione delle funzioni di acquisto a livello di Area Vasta e nell'incremento delle gare centralizzate. 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

- Nel 2012 si è consolidata la funzione del Dipartimento Interaziendale Acquisti a livello di Area Vasta ed è stata sviluppata la sua mission da funzionale a gestionale, per meglio rispondere alle esigenze di avere un unico centro di acquisto a livello di Area Vasta.
  Il progetto per il passaggio del DIA da funzionale a gestionale è stato concluso alla fine del 2012 e ne verrà data attuazione operativa all'interno delle aziende entro il 2013.
  Il DIA ha coordinato le attività di applicazione della spending review all'interno delle 7 aziende aderenti, attraverso incontri con più di 200 ditte fornitrici per la contrattazione di una riduzione dei prezzi di beni e servizi.
- 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 indizione e valutazione della fornitura di protesi ortopediche, di interesse strategico a livello regionale. Sono state concluse nel 2012 36 gare aggregate per € 67.210.845,37 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 avviate, in collaborazione con il Settore alberghiero, sperimentazioni nel controllo di qualità del servizio pulizie.

- Il settore di Coordinamento delle acquisizioni dei beni di investimento ha strutturato l'integrazione degli acquisti di lavori, attrezzature ed arredi, sviluppando l'utilizzo, nel campo dei lavori, delle gare telematiche.
- La costante attività di monitoraggio della spesa relativa ai beni sanitari, pur nel massimo rispetto della qualità, ha consentito per il 2012, pur in presenza di significative riduzioni di finanziamento legate all'applicazione delle leggi di c.d. spending review, il rispetto delle previsioni di bilancio.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Il servizio approvvigionamenti è stato complessivamente riorganizzato nel settore dispositivi medici e magazzino economale per meglio rispondere alle esigenze interne ed in prospettiva dell'attivazione, il prossimo anno, del magazzino AVEN. E' stato ottimizzato il percorso di controllo ordini attraverso la creazione di un apposito ufficio ordini e solleciti, che è divenuto riferimento prioritario per l'utenza interna. Si stanno sviluppando percorsi per ottimizzare la gestione dei contratti di conto deposito.	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 ha completato nel 2012 un nuovo sistema di monitoraggio della tempistica, prevedendo una durata standard delle procedure, legata alla loro complessità, che, a partire dal 2013, rappresenterà un importante riferimento per tutti i professionisti amministrativi e sanitari coinvolti nei processi di approvvigionamento.

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:

- Al fine di supportare la diffusione dell'utilizzo della firma digitale si è proceduto con la definizione del disciplinare tecnico che regola la funzione di conservazione sostitutiva dei documenti sanitari.
- Al fine di implementare il sistema di ricetta elettronica si è proseguito nel progetto del sistema gestionale della specialistica ambulatoriale nel quale viene identificato lo strumento di prescrizione elettronica.
- L'obiettivo di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito è stato perseguito attivando ai dipendenti aziendali ulteriori fascicoli e rendendo prenotabile nella piattaforma CUPWEB un set di prestazioni condivise con l'azienda territoriale.
- Al fine di potenziare lo scambio elettronico di informazioni versate alla rete Sole nel corso del 2012 si è dato avvio all'uso del sistema di gestione della specialistica ambulatoriale nel Dipartimento Geriatrico – Riabilitativo con la conseguente spedizione dei referti di specialistica alla piattaforma SOLE.
  Nel contesto del sistema informativo di Anatomia Patologica si è dato inizio, coerentemente con i lavori del gruppo regionale, alla revisione delle funzionalità tecnologiche dello stesso per permettere il successivo l'invio alla piattaforma SOLE dello stesso referto.
  I volumi possono essere di seguito riassunti:

Documento	Volumi 2011	Volumi 2012
Pronto Soccorso	24.648	62.597
Laboratorio	72.571	81.060
Radiologia	7.034	65.497
Specialistica	0	55
Evento ricovero	9.694	16.321
Evento dimissione	9.684	15.303
Lettera di Dimissione	233	1.584

Si ritiene inoltre significativo riportare alcuni dei progetti realizzati anche per l'integrazione dei sistemi informatici aziendali con le realtà esterne:

- Analisi e definizione delle modalità di integrazione dei sistemi di gestione delle degenze e del pronto soccorso con il sistema SOLE per la ricezione del profilo sanitario sintetico (c.d. "Patient Summary");
- implementazione dell'integrazione dei sistemi di gestione delle degenze e del pronto soccorso per la disposizione del ricovero informatizzata;
- avvio della spedizione degli eventi relativi alle liste d'attesa alla piattaforma regionale per la realizzazione del progetto SIGLA;
- nel contesto dell'implementazione della rete delle farmacie oncologiche si è supportato il completamento della centralizzazione delle attività di allestimento delle terapie oncologiche aziendali.

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 svolte per consolidare la qualità dei flussi PS-118 e DIME e la migrazione verso il sistema regionale di registrazione dei ricettari (in ottemperanza al progetto ARMP).

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

Innovazione dei processi di cura: progetto riorganizzazione per intensità di cure in Ortopedia

Rileggere e ridefinire i processi di cura

Gli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale sono l'orizzonte strategico per le azioni da sviluppare, in un contesto nel quale è necessario perseguire gli obiettivi di salute e rispondere ai bisogni emergenti con una disponibilità di risorse che non incrementa con le dinamiche con cui incrementano i costi di fattori produttivi rilevanti.
Diventa perciò imperativo rileggere e ridefinire i processi di cura e modificare la struttura dell'offerta, affinché sia rafforzato l'orientamento ai risultati di salute, la continuità della presa in carico, la valorizzazione di tutte le competenze professionali che interagiscono nella gestione del processo di cura:

- in ospedale (H per intensità di cura, aree di degenza integrate tra diverse specialità, presa in carico e continuità delle cure, gestione dei processi e percorsi di cura, centralizzazione/prossimità delle prestazioni e delle strutture di erogazione);
- nelle cure primarie (gestione integrata delle patologie croniche, percorsi diagnostici e di follow-up strutturati per le patologie oncologiche, strutturazione delle attività nelle Case della salute);
- nella salute mentale (garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per le persone con sofferenza psichica, dipendenze patologiche, e supporto alle loro famiglie);
- nei servizi per la non autosufficienza (rafforzamento dell'integrazione delle reti formali e informali per la cura delle persone non autosufficienti, prevenzione della non autosufficienza e supporto alle risorse delle persone al fine di rallentare la progressione del processo di non autosufficienza).

Risultati raggiunti

Progetto "Riorganizzazione per intensità di cure dell'attività specialistica di ortopedia"

Nel 2012 è stato predisposto il progetto di riorganizzazione in ambito ortopedico, che mira a garantire un'assistenza continua basata sulle reali necessità dei pazienti, attraverso la ridefinizione dei processi di cura e delle competenze multiprofessionali e multidisciplinari necessarie. Il progetto prevede due grandi aree di specialità ortopedica, quella dell'urgenza traumatologica (area traumatologica) e quella dedicata all'elezione (area di chirurgia elettiva), in cui i professionisti dei diversi settori (*chirurgia arto superiore* e *chirurgia arto inferiore*), pur appartenendo a strutture organizzative diverse, di fatto costituiscono équipe integrate per settore clinico che si alternano nelle due aree sopra citate. Questo tipo di organizzazione ha l'obiettivo di migliorare la risposta agli interventi chirurgici in elezione e ridurre i tempi di attesa di intervento sui pazienti traumatizzati, con miglioramento dell'offerta assistenziale e ottimizzazione delle risorse disponibili.
L'**area traumatologica** tratta sia le urgenze inviate da Pronto Soccorso sia quelle inviate da altre strutture all'interno dell'ospedale, per le quali svolge anche attività di consulenza. Ha un coordinatore organizzativo medico che svolge attività di supervisione dell'intero percorso assistenziale dei pazienti

traumatizzati, attivazione del trauma team nei casi di politraumatizzati o fratture complesse (bacino), definisce regole standardizzate e condivise relativamente alla gestione delle urgenze, con definizione delle priorità sulla base di criteri clinici e non esclusivamente temporali.
L'**area di chirurgia elettiva** è deputata all'attività programmata, attuata sulla base dei criteri clinici e priorità delle patologie trattate. Le degenze dell'attività elettiva sono organizzate, dal punto di vista assistenziale, per intensità di cura (media e bassa intensità).
A livello dell'attività ambulatoriale, da cui deriva l'attività chirurgica elettiva, vengono definiti percorsi specialistici a seconda delle sedi anatomiche interessate, ovvero nell'ambito della *chirurgia dell'arto superiore*, il *percorso della spalla* e *il percorso del gomito-polso-mano*, nell'ambito della *chirurgia arto inferiore*, il *percorso dell'anca, il percorso del ginocchio* e *il percorso di caviglia-piede.*

Risultati raggiunti nel 2012
Sono stati attivati i gruppi di lavoro multidisciplinari per la costruzione e il monitoraggio del progetto.
Nell'ottobre del 2012 il progetto è stato presentato nel Workshop Aziendale "L'ospedale organizzato per intensità di cura e complessità assistenziale: il progetto di modernizzazione parte dall'Ortopedia".
Alla fine del 2012 sono stati predisposti i percorsi specialistici ortopedici suddivisi per sede anatomica, con equipe specifiche dedicate.

Interventi in fase di sviluppo o in corso
Nei primi mesi del 2013 è stata separata l'attività ortopedica urgente da quella elettiva, con predisposizione di due distinte aree di degenza ortopediche per ciascuna attività.
Le degenze delle due aree di attività ortopedica (area traumatologica e area di chirurgia elettiva), sono collocate nel medesimo padiglione (Ortopedia), in due piani contigui e sono organizzate per intensità di cure: ad alta intensità la degenza dell'area traumatologica, a media e a bassa intensità la degenza dell'area di attività elettiva.
Nell'area di chirurgia elettiva è stata predisposta una sezione di week-surgery, con chiusura prevista al sabato mattina.

Criticità rilevate
In un momento di difficoltà come quello attuale, che richiede da parte degli operatori sanitari un incremento dell'impegno lavorativo, il cambiamento organizzativo previsto dal progetto indubitabilmente richiede uno sforzo culturale e operativo da parte di tutto il personale coinvolto. Ciononostante, tutti gli operatori, medici e assistenziali, stanno rispondendo con impegno, serietà e con la consapevolezza dell'importanza del progetto stesso.

Note o approfondimenti
Nel prossimo periodo potranno essere monitorati e valutati gli indicatori di processo e di attività previsti dal progetto.

Sistema delle cure in Ortopedia

Le Aziende devono realizzare gli obiettivi previsti dalla D.G.R. n. 608/2009 "Accordo Regione Emilia-Romagna – IRCCS IOR di Bologna in accordo alle indicazioni della Commissione Ortopedica regionale" e pertanto devono definire e strutturare le reti cliniche dell'ortopedia oncologia e pediatrica, della chirurgia vertebrale; revisione e sostituzione di protesi e terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee e sulla chirurgia del piede.
Le Aziende devono, in particolare per i pazienti con Fratture di Femore, mettere in atto iniziative volte a incrementare la percentuale di interventi chirurgici per la correzione di frattura di femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione (media regionale calcolata per i residenti di età superiore a 65 anni = 44%) e promuovere l'adozione del modello ortogeriatrico nel corso dell'assistenza ospedaliera di tali pazienti.
Le Aziende devono inoltre promuovere le raccomandazioni sulla segnalazione di incidente da parte dei chirurghi ortopedici, con la collaborazione del Referente Aziendale per la Vigilanza sui Dispositivi Medici, al fabbricante di tutte le revisioni che hanno coinvolto i dispositivi oggetto di richiamo volontario (in conformità a quanto chiarito dal Ministero della Salute con propria nota prot. DGFDM 0036829-P-07/09/2011).
Le Aziende devono inoltre aumentare la completezza del debito informativo verso il Registro regionale Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO).

Risultati raggiunti
Fratture di Femore
Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana, che prevedono un trattamento di tipo chirurgico; la letteratura internazionale ha evidenziato come tanto

più breve è l'attesa di intervento chirurgico tanto minori sono le complicanze post-operatorie ed una maggiore efficacia della fase riabilitativa. Pertanto il tempo d'attesa per l'intervento di frattura del femore entro le 48 ore è un indicatore qualitativo indiretto della gestione clinica e della presa in carico del paziente. La nostra Azienda per il 2012 presenta un valore dell'indicatore pari al 48% di tutti i casi di età > 18aa, percentuale in flessione (-8%, pari a 7 casi in meno) rispetto all'anno precedente.
Il progetto di riorganizzazione delle attività ortopediche per intensità di cure, già descritto nella scheda precedente, ha tra gli obiettivi più importanti la riduzione dei tempi di intervento chirurgico nei pazienti traumatizzati, in particolare, dei pazienti trattati per fratture di femore.
Un altro progetto già definito e in corso di attivazione riguarda l'Ortogeriatria, che comporta un intervento multiprofessionale e multidisciplinare, che consente non solo di cogliere i bisogni e i problemi del paziente, ma anche di descrivere le sue traiettorie funzionali e mentali e il processo di recupero funzionale. Il progetto implica la presenza giornaliera nelle degenze ortopediche di un medico Geriatra, che, mediante l'approccio della valutazione multidimensionale geriatrica (VMS), con il supporto anche di altri specialisti, si occupa di gestire le problematiche di tipo geriatrico- internistico dei pazienti ortopedici.
Il progetto si completa con la possibilità di dedicare una piccola sezione dedicata all'Ortogeriatria nelle degenze geriatriche.

Vigilanza Dispositivi Medici

Nel 2011 sono stati nominati i referenti aziendali della Vigilanza (RAV) sui DM, inoltre è stata predisposta, su indicazione regionale, la procedura riguardante la Dispositivo-Vigilanza, che è stata diffusa a tutti gli operatori aziendali. Nel 2012 la stessa procedura è stata aggiornata con le ulteriori indicazioni regionali in merito all'utilizzo di campioni gratuiti di Dispositivi Medici di classe I, IIA e IIB e classe III.

Registro RIPO

Nel 2012, come negli anni precedenti, l'AOU ha regolarmente alimentato il flusso verso il Registro regionale di Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO), mediante l'invio di schede di rilevamento delle attività di implantologia ortopedica ai responsabili regionali del flusso.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Nel 2013 è in corso di attivazione il progetto per intensità di cure in ortopedia (di cui alla scheda precedente). Inoltre è stato completato il progetto di Ortogeriatria con l'attivazione dei posti letto dedicati nella degenza della Geriatria. Si prevede infine un evento formativo specifico sulla dispositivo-vigilanza in sala operatoria.	Si veda la scheda precedente.

Ematologia e Trapianti di midollo osseo

Il Centro Trapianti Midollo Osseo (CTMO) della struttura complessa di Ematologia fa parte del Gruppo Italiano (GITMO) e di quello Europeo dei trapianti (EBMT). In questo Centro si eseguono sia trapianti dallo stesso paziente (trapianto autologo) che da donatore (trapianto allogenico). In questo ultimo caso, il donatore è un familiare o perfettamente compatibile o anche solo parzialmente compatibile (cosiddetto, trapianto aploidentico o semi-compatibile). Il trapianto viene eseguito utilizzando cellule staminali prelevate dal midollo osseo o mobilizzate nel sangue periferico oppure ottenute da unità di sangue cordonale.
Il Centro partecipa inoltre al prelievo di midollo osseo da donatori volontari nell'ambito dell'attività nazionale coordinata dall'Italian Bone Marrow Donor Registry (IBMDR).
Nel corso dell'anno 2012 sono stati effettuati 25 trapianti totali, di cui 11 trapianti autologhi (3 doppi) e 14 trapianti allogenici. Tra questi ultimi, 7 da donatore compatibile e 7 da donatore semi-compatibile. Questo tipo di trapianto è oggi una realtà clinica che consente di prospettare e poi di effettuare il trapianto a tutti i pazienti indipendentemente dalla disponibilità di un donatore perfettamente compatibile e senza attendere mesi per la ricerca di un donatore non famigliare da reperire nell'ambito delle banche di donatori volontari. Per il trapianto semi-compatibile, ancora oggi effettuato in pochi centri sia nazionali che esteri, sono state impiegate tecnologie di avanguardia sia per la preparazione del paziente che per la manipolazione delle cellule staminali del donatore, con l'obiettivo di rendere meno aggressive e controllabili le reazioni immunologiche che caratterizzano i trapianti non perfettamente compatibili, vale a dire la reazione di rigetto e quella ancora più temibile del trapianto contro il ricevente (la Graft-vs-Host Disease). Questa innovativa metodologia si basa essenzialmente sui seguenti punti:

- impiego di un protocollo di preparazione al trapianto, noto come regime di condizionamento, in grado di sopprimere la capacità immunitaria del ricevente (effetto anti-rigetto) e al contempo di distruggere il midollo osseo malato del paziente (effetto anti-tumorale);
- infusione di una dose elevata di cellule staminali del sangue periferico dopo manipolazione in laboratorio (selezione delle cellule staminali ematopoietiche), allo scopo di eliminare le cellule (i linfociti T) responsabili della GvHD e, al contempo, di conservare quelle popolazioni cellulari T in grado di riconoscere ed eliminare le cellule leucemiche (linfociti gamma/delta e cellule Natural Killer).

Per quanto concerne le indicazioni, i pazienti sottoposti a trapianto autologo erano affetti da Mieloma Multiplo, mentre quelli sottoposti a trapianto allogenico erano affetti da Leucemia Acuta Mieloide (6 casi), Leucemia Acuta Linfoide (3 casi), Linfoma di Hodgkin (2 casi) e malattie rare nei restanti casi. I risultati in termine di guarigione variano, come in ogni tipo di trapianto di midollo, a seconda della malattia e della fase della malattia al momento del trapianto. Per pazienti in fase terminale la percentuale di guarigione rimane intorno al 10-20%, mentre per i pazienti trapiantati in fase più precoce e, possibilmente in remissione, si ottengono guarigioni anche del 60-70%.

Rete malattie rare

Le Aziende Sanitarie debbono proseguire lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di presa in carico delle malattie rare attraverso l'accoglienza dei pazienti con accesso agevolato, la presa in carico globale all'interno delle Unità Operative autorizzate per patologia anche con attivazione di day service e l'utilizzo del Sistema Informativo per le malattie rare.
In particolare è compito delle Aziende monitorare e potenziare le reti Hub & Spoke relative alle malattie emorragiche congenite, talassemia e anemie emolitiche ereditarie, glicogenosi, sindrome di Marfan, malattie rare scheletriche, malattie rare pediatriche e malattie metaboliche ereditarie.

Risultati raggiunti
L'Azienda ha proseguito le attività previste per l'implementazione della Rete delle Malattie Rare sia per le funzioni Hub (emofilia e malattie emorragiche congenite), sia per le funzioni Spoke (tra cui talassemia e anemie emolitiche ereditarie), così come previsto dal modello regionale per le Malattie Rare. In particolare, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha effettuato un aggiornamento dei Centri Autorizzati per la diagnosi e la cura delle malattie rare; in aggiunta, ha effettuato una ricognizione interna delle strutture aziendali in possesso dei necessari requisiti clinici (numero di casi trattati/anno) e organizzativi per essere individuate quali Centri Autorizzati in quest'ambito, sollecitandone le candidature. Nel 2012 è continuata l'attività di informatizzazione dei Piani Terapeutici Personalizzati, inclusa nella rete regionale per le malattie rare. Infine, l'AOU ha aderito alla rete riguardante le malattie rare pediatriche, mediante l'individuazione dei referenti aziendali specifici.
Per quanto riguarda l'attività di Genetica Medica inerente le malattie rare, nel 2012 è stata ampliata la ricerca del fattore VII nell'ambito della ricerca dei geni delle malattie ereditarie. E' inoltre iniziata con il Centro Hub di Bologna per la Sindrome di Marfan la collaborazione per la diagnostica di tale patologia rara. Infine, è stata incrementata la diagnostica prenatale per NF1 (Neurofibromatosi).

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Trasferimento del sequenziamento di alcune malattie ad elevata complessità diagnostica su piattaforme avanzate con riduzione dei tempi e dei costi. Inserimento nel servizio di nuove patologie (APKD1, Fabry's disease).	Da migliorare la logistica e la rete informatica.

Processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa

Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa

Risultati raggiunti
Negli ultimi anni l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha prestato molta attenzione a questo tema della polipatologia e della fragilità, prospettando soluzioni innovative, in una logica di programmazione territoriale provinciale che ha trovato la sua massima espressione nei documenti del

Piano Attuativo Locale del 1° e del 2° triennio (PAL 2005-2007 e 2009-2011). Le progettazioni più significative sono state realizzate nel DAI Geriatrico-Riabilitativo. In estrema sintesi le azioni più importanti già attuate e/o completate nel 2012 sono le seguenti:

1. afferenza di tutte le Unità Operative di Geriatria, Riabilitazione e Lungodegenza all'interno di un unico Dipartimento ad Attività Integrata (DAI Geriatrico-Riabilitativo);
2. collocazione fisica di gran parte dei letti di competenza geriatrica, riabilitativa e lungodegenziale all'interno di un'unica struttura (padiglione Barbieri);
3. attivazione del percorso *Stroke Unit* con letti dedicati all'interno delle U.O. Clinica Geriatrica e Medicina Riabilitativa;
4. attivazione del progetto Ortogeriatria in collaborazione tra l'U.O. Geriatria e i reparti ortopedici;
5. specializzazione dell'U.O. Medicina Interna e Lungodegenza Critica nella cura del paziente polipatologico, fragile, cronico riacutizzato e organizzazione del reparto per "intensità di cura": a) Area per acuti ad alta intensità e alto turnover (Medicina per Acuti-18 letti), b) Area a media intensità e medio turnover (Lungodegenza Critica-44 letti) e c) Area a bassa Intensità e basso turnover (Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica-LIDI-18 letti – con riferimento alla LIDI cfr. il Bilancio di Missione 2010 capitolo 7);
6. attivazione di un Ambulatorio Vulnologico multi professionale a responsabilità infermieristica;
7. attivazione "a domanda" di un modulo flessibile di emergenza-urgenza per affrontare un improvviso iperafflusso di pazienti al PS ("reparto soffietto"/"letti scambiatori"). Tale progetto, effettuato con il coinvolgimento della Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza dell'Università di Parma, è stato attivato il 1.11.2012;
8. applicazione precoce di un piano personalizzato di dimissione nel rispetto della continuità assistenziale;
9. applicazione di protocolli diagnostici-terapeutici volti ad abbattere le giornate di degenza non necessarie ed evitabili.

La riorganizzazione dell'U.O. Medicina Interna e Lungodegenza Critica ha portato nel 2012 a un netto incremento dell'attività di ricovero (3118 ricoveri vs 2237 nel 2011; +39.4%), con significativa riduzione della degenza media a parità di tasso di rientro non pianificato a 30 giorni. Dal momento che la riorganizzazione si è completata a novembre con l'attivazione del modulo di emergenza-urgenza (c.d. Soffietto) appare interessante descrivere di seguito alcuni indicatori di produzione dei **primi 4 mesi di attività a regime** (1/01/2013-30/04/2013)

N° ricoveri totali	1466
N° ricoveri/mese	366
N° ricoveri/giorno	12,2
Degenza media	7.17 giorni
Turnover mensile	(366/87,6*) = 4,18

*comprende 7,6 PL medi del soffietto

In prospettiva, pertanto, con l'assetto organizzativo definitivo la proiezione di ricoveri a un anno è di 4392 (+41% vs il 2012 e +96% vs il 2011)

Un focus particolare merita l'attività del **reparto "soffietto"** di cui si riportano di seguito i dati di produzione dei **primi 4 mesi**

Attivato (n° di volte)	38 in 120 giorni
Posti letto (media±DS)	7,6±4.7 (range 1-15)
N° ricoveri	290
Degenza media	0,99 giorni
Turnover mensile	(73/7,6) = 9,61

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Perfezionamento e implementazione del protocollo aziendale del "reparto soffietto".
- Entrata in funzione a regime del "reparto soffietto" entro due ore dalla richiesta della Direzione Sanitaria.
- Risoluzione dell'overcrowding del PS entro 12 ore.
- Soddisfazione degli utenti e del personale valutata mediante questionari validati.

Criticità rilevate

Le principali criticità rilevate sono:

- Necessità di potenziare la "messa in rete" delle strutture private accreditate di lungodegenza.
- Necessità di potenziare il numero di posti letto di lungodegenza e il numero di posti letto di Hospice, RSA e case protette soprattutto nel distretto Parma Città.
- Necessità di una caratterizzazione di "struttura intermedia" delle RSA e delle case protette.
- Necessità di potenziare le strutture provinciali per pazienti in "coma irreversibile".
- Affinamento ulteriore del percorso dimissioni difficili.
- Necessità di ridurre maggiormente le giornate di degenza improprie, sia nei reparti per acuti che

	nei reparti di Lungodegenza. - Creare percorsi territorio-ospedale (anche in urgenza) specifici per il malato fragile, polipatologico e istituzionalizzato. - Migliorare il coinvolgimento delle Professioni Sanitarie non mediche.

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 2012, si è completata la realizzazione dell'area di interventistica radiologica e neuroradiologica, comprensivo della sala interventistica ibrida. 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 radiologico e neuroradiologico.
Il progetto si completa con una sala operatoria ibrida, realizzata grazie al contributo della Fondazione Cariparma, 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	*Criticità rilevate*
Il progetto sarà completato ad inizio 2013 con il collaudo di accettazione di tutte le apparecchiature e l'attivazione di tutte le sale.	Non si rilevano criticità.

- Acquisire nuovi sistemi diagnostici dedicati all'attività radiologica del Nuovo Ospedale dei Bambini;

Risultati raggiunti
Nel corso del 2012 si è avviata e completata la realizzazione della radiologia pediatrica posta nel Nuovo Ospedale dei Bambini. La struttura di Radiologia del Nuovo Ospedale dei Bambini è dotata di apparecchiature diagnostiche di assoluta qualità e rilevanza dal punto di vista tecnologico. La dotazione tecnologica del reparto include una nuova risonanza magnetica con applicazioni in neuroradiologia, ambito cardiologico, vascolare e in generale radiologico, un sistema radiologico combina in un unico ambiente un sistema multifunzionale digitale per indagini diagnostiche radio/fluoro grafiche e un sistema digitale per indagini diagnostiche radiologiche.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Il sistema è stato installato, collaudato e messo in uso.	Non si rilevano criticità.

- Realizzare una rete di telemonitoraggio per garantire una più attenta ed efficace sorveglianza ed implementare applicazioni innovative al servizio della struttura;

Risultati raggiunti
È stata avviata e completata l'installazione del monitoraggio paziente per l'Ospedale dei Bambini.
Tale realizzazione ha permesso di applicare per la prima volta un modello di monitoraggio dei parametri fisiologici del paziente aperto verso una convergenza tecnologica che può garantire un più efficace ed efficiente livello assistenziale.
Attualmente si è completata la prima fase di installazione e messa in uso della piattaforma scalabile che sarà ampliata nel futuro con soluzioni di distribuzione delle informazioni di tipo mobile,

integrazione con applicativi di gestione integrata dei dati di natura clinica.	
Interventi in fase di sviluppo o in corso Si è completata la prima fase del progetto. E' in corso la progettazione delle espansioni ed evoluzioni del sistema	*Criticità rilevate* Non si rilevano criticità.

- Realizzare una rete di telecardiologia integrata;

Risultati raggiunti Si è avviato e completato l'aggiornamento dell'applicativo gestionale di cardiologia. Tale sistema permette di integrare e gestire tutte le applicazioni diagnostiche ed interventistiche cardiologiche (emodinamica, elettrofisiologia, ecocardiografia) su una piattaforma integrata. A completamento devono essere integrate altre applicazioni di maggiore distribuzione sui reparti ospedalieri, quali elettrocardiografia e holter. Tale evoluzione permetterà di realizzare una cartella del paziente che contenga tutte le informazioni, i dati e il supporto iconografico relativo alla diagnostica e all'interventistica cardiologica. L'ottimizzazione del sistema prevederà anche una integrazione con la parte radiologica al fine di garantire un più forte coordinamento tra le diverse specialità.	
Interventi in fase di sviluppo o in corso Si è completata la prima fase del progetto. E' in corso la progettazione delle espansioni ed evoluzioni del sistema.	*Criticità rilevate* Non si rilevano 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.
Nell'anno 2012 il Comitato di Indirizzo si è riunito con regolarità.

Ha espresso parere sui seguenti documenti, in riferimento a quanto previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo.

Bilancio di Esercizio 2011

E' stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Esercizio Anno 2011.
Il Comitato ha ritenuto le risultanze inserite in tale documento coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario del Sistema sanitario provinciale; ha ritenuto, inoltre, che detti risultati possono 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 ha espresso parere positivo sul documento presentato.

Bilancio di Missione – Anno 2011

Il Comitato ha dato atto che il documento del Bilancio di missione 2011, presentato alla sua attenzione, è conforme, nella struttura e articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.
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 tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca con l'Università degli Studi di Parma, allo sviluppo della edilizia ospedaliera con il completamento in corso del Nuovo Ospedale, al controllo della spesa sanitaria.

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, 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.
Ha espresso, pertanto, parere favorevole sul documento.

Espressione parere sugli Strumenti della programmazione pluriennale 2012/2014 e sul Programma di Bilancio 2012

Sono stati illustrati ai componenti del Comitato di Indirizzo, per l'espressione del parere sulla loro formulazione, i seguenti documenti: Piano Programmatico e Programma degli Investimenti del triennio 2012-2014, Preventivo Economico Pluriennale 2012-2014 e Preventivo Economico dell'Esercizio 2012.
Dalla documentazione allegata alle deliberazioni del Direttore Generale n. 153 del 13.6.2012 (adozione degli "Strumenti della programmazione pluriennale 2012-2014") è emerso 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 2012".
Il Comitato di Indirizzo ha ritenuto di condividere 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 l'Ateneo per quanto attiene l'Area Medico-chirurgica, 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 sui documenti presentati.

Altre attività

Al fine di garantire una sempre maggiore efficienza del sistema, il Comitato ha svolto un'analisi sulla situazione organizzativa, assistenziale e didattica delle Strutture afferenti all'Area Pediatrica (in particolare U.O. Pediatria e Oncoematologia, U.O. Neonatologia, U.O. Clinica Pediatrica, U.O. Chirurgia Pediatrica), invitando a un'audizione alcuni Professionisti delle suddette Strutture.
Sono stati discussi in particolare i problemi relativi alle risorse umane, alla dotazione strumentale, al possibile inserimento di nuove Professionalità, ed è stata fornita alla Direzione Generale una relazione completa.

Nel corso dell'anno 2012 il Comitato di Indirizzo ha, infine, preso in esame la proposta della Direzione Generale della Azienda di istituire una nuova Struttura Complessa di Pediatria Generale e d'Urgenza all'interno del Dipartimento Materno Infantile, e si è espresso favorevolmente a riguardo.

Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali

Anche l'anno 2012 si è caratterizzato per il costante impegno dell'Azienda nel perseguire il principio dell'integrazione a fondamento della programmazione e della gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi del SSR e per lo sviluppo delle attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università.
Il consolidamento del processo di integrazione ha riguardato l'armonizzazione della gestione dei professionisti e lo sviluppo delle sinergie nel campo della formazione medico-specialistica nonché l'adeguata operatività degli assetti organizzativi a garanzia dei processi primari (assistenza-didattica-ricerca) e il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata.
La rilevazione del personale docente operante nell'anno 2012 presso i Dipartimenti ad Attività Integrata è riportata nel capitolo 1.2 del presente volume.
Riguardo all'obiettivo di armonizzazione, la collaborazione istituzionale, in aderenza ai principi contenuti nelle fonti legislative e pattizie, si è realizzata nel completamento del processo di equiparazione retributiva che ha condotto al pieno allineamento del trattamento aggiuntivo dei docenti universitari al trattamento economico di posizione dei dirigenti ospedalieri, mediante l'adeguamento contrattuale in attuazione del CCNL della dirigenza del SSN del II biennio economico.

Sul versante organizzativo-funzionale, il concorso delle rispettive autonomie Azienda/Università, nel rispetto della distinta mission istituzionale dell'Azienda, si è espresso con la stipulazione dell'Accordo inerente l'attivazione della Scuola di Odontoiatria.
Nell'ambito dei rapporti Azienda/Università una notazione riguarda, in applicazione della L. 240/2010 e del nuovo Statuto dell'Università degli Studi di Parma, l'avvenuta attivazione in corso d'anno 2012 dei nuovi Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica, che in modo prospettico in connessione alle relazioni funzionali e operative fra i Dipartimenti ad Attività Integrata e i Dipartimenti Universitari, rappresenta un ulteriore impulso all'obiettivo di pervenire ad un sistema integrato di promozione, sviluppo e valorizzazione dell'attività di ricerca, di formazione e di assistenza.
Per quanto concerne l'obiettivo di integrazione 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.
L'Accordo Attuativo Locale sulla formazione medico-specialistica ha declinato tutti i principi volti a garantire un flusso costante di innovazione del sistema in ordine allo sviluppo della formazione professionalizzante.
L'Accordo sulla formazione medico-specialistica ha quindi accentuato la disponibilità delle strutture di sede a direzione ospedaliera a soddisfare le esigenze formative previste dai Piani formativi delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria dell'Università degli Studi di Parma, ha focalizzato le sinergie dei Consigli delle Scuole di Specializzazione, dei Dipartimenti ad Attività integrata, dei Dipartimenti Universitari e del Collegio di Direzione, ha inoltre evidenziato la condizione di privilegiare l'offerta formativa delle strutture di sede prima di ricorrere all'accensione di convenzioni con strutture collegate e complementari.
La collaborazione avviata 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.

Nel contesto delle 40 Scuole di Specializzazione di Area Medica dell'Università degli Studi di Parma (16 scuole autonome, 5 scuole con Parma Capofila, 19 scuole con Parma aggregata), 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 2011/2012 pari a n. 529 unità secondo la rilevazione effettuata nel precedente capitolo 2.4, ha riguardato n. 506 medici in formazione specialistica con contratto di formazione, iscritti alle Scuole di Specializzazione Autonome e con Parma Capofila.
A tale entità numerica si devono aggiungere gli ulteriori medici in formazione specialistica, pari n. 63 (non compresi nella tabella specifica di cui al capitolo 2.4) frequentanti le scuole di specializzazione aggregate di Area Medica dell'Università di Parma ma iscritti nelle sedi amministrative di altri Atenei in qualità di Scuole Capofila.
Di seguito si riporta il numero e la denominazione delle Scuole di Specializzazione autonome /capofila/aggregate

Scuole di specializzazione dell'Università degli studi di Parma - <u>sede autonoma</u> n. 16, a.a. 2011/2012

DENOMINAZIONE DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
CHIRURGIA GENERALE
GERIATRIA
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE
MEDICINA DEL LAVORO
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
MEDICINA INTERNA
NEFROLOGIA
NEUROLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DENOMINAZIONE DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE
PEDIATRIA
PSICHIATRIA
RADIODIAGNOSTICA

Aggregazioni di scuole con l'Università di Parma quale Ateneo capofila n. 5, a.a. 2011/2012

DENOMINAZIONE DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	UNIVERSITA' CAPOFILA OVE PRESENTARE LA DOMANDA	AGGREGAZIONE DI SCUOLE CON UNIVERSITA' DI PARMA CAPOFILA
ANATOMIA PATOLOGICA	PARMA	MODENA
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	PARMA	BOLOGNA FERRARA
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	PARMA	FERRARA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PARMA	BOLOGNA MODENA
RADIOTERAPIA	PARMA	MODENA

Aggregazioni di scuole con l'Università di Parma quale ateneo non capofila : n. 19, a.a. 2011/2012

DENOMINAZIONE DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	UNIVERSITA' CAPOFILA OVE PRESENTARE LA DOMANDA	AGGREGAZIONE DI SCUOLE CON UNIVERSITA' DI PARMA NON CAPOFILA
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	ANCONA	MODENA, PARMA
BIOCHIMICA CLINICA	PADOVA	MODENA, PARMA, VERONA
CARDIOCHIRURGIA	BOLOGNA	MODENA, PARMA
CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA	GENOVA	PARMA
CHIRURGIA TORACICA	MODENA	ANCONA, BOLOGNA, PARMA
CHIRURGIA VASCOLARE	BOLOGNA	ANCONA, FERRARA, MODENA, PARMA
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	MODENA	PARMA
EMATOLOGIA	MODENA	PARMA
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	MODENA	PARMA
GASTROENTEROLOGIA	BOLOGNA	FERRARA, MODENA, PARMA
MALATTIE INFETTIVE	BOLOGNA	FERRARA, MODENA, PARMA
MEDICINA LEGALE	FERRARA	PARMA
MEDICINA TERMALE	MILANO	BOLOGNA, PADOVA, PARMA, PAVIA
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	BOLOGNA	ANCONA, MODENA, PARMA
OFTALMOLOGIA	FERRARA	MODENA, PARMA
ONCOLOGIA	MODENA	PARMA
OTORINOLARINGOIATRIA	FERRARA	MODENA, PARMA
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	MODENA	ANCONA, BOLOGNA, PARMA
UROLOGIA	MODENA	PARMA

Anche nell'anno accademico 2011/2012 adeguato 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.
L'apporto didattico registrato nell'anno accademico 2011/2012 ha riguardato n. 217 professionisti ospedalieri cui sono stati conferiti incarichi didattici ripartiti secondo la seguente tipologia di incarico:

- n. 121 incarichi di solo docenza
- n. 30 incarichi di solo tutoraggio
- n. 66 incarichi di docenza e tutoraggio

Si riportano in tabella le strutture aziendali coinvolte nell'attività didattica:

Descrizione 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

Descrizione strutture	Numero docenti/tutor
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	8
CARDIOLOGIA	16
MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGULATIVO	2
PNEUMOLOGIA ED ENDOSCOPIA TORACICA	3
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	3
NEUROLOGIA	3
CLINICA GERIATRICA	1
LUNGODEGENZA CRITICA	2
GERIATRIA	2
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA	2
CHIRURGIA TORACICA	1
NEUROCHIRURGIA - NEUROTRAUMATOLOGIA	1
CLINICA ORTOPEDICA	6
ORTOPEDIA	3
NEUROCHIRURGIA	2
ATTIVITA' COMUNI DIP. NEUROSCIENZE	1
MAXILLO-FACCIALE	3
OTORINOLARINGOIATRIA E OTONEUROCHIRURGIA	1
ODONTOSTOMATOLOGIA	1
OCULISTICA	1
CARDIOCHIRURGIA	4
UROLOGIA	3
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI	6
DERMATOLOGIA	3
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2
NEONATOLOGIA	1
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA	1
CLINICA PEDIATRICA	4
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4
CHIRURGIA PEDIATRICA	1
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	2
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7
2° ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	31
SCIENZE RADIOLOGICHE	4
RADIOLOGIA	8
NEURORADIOLOGIA	5
MEDICINA NUCLEARE	1
RADIOTERAPIA	3
MICROBIOLOGIA	4
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA	3
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	6
MEDICINA RIABILITATIVA	6
COORD ATTIVITA'SPECIAL AMBULATORIALI CARDIOLOGIC	1
MEDICINA INTERNA,REUMATOLOGIA E SEZIONE DETENUTI A	2
BIOCHIMICA AD ELEVATA AUTOMAZIONE	1
DAY HOSPITAL DIPARTIMENTALE	1
DAY SURGERY	1
ASTANTERIA PEDIATRICA	2
RADIOLOGIA PEDIATRICA	3
POLO EMERGENZA URGENZA	1
TOTALE	**217**

Le relazioni interprofessionali in area sanitaria: riscoprire la collaborazione

Nell'arco di un periodo di quasi quattro anni (tra il 2009 e il 2012) è stata sviluppata una ricerca-azione sulle relazioni inter-professionali in area sanitaria (cfr. il Progetto formativo "Stressor relazionali e outcome di cura" nella sezione 4.6 *Formazione*). Il progetto è partito da un'ipotesi iniziale che tra i professionisti della salute prevalessero immagini competitive delle loro relazioni interprofessionali, anche legate alla responsabilità e a un orientamento proattivo. In verità, dalla prima parte della ricerca, è emersa una nuova ipotesi di studio, in particolare è emerso un attaccamento familistico tra i professionisti che può produrre relazioni stabili anche interprofessionali, fortemente incentrate sulla dimensione emotiva (nicchie ecologiche di collaborazione più di tipo informale), ma da sviluppare ulteriormente nella prospettiva della collaborazione interdisciplinare che tenga conto di diverse famiglie professionali.

Il progetto si è dunque sviluppato guardando alla collaborazione come soluzione di problemi attraverso decisioni e responsabilità condivise e coordinamento di azioni individuali e specialistiche per il raggiungimento degli obiettivi. In altri termini, la collaborazione viene intesa come possibilità di affrontare una questione da più punti di vista offerti da persone differenti e con competenze e profili professionali differenti ed emerge come la vera expertise, che nel percorso di ricerca-formazione-azione presentato in questo volume viene intesa come abilità sociale che richiede un suo immaginario (idee sulla collaborazione) e una ritualità che può andare dalle più semplici forme di cortesia a modelli complessi di relazione, diplomazia e negoziazione finalizzati a obiettivi condivisi e basati sulla complementarietà dei punti di vista.

Il tema delle relazioni interprofessionali era emerso in modo significativo, seppur con diverse connotazioni tra categorie professionali, tra i diversi dipartimenti aziendali, in esito ad una rilevazione del fabbisogno formativo aziendale realizzata a fine 2009. Considerando le categorie professionali interpellate nella ricerca, si evidenzia una percezione del bisogno di formazione sulle relazioni interprofessionali più evidente nella professione infermieristica rispetto alla professione medica. Inoltre è presente una differenziazione tra operatori socio-assistenziali e infermieri stessi: questi ultimi esprimono un interesse maggiore per l'area comunicativa e relazionale. Il punteggio medio che i professionisti dei diversi dipartimenti hanno attribuito alla comunicazione interprofessionale come risorsa per la loro attività lavorativa risulta superiore nei dipartimenti in cui vi è una particolare attenzione per la qualità tecnica delle attività (come l'area chirurgica) e dove, probabilmente, l'aspetto relazionale-comunicativo si pone come più periferico e da qui l'emergere del bisogno.

Si è cercato di comprendere meglio il dato rilevato, utilizzando metodologie di ricerca qualitativa e un percorso formativo mirato al bisogno, creando uno spazio per trattare temi, come la collaborazione appunto, che sono più proposta o invito a scoprire e valorizzare nella quotidianità le strategie o più semplicemente l'agire collaborativo e non devono essere pensati come apprendimento o "comando" che può essere calato dall'alto.

Dopo la costituzione di un gruppo di ricerca multidisciplinare, tra il 2010 e il 2011 è stata attivata una indagine esplorativa utilizzando metodologie qualitative, i cui risultati sono stati presentati in un workshop di socializzazione alla Direzione e ai professionisti.

La fase successiva è stata la messa a punto del progetto di formazione con metodologia della ricerca-azione. Alla formazione non si è chiesto di "insegnare" competenze, perché queste sono patrimonio delle persone e si esprimono in un saper fare consapevole che deriva dai percorsi individuali. La formazione è chiamata a sollecitare accessi e fornire strumenti.

A fine 2011, il progetto è stato presentato e condiviso con il Collegio di Direzione e nel 2012 è stata attivata la formazione su tre Dipartimenti. Il percorso formativo è stato pensato come personalizzabile alle specifiche necessità dei diversi dipartimenti coinvolti ed è stato preceduto da incontri di programmazione scientifica e organizzativa con Direttori di Dipartimento e Responsabili Assistenziali di Dipartimento (RAD) e formatori. L'obiettivo specifico di questa parte del percorso, è stato individuare e far emergere le pratiche collaborative già patrimonio della realtà organizzativa come stimolo e supporto alla cultura della collaborazione. Nel corso della formazione, sono stati definiti e attivati progetti specifici di miglioramento per ogni dipartimento, da implementare e monitorare. Infine, è stata effettuata una valutazione dei risultati della formazione con questionario pre e post corso e una valutazione di follow up dopo attivazione dei percorsi di miglioramento. Siamo ora in una nuova fase progettuale, al fine di implementare il cambiamento avviato, entrando capillarmente nelle singole unità operative dipartimentali e coinvolgendo altri dipartimenti.

La ricerca sociale e sanitaria nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: l'esperienza di percorsi di formazione alla ricerca psicosociale

Dall'anno 2009 è attivo il progetto di formazione alla ricerca psicosociale per professionisti sanitari, organizzato in un corso base e un corso avanzato, promosso dall'Azienda in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Parma. I corsi, di durata annuale, hanno la finalità di progettare ricerche, di implementarle e di portarle a compimento. Tale iniziativa di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza nasce dalla necessità di fornire ai professionisti gli strumenti e i metodi di lettura e di analisi delle realtà operative, di confronto con le altre realtà che possano evidenziare un reale incremento qualitativo delle prestazioni/servizi offerte ai cittadini. Essendo un corso a forte connotazione pratica, sviluppa competenze metodologiche che vengono espresse nella progettazione e realizzazione di ricerche, che vertono su tematiche individuate nell'ambito dei contesti organizzativi e i cui risultati sono diffusi attraverso workshop e pubblicazioni.
L'ipotesi che ha portato allo sviluppo del progetto è stata che è possibile utilizzare le metodologie proprie della ricerca psico-sociale anche in ambito sanitario, su tematiche e ambiti che ovviamente non siano clinici, ma più riferibili al caring, alle dinamiche relazionali, quindi, sia tra professionisti e utenti/famiglie, che interprofessionali e alla lettura dei contesti organizzativi. L'idea guida è stata quella di sviluppare un filone di ricerca parallelo a quella di tipo sperimentale clinico, su tematiche che normalmente non vengono indagate da questa ricerca, ma la cui lettura e analisi può integrare la ricerca più tradizionalmente intesa.
Il progetto formativo è rivolto ai professionisti sanitari non medici che, nell'ambito della ricerca complessivamente intesa ancora faticano ad avere autonomia, con l'obiettivo di motivarli, incuriosirli e sviluppare interesse verso ambiti e metodologie ancora poco conosciuti.
Il progetto formativo si è posto le finalità di fornire strumenti teorico-epistemologici che permettono ai professionisti di definire il contesto relazionale e organizzativo come oggetto specifico della ricerca di tipo psico-sociale; offrire suggerimenti nell'individuare strategie di ricerca più congruenti con le difficoltà individuate in ambito assistenziale, anche in riferimento alle linee di indirizzo aziendali e agli obiettivi regionali; trovare, attraverso la ricerca empirica, risposte ad alcune problematiche di rilevanza socio-sanitaria.
I professionisti che hanno frequentato i corsi sono così stati guidati lungo tutte le fasi che caratterizzano la ricerca psico-sociale utilizzata dalle professioni sanitarie e applicata ai contesti relazionali e organizzativi sanitari, quindi dall'individuazione di aspetti critici presenti nelle proprie realtà locali, alla scelta degli strumenti e delle modalità di elaborazione dei dati, fino alla concreta realizzazione del progetto e alla stesura di un report conclusivo.
L'interesse dell'Azienda è soprattutto quello di implementare ricadute concrete che i percorsi di ricerca possono avere nelle pratiche lavorative quotidiane dei professionisti, a cui fa certamente seguito un incremento della qualità della prestazione clinico- assistenziale erogata, del prendersi cura della persona assistita e della sua famiglia, ma anche dei professionisti stessi, con effetti positivi anche a livello organizzativo.
Sul versante dei **contenuti**, diverse sono le tematiche che sono divenute oggetto di ricerca: ad esempio, la tematica delle relazioni a cui i professionisti da un lato e i pazienti e i familiari dall'altro partecipano all'interno dei contesti di cura e di assistenza, relazioni allargate anche alle associazioni di volontariato, con le strutture del territorio, nonché le percezioni che pazienti e familiari hanno delle relazioni con i professionisti; un'altra area particolarmente rilevante è quella relativa all'integrazione: una necessità per il nuovo welfare. Per garantire risposte personalizzate ed equità di accesso nei vari ambiti sanitari, si pone come necessario considerare un'integrazione a tutti i livelli, anche attraverso l'esplorazione della tematica relativa alla costruzione di reti di fronteggiamento. Ancora, un tema oggetto di particolare interesse è costituito dalla comunicazione e partecipazione dei cittadini al welfare, con la premessa di costruire una partnership tra cittadini e servizi quale leva fondamentale per migliorare la salute e la qualità di vita. Le ricerche effettuate sono andate nella direzione della promozione di forme di partecipazione attiva dei cittadini e sul potenziamento e qualificazione dell'accoglienza sanitaria ospedaliera e territoriale. Anche la qualificazione dell'accoglienza sanitaria in ambito ospedaliero e territoriale è stata oggetto di indagine, andando ad approfondire attese dei pazienti e dei cargiver e percezione dei professionisti. Un'area ulteriormente indagata è stata quella della valorizzazione dei professionisti in sanità, mettendo a fuoco identità e soddisfazione lavorative di alcune tipologie professionali e, più in generale, l'aspetto del capitale umano nelle organizzazioni sanitarie e della pratica collaborativa.
Per quanto attiene la dimensione **metodologica** del fare ricerca, sono state utilizzate metodologie sia qualitative che quantitative, in alcuni casi anche miste, quali-quantitative. Per quanto riguarda la ricerca

quantitativa, lo strumento privilegiato è stato il questionario, nelle sue diverse modalità di somministrazione. Per quanto attiene la ricerca qualitativa, che si pone come obiettivo di comprendere i fenomeni, gli strumenti utilizzati sono stati diversi: dalle interviste (strutturate, semistrutturate, non strutturate), i focus group, le osservazioni.

Principali risultati ottenuti

Dal 2009 al 2012 sono stati formati 46 professionisti sanitari al corso base e 21 professionisti sanitari al corso avanzato dell'Azienda e 44 professionisti al corso base e 19 professionisti al corso avanzato provenienti dalle Azienda sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
Le ricerche attivate e concluse sono state 11, relative ai contenuti precedentemente descritti.
I risultati delle ricerche sono stati diffusi attraverso diverse modalità comunicative. Ad un primo livello, ogni gruppo di ricerca ha predisposto un report scientifico e ha socializzato il proprio lavoro in un workshop provinciale. Un ulteriore livello di diffusione è rappresentato dalla partecipazione a convegni scientifici. Nel 2010, 2011 e 2012 al Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicologia della Salute sono state presentate diverse comunicazioni. 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, su riviste indicizzate e con IF.

Il "Laboratorio per i sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi per la salute"

Il "Laboratorio per i sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi per la salute" è una struttura afferente al Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Ateneo di Parma, nata con l'intento di cogliere un passaggio importante della relazione tra formazione universitaria e ambiti di esercizio della professione medica, al fine di poter meglio collegare il momento dello studio a quello della professione; partendo dal presupposto che sia essenziale che la formazione medica non rimanga estranea ai processi evolutivi che regolano il rapporto tra il sistema delle cure e le modalità di configurazione della professione in tale sistema.
La funzione, l'azione e la responsabilità medica non possono essere considerate estranee alle questioni di sostenibilità economica delle cure, di innovazione e ricerca, ai temi della relazione tra ruoli professionali diversi, ai sempre più emergenti aspetti interculturali, al modificarsi dei bisogni di salute, all'allungamento della vita media che pone nuovi problemi sulla gestione della cronicità e della polipatologia e sulla conservazione della qualità di vita e, infine, alla necessità di relazioni sempre più strette tra attività assistenziale, ricerca, innovazione e formazione.
I problemi e i processi sono complessi e le responsabilità diversificate, molteplici sono le agenzie deputate al governo delle condizioni e delle relazioni di vita delle persone. Il Laboratorio ambisce a definire metodologie e processi che consentano di utilizzare al meglio il patrimonio professionale e scientifico del sistema sanitario, sia nella formazione dei giovani medici che nel loro futuro lavoro.
La sede del Laboratorio è all'interno dell'area ospedaliera. Si è inteso creare un ambiente interdisciplinare ove realizzare percorsi supplementari di ricerca sulla formazione medica, in grado di favorire integrazione e contestualità con il sistema sanitario di riferimento e in evoluzione.
L'attività del nuovo Laboratorio è gestita grazie al supporto di docenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, da professionisti e collaboratori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL di Parma e da esperti esterni e si rivolge agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e agli specializzandi di area sanitaria. Si tratta di una offerta fortemente contestualizzata nel piano degli studi, in quanto formalmente riconosciuta con attribuzione di CFU specifici di arricchimento dei curricula, e collegata direttamente alle materie di insegnamento.
L'offerta formativa è basata su attività didattiche elettive e su seminari intensivi ed esercitazioni sul campo. Essa è pensata e realizzata, in accordo con i diversi soggetti, per dare la possibilità agli studenti di "sperimentare dal vivo", e non in situazioni simulate, i processi reali e concreti in cui si articola, di volta in volta, il rapporto di prossimità tra sistema sanitario, professionisti, assistenza e ricerca.
Si tratta, dunque, di un luogo di incontro e mediazione tra il sapere scientifico e il contesto generale e particolare in cui il futuro professionista sarà chiamato ad agire.
Allo scopo è strategica la funzione di Tutor dedicati, in parte con funzioni generali di intervento in tutto il percorso e in parte per l'accompagnamento mirato in sede di esercitazione sul campo. Funzioni che vedono il coinvolgimento di professionisti afferenti all'Università e alle due aziende sanitarie coinvolte.
In questo contesto, è stato ideato il progetto "Percorsi innovativi nei curricula degli iscritti a Medicina e Chirurgia e Scuole di Specializzazione di area medico-chirurgica di Parma, per l'analisi dei processi

evolutivi nei Sistemi sanitari e nella Sanità regionale" coordinato dal Laboratorio stesso, al quale partecipano l'Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL e co-finanziato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Programma di Ricerca "Regione-Università 2010-2012 Area 3".

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

Come in ogni organizzazione, la gestione delle risorse umane rappresenta una tematica strategica, che va affrontata secondo un modello di "sviluppo del capitale umano", considerando "le persone" come una risorsa sempre più importante sia per il raggiungimento degli obiettivi aziendali sia per la gestione dei profondi processi di cambiamento che in questi anni caratterizzano il contesto.
In questo paragrafo si offrono spunti di analisi in merito alla consistenza numerica, alla tipologia contrattuale, alla dinamica degli ingressi e delle uscite, nonché al genere di coloro che operano all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
L'entità complessiva del personale, alla data del 31.12.2012, è pari a 4.140 unità.
Confermando il trend già evidenziato nei bilanci degli anni precedenti, il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato è nettamente prevalente – 95% - rispetto alle altre forme di impiego (contratti di lavoro a tempo determinato e incarichi libero-professionali e rapporti di collaborazione), per i quali si registra una diminuzione rispetto allo scorso anno.
Si rileva inoltre il costante decremento del personale universitario che svolge attività assistenziale.
I contratti di lavoro flessibile, legati all'espletamento di progetti aziendali, anche connessi ad attività di ricerca, costituiscono il 3,3% del totale delle professionalità presenti in Azienda.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2010 -2012

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Tempo indeterminato*	31.12.2010	2475	8	967	187	3637
	31.12.2011	2450	8	951	187	3596
	31.12.2012	**2479**	**8**	**952**	**179**	**3618**
Tempo determinato	31.12.2010	108	0	52	3	163
	31.12.2011	143	0	68	2	213
	31.12.2012	**111**	**0**	**66**	**1**	**178**
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2010	108	0	2	6	116
	31.12.2011	120	0	5	9	134
	31.12.2012	**113**	**1**	**2**	**9**	**125**

* 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 2010-2012

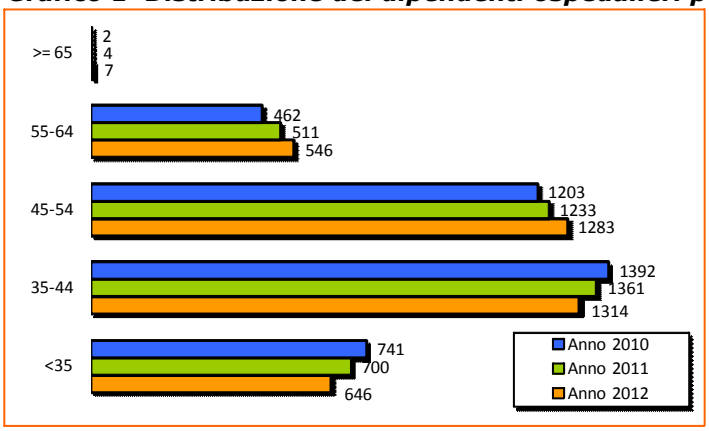
	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Personale universitario	31.12.2010	212	0	5	33	250
	31.12.2011	192	0	5	32	229
	31.12.2012	**189**	**0**	**6**	**24**	**219**

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri utilizzati per il personale ospedaliero

Analisi di genere del personale

L'analisi di genere, per valutare in un'ottica di qualità le politiche economiche e sociali degli interventi pubblici che impattano in modo diverso su uomini e donne che hanno un'esperienza di vita differente così come ruoli e potere sociale, sta assumendo un'importanza sempre crescente all'interno delle strutture aziendali soprattutto di quelle pubbliche.
Con le tabelle e i grafici che seguono, percorrendo un sentiero già tracciato nei bilanci degli anni precedenti, si vogliono fornire alcuni elementi utili per un'indagine di genere del personale che svolge la propria attività nelle strutture aziendali.
In primo luogo, si evidenzia la marcata prevalenza della componente femminile (71%) rispetto al totale del personale in servizio a tempo indeterminato.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per età e per genere, anni 2010-2012



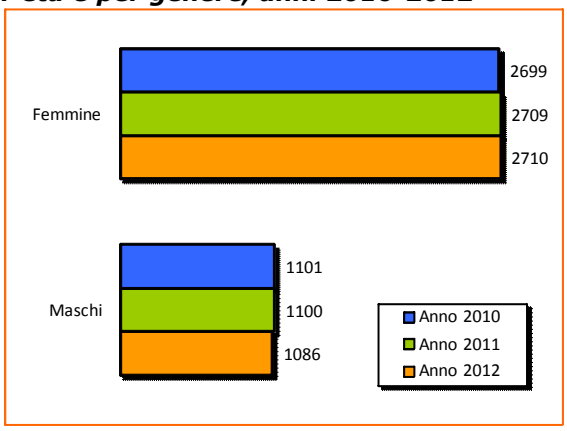
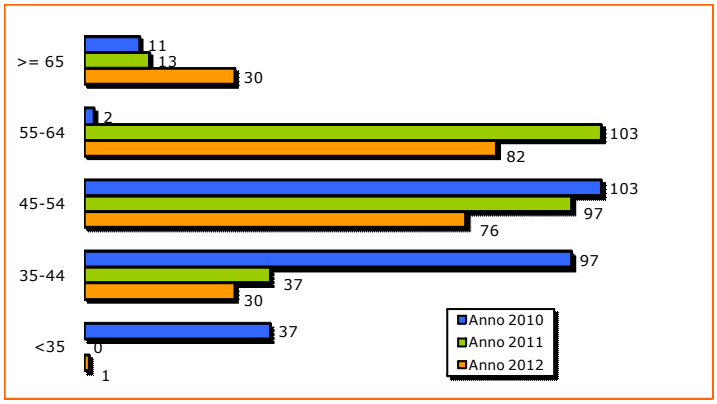


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e per genere, anni 2010-2012



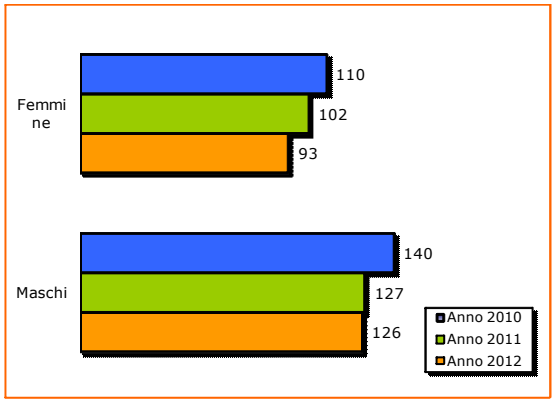


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori percentuali), anno 2012

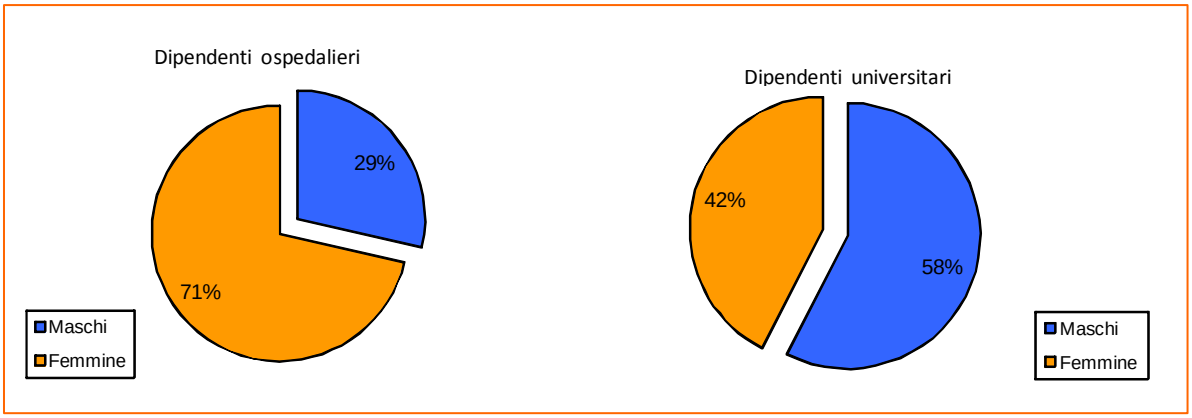
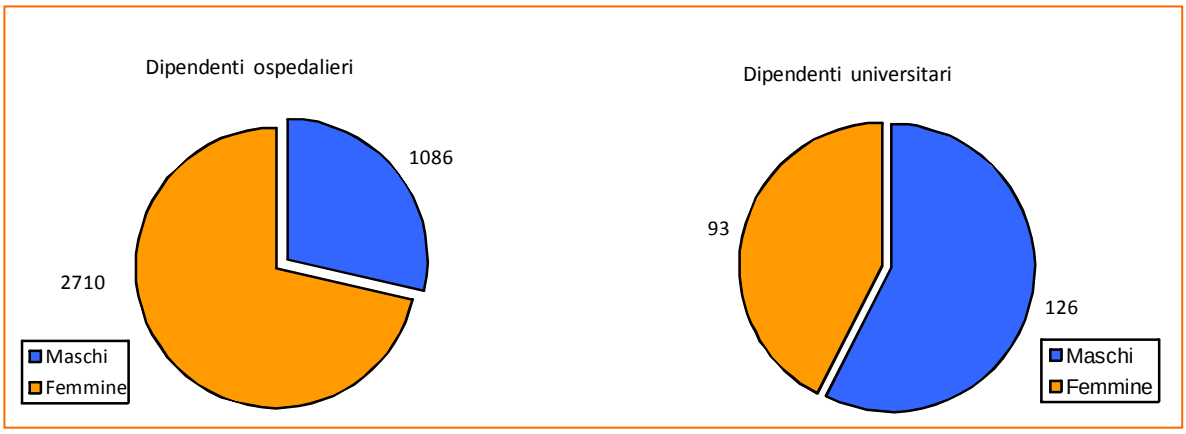


Grafico 4 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori assoluti) al 31.12.2012



Si ribadisce inoltre che l'accesso al part time costituisce una prerogativa prevalentemente femminile, e soprattutto, del personale dell'area comparto.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2010-2012

al 31.12.2010 Categorie	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time <=50	F part time <=50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	Totale M	Totale F	Totale
Dirigenti medici	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 part time <=50**	**F part time <=50**	**M part time oltre 50**	**F part time oltre 50**	**Totale M**	**Totale F**	**Totale**
Dirigenti medici	254	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

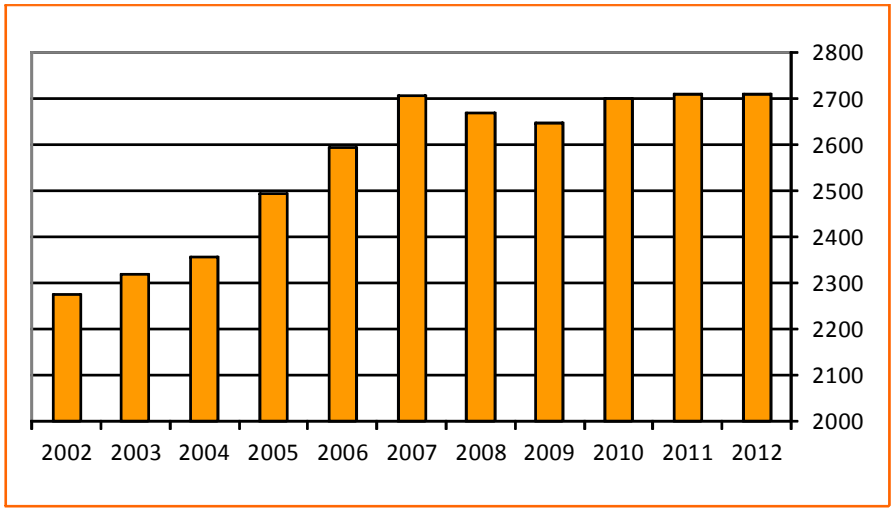
al 31.12.2012 Categorie	M tempo pieno	F tempo pieno	M part time <=50	F part time <=50	M part time oltre 50	F part time oltre 50	Totale M	Totale F	Totale
Dirigenti medici	257	198	0	0	0	7	257	205	462
Altri dirigenti (sanitari - APT)	18	51	0	0	0	3	18	54	72
Personale infermieristico	305	1009	0	21	9	289	314	1319	1633
Personale della riabilitazione	7	36	2	2	1	7	10	45	55
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	97	163	0	0	0	16	97	179	276
Altro personale ruolo tecnico	150	216	2	0	3	23	155	239	394
Personale OTA, OSS, ausiliario	136	365	0	3	2	50	138	418	556
Personale amministrativo	26	116	0	0	0	28	26	144	170
Totale	996	2154	4	26	15	423	1015	2603	3618

Tabella 4 Distribuzione per genere ed aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2012

Aree contrattuali	Totale	%Totale	F	%F	M	%M
Comparto	3240	85,35%	2437	89,92€	803	73,94%
Dirigenza	556	14,65%	273	10,08€	283	26,06%
Totali	3796	100,00%	2710	100,00%	1086	100,00%

Analizzando, nella tabella che precede, relativa alla distribuzione di genere tra il personale dirigente e il personale del comparto, si rileva un sostanziale equilibrio tra maschi e femmine nell'area dirigenziale (seppure con una prevalenza maschile, +10 unità, rispetto alla componente femminile). Tale dato va considerato, tuttavia, con riferimento alla diversa distribuzione dei generi nell'area comparto. Nell'area del comparto, infatti, è netta la prevalenza di personale femminile rispetto a quello maschile (+1634).

Grafico 5 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2002- 2012



Nell'arco temporale 2002-2012, come si evince nei grafici 5 e 6, la consistenza del personale femminile si conferma in aumento, rispetto al dato relativo alla popolazione maschile.

Grafico 6 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2002-2012

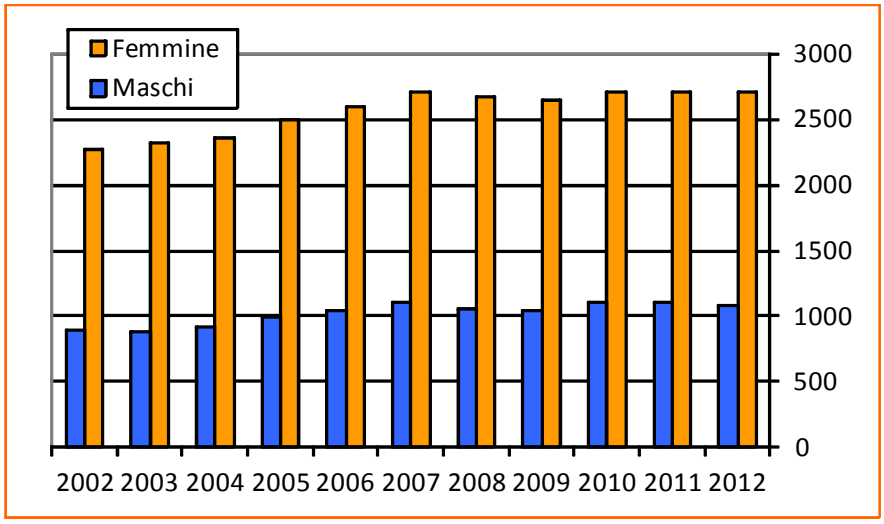


Tabella 5 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2012

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2590	68,23%	1873	69,11%	717	66,02%
Professionale	8	0,21%	1	0,04%	7	0,65%
Tecnica	1018	26,82%	686	25,31%	332	30,57%
Amministrativa	180	4,74%	150	5,54%	30	2,76%
Totali	3796	100,00%	2710	100,00%	1086	100,00%

Si osserva, nella tabella 5, la distribuzione della popolazione aziendale nelle 4 aree di riferimento e si evidenzia l'incidenza, nella singola area di afferenza, della popolazione totale e rispettivamente del genere femminile e del genere maschile.

Si riporta di seguito un approfondimento in merito alla suddivisione del personale in correlazione all'attribuzione di incarichi di ruoli dirigenziali o di responsabilità.

Tabella 6 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali a tempo indeterminato e determinato per genere al 31.12.2012

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	536	96,40%	266	97,43	270	95,41%
Professionale	8	1,44%	1	0,37%	7	2,47%
Tecnica	2	0,36%	0	0%	2	0,71%
Amministrativa	10	1,80%	6	2,20%	4	1,41%
Totali	556	100,00%	273	100,00%	283	100,00%

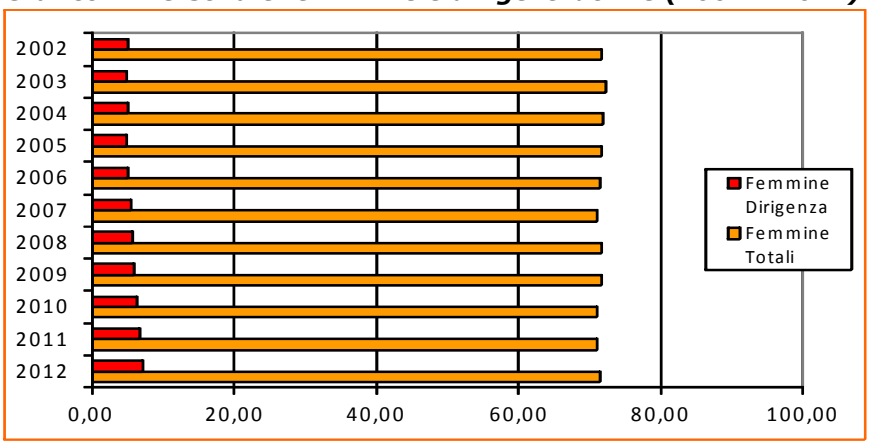
E' da rimarcare la forte prevalenza del personale femminile nell'area sanitaria

Tabella 7 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere al 31.12.2012

Ruolo	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2054	63,40%	1607	65,94%	447	55,67%
Professionale	0	0%	0	0%	0	0%
Tecnico	1016	31,36%	686	28,15%	330	41,09%
Amministrativo	170	5,24%	144	5,91%	26	3,24%
Totali	3240	100,00%	2437	100,00%	803	100,00%

Il dettaglio sopra evidenziato per ruolo e per genere del personale appartenente all'area comparto dimostra ulteriormente la distribuzione dell'analisi generale di cui alla tabella 5.

Grafico 7 Personale femminile e dirigenti donne (2002 – 2012)



Nel periodo di tempo 2002-2012, si assiste ad un progressivo incremento della componente dirigenziale femminile, a fronte di una sostanziale stabilità di quella maschile.

Nelle tabelle che seguono si può osservare come sono ripartiti gli incarichi dirigenziali al personale ospedaliero (con esclusione cioè del personale universitario) e gli incarichi di responsabilità (posizione organizzativa e coordinamento) affidati al personale dell'area del comparto.
Per quanto riguarda gli incarichi dirigenziali (tabella 8), si conferma che i livelli apicali (Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O./Servizio, Responsabile S.S.D) risultano ancora prerogativa maschile, in termini assoluti e percentuali, rilevando al contrario una prevalenza femminile negli incarichi di livello inferiore (Case Manager e Case Manager Esperto).
Relativamente alla titolarità degli incarichi di posizione organizzativa (tabella 9), il numero delle dipendenti femmine titolare di posizione organizzativa risulta superiore rispetto a quello dei dipendenti maschi. Osservando invece l'incidenza percentuale sul totale della popolazione di riferimento (titolari di posizione organizzativa donne/popolazione femminile del comparto per 100 e titolari di posizione organizzativa uomini/popolazione maschile del comparto per 100) i valori sono piuttosto allineati (rispettivamente 2% e 1,71%).
Nell'ambito degli incarichi di coordinamento (tabella 10), la presenza femminile si rafforza rispetto a quella maschile sia in valore assoluto che come incidenza percentuale.

Tabella 8 Distribuzione della graduazione degli incarichi ospedalieri del personale a tempo indeterminato per genere al 31.12.2012

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totali	% totali
Direttore Dipartimento	1	0,39%	3	1,10%	4	0,75%
Direttore UO/Servizio	9	3,47%	25	9,16%	34	6,39%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	4	1,54%	6	2,20%	10	1,88%
Responsabile struttura semplice	10	3,86%	16	5,86%	26	4,89%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	1	0,39%	6	2,20%	7	1,32%
Incarico di alta specializzazione	25	9,65%	43	15,75%	68	12,78%
Case Manager Esperto	137	52,90%	120	43,95%	257	48,31%
Case Manager	72	27,80%	54	19,78%	126	23,68%
Totali	259	100,00%	273	100,00%	520	100,00%

Tabella 9 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2012

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
Sanitario	29	1,19%	8	1,00%	37
Professionale	0	0%	0	0	0
Tecnico	4	0,16%	9	1,12%	13
Amministrativo	21	0,86%	1	0,12%	22
Totali	54	2,00%	18	1,71%	72

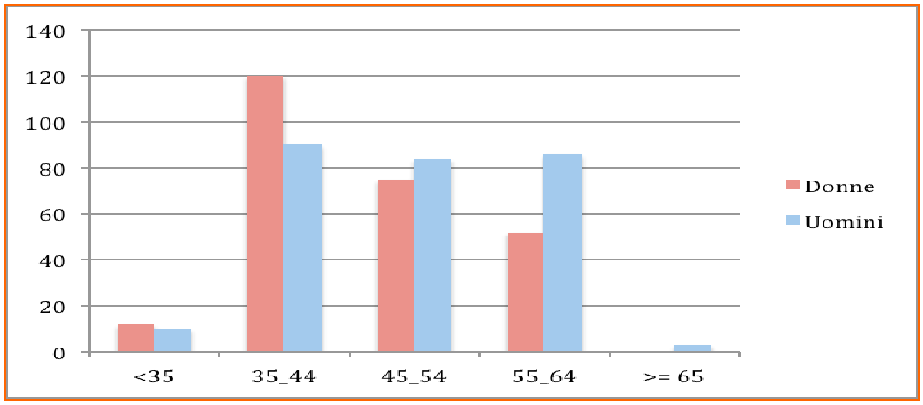
Tabella 10 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2012

Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
109	4,47%	24	2,99%	133

Analisi di genere del personale medico

Il numero di donne medico è in progressivo incremento su tutto il territorio nazionale come risulta dal Conto annuale della Ragioneria dello Stato pubblicato a dicembre 2012 (ma che si riferisce al 2009), dove le donne medico dipendenti del SSN sono 42.780 e rappresentano il 38,6% di tutti i medici dipendenti del SSN.
Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma la percentuale di donne medico è superiore al dato nazionale e rappresenta il 48% di tutto il personale medico dipendente.
Se consideriamo la divisione per fascia di età la percentuale di donne medico con età inferiore ai 45 anni è superiore alla metà di tutto il personale medico (57,2%), confermando una progressiva femminilizzazione della professione medica.

Grafico 8 Distribuzione per genere e per fascia di età area dirigenza medica



Se consideriamo la differenza di genere tra gli specializzandi, la femminilizzazione della professione appare più evidente: infatti le donne sono il 66% (vedasi tabella 12 e grafico 9).
Le donne sono presenti in tutte le discipline, anche se l'area chirurgica è quella in cui sono meno rappresentate. Sono ben rappresentate nelle aree diagnostiche confermando la tendenza delle donne a preferire le specialità che permettono una maggiore conciliazione tra vita famigliare e vita lavorativa e nelle discipline mediche considerate "*people oriented*", mentre gli uomini sono distribuiti equamente in tutte le discipline (confronta tabella 11).
Analizzando la distribuzione della graduazione degli incarichi dei medici ospedalieri si osserva che la progressione delle carriere risulta inferiore per le donne. Anche se si assiste ad un progressivo incremento del numero di donne medico responsabili di struttura semplice che raggiungono quasi il 40 %, mentre il dato nazionale si assesta sul 25% (dato ANAAO).
La percentuale di donne direttore di Unità complessa resta bassa, intorno al 26%, ma nettamente superiore al dato nazionale del 14%. Questo dato è solo in parte giustificato dal minor numero di donne nella fascia di età superiore ai 45 anni e conferma la difficoltà che hanno le donne medico a raggiungere posizioni dirigenziali apicali.
In un recente questionario somministrato ai medici dell'azienda è risultato evidente che le pressioni di ruolo derivanti dalla vita lavorativa si ripercuotono sulla vita famigliare generando un conflitto lavoro-famiglia sia per gli uomini che per le donne. La nascita dei figli acuisce il conflitto soprattutto per le donne. E, solo per le donne, con l'arrivo dei figli aumentano le pressioni di ruolo famigliare sul lavoro generando un conflitto famiglia lavoro.
La crescente quota di donne nella professione medica determina importanti conseguenze organizzative ed economiche dei sistemi sanitari. I cambiamenti nella professione medica sono legati non solo all'aumento del numero delle donne medico, ma anche ai cambiamenti generazionali del modo di intendere la professione: conciliazione tra lavoro e famiglia, condivisione della responsabilità sul paziente, equilibrare vita personale e professionale sono i nuovi obiettivi della pratica medica sia per gli uomini e le donne.
Le regole di mercato del lavoro per il medico sembrano destinate a diventare più severe e le peggiori finanze del settore pubblico sembrano ridurre le opportunità di occupazione.
Le implicazioni organizzative del cambiamento dei modelli di lavoro e le preferenze per quanto riguarda l'orario di lavoro e le scelte di specialità devono essere esaminati ed il loro effetto economico valutato.

Il successo dipenderà dal riconoscimento delle legittime esigenze della forza lavoro medica sia collettivamente che individualmente con una visione realistica della possibilità di carriera.

Tabella 11 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2012

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	42,86%	57,14%
DERMATOLOGIA	33,33%	66,67%
EMATOLOGIA	100,00%	0,00%
GASTROENTEROLOGIA	50,00%	50,00%
GENETICA MEDICA	100,00%	0,00%
GERIATRIA	43,75%	56,25%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	38,46%	61,54%
MALATTIE INFETTIVE	46,67%	53,33%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	55,56%	44,44%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	66,67%	33,33%
MEDICINA INTERNA	46,81%	53,19%
NEFROLOGIA	50,00%	50,00%
NEONATOLOGIA	50,00%	50,00%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00%	0,00%
ONCOLOGIA	41,67%	58,33%
PEDIATRIA	73,68%	26,32%
RADIOTERAPIA	40,00%	60,00%
REUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
SUBTOTALI	51,36%	48,64%

DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	0,00%	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	12,50%	85,50%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	28,57%	71,43%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0%	100,00%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	45,45%	54,55%
NEUROCHIRURGIA	15,38%	84,62%
OFTALMOLOGIA	33,33%	66,67%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,00%	100,00%
UROLOGIA	25,00%	75,00%
SUBTOTALI	16,67%	83,33%
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	57,14%	42,86%
MEDICINA LEGALE	0,00%	100,00%
MEDICINA NUCLEARE	100,00%	0,00%
MEDICINA TRASFUSIONALE	37,50%	62,50%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	66,67%	33,33%
NEURORADIOLOGIA	40,00%	60,00%

PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	71,43%	28,57%
RADIODIAGNOSTICA	50,00%	50,00%
SUBTOTALI	54,00%	46,00%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	**% Femmine**	**% Maschi**
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	66,67%	33,33%
SUBTOTALI	66,67%	33,33%
Totale	**44,89%**	**55,11%**

Grafico 9 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2012

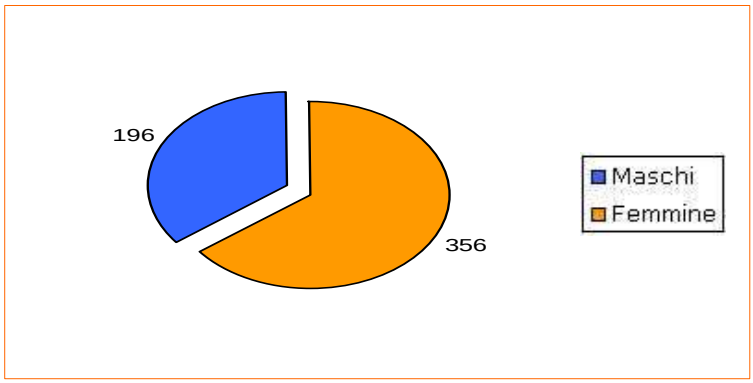


Tabella 12 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2012

Area Medica e delle specialità mediche				
Scuola di specializzazione	**Femmine**	**%Femmine**	**Maschi**	**% Maschi**
Allergologia ed immunologia clinica	5	83,33%	1	16,67%
Cardiologia	9	50,00%	9	50,00%
Dermatologia e venereologia	4	80,00%	1	20,00%
Ematologia	5	83,33%	1	16,67%
Endocrinologia e malattie del ricambio	4	80,00%	1	20,00%
Gastroenterologia	5	83,33%	1	16,67%
Geriatria	11	84,62%	2	15,38%
Malattie dell'apparato respiratorio	15	75,00%	5	25,00%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	3	75,00%	1	25,00%
Malattie infettive	2	50,00%	2	50,00%
Medicina d'emergenza-urgenza	12	57,14%	9	42,86%
Medicina fisica e riabilitazione	11	78,57%	3	21,43%
Medicina interna	20	68,97%	9	31,03%
Nefrologia	11	73,33%	4	26,67%
Neurologia	13	81,25%	3	18,75%
Neuropsichiatria infantile	21	91,30%	2	8,70%
Oncologia	8	80,00%	2	20,00%
Pediatria	43	89,58%	5	10,42%
Psichiatria	17	85,00%	3	15,00%
Radioterapia	13	76,47%	4	23,53%
Scienza dell'alimentazione	0	0,00%	2	100,00%
Totali	232	76,82%	70	23,18%

Area di Chirurgia e delle specialità chirurgiche				
Scuola di specializzazione	**Femmine**	**%Femmine**	**Maschi**	**% Maschi**
Cardiochirurgia	0	0,00%	2	100,00%
Chirurgia generale	12	36,36%	21	63,64%
Chirurgia maxillo facciale	6	35,29%	11	64,71%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	4	44,44%	5	55,56%
Chirurgia toracica	3	60,00%	2	40,00%
Chirurgia vascolare	2	33,33%	4	66,67%
Ginecologia e ostetricia	18	75,00%	6	25,00%
Oftalmologia	6	66,67%	3	33,33%
Ortopedia e traumatologia	5	26,32%	14	73,68%
Otorinolaringoiatria	4	66,67%	2	33,33%
Urologia	1	33,33%	2	66,67%
Totali	61	45,86%	72	54,14%
Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi				
Scuola di specializzazione	**Femmine**	**%Femmine**	**Maschi**	**% Maschi**
Anatomia patologica	7	63,64%	4	36,36%
Anestesia e rianimazione	3	27,27%	8	72,73%
Anestesia rianimazione terapia intensiva	18	60,00%	12	40,00%
Biochimica clinica	2	100,00%	0	0,00%
Medicina legale	3	60,00%	2	40,00%
Radiodiagnostica	34	59,65%	23	40,35%
Totali	67	57,76%	49	42,24%
Area di sanità pubblica				
Scuola di specializzazione	**Femmine**	**%Femmine**	**Maschi**	**% Maschi**
Igiene e medicina preventiva	10	90,91%	1	9,09%
Medicina del lavoro	13	72,22%	5	27,78%
Totali	23	79,31%	6	20,69%

Per concludere l'analisi della popolazione aziendale, si vuole osservare la nazionalità degli operatori. Dalla sottostante tabella emerge che l'Azienda annovera tra i propri dipendenti 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 31.12.2012 – Distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	% Femmine	Maschi	% Maschi
ALBANESE	1	100,00%	0	0,00%
ARGENTINA	1	100,00%	0	0,00%
GRECA	0	0,00%	1	100,00%
MAROCCHINA	1	100,00%	0	0,00%
PARAGUAIANA	18	90,00%	2	10,00%
POLACCA	4	100,00%	0	0,00%
SPAGNOLA	45	95,74%	2	4,26%
RUMENA	2	100,00%	0	0,00%
SERBA	1	100,00%	0	0,00%
UCRAINA	1	100,00%	0	0,00%
LETTONE	1	100,00%	0	0,00%
Totali	75	93,75%	5	6,25%

Mobilità del personale

La tabella 14 che segue rileva l'andamento degli ingressi e delle uscite del personale in Azienda nel corso degli anni 2010-2012, secondo i criteri previsti per il conto annuale e tenendo conto del solo personale a tempo indeterminato.
Tale andamento ha indubbiamente risentito, per quanto riguarda l'anno 2010, del completamento delle procedure di stabilizzazione del lavoro precario, che hanno determinato un incremento delle assunzioni a tempo indeterminato.
Relativamente al 2012, gli ingressi di personale a tempo indeterminato sono correlati alle dinamiche dei rapporti di lavoro a tempo determinato e atipico: a fronte infatti di un decremento di quest'ultima tipologia di impiego, si registra un aumento delle assunzioni a tempo indeterminato, così come evidenziato nella tabella 1 presentata in apertura del capitolo.
Le politiche delle risorse umane nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state influenzate dal 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.
Confermando la tendenza già avviata negli anni precedenti, la politica di gestione delle risorse umane dell'Azienda è stata prevalentemente orientata verso il personale dedicato all'assistenza, con particolare riferimento al personale dirigente medico e sanitario e del personale tecnico dedicato all'assistenza, realizzando contestualmente una contrazione rispetto al personale non medico dell'area Comparto e del personale amministrativo.
L'acquisizione di personale appartenente all'area medica è da ricondurre alle seguenti problematiche:

- criticità nell'area ostetrica-ginecologica, stante la necessità di garantire le prestazioni erogate a fronte delle cessazioni di personale universitario avvenute nell'anno 2011, oltre alla prevista attivazione del percorso della Parto analgesia;
- nell'ambito del suddetto progetto di Parto Analgesia si è reso indispensabile altresì potenziare la dotazione di personale medico anestesista;
- la realizzazione del progetto di integrazione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma "Continuità assistenziale h24", che ha previsto, tra l'altro, l'assunzione di due Dirigenti Medici Disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, da destinarsi alle funzioni di Osservazione Breve Intensiva, il cui sviluppo rientra nel percorso progettuale finalizzato ad ottimizzare la tempistica di risposta agli accessi del Pronto Soccorso;
- necessità di garantire la continuità e l'integrazione nell'area neonatologica, non potendosi ulteriormente dilazionare la sostituzione di personale cessato nel 2011.

Con riferimento al personale tecnico dedicato all'assistenza, si è reso indispensabile procedere ad un adeguamento dell'organico al fine di rendere una appropriata ed efficiente erogazione agli utenti delle prestazioni necessarie alla cura, in relazione al completamento della sperimentazione del modello assistenziale, che ha previsto il crescente coinvolgimento di altro personale tecnico di supporto (OSS), al quale delegare le attività assistenziali di base in relazione alla tipologia di utenti.

Tabella 14 Mobilità del personale a tempo indeterminato, anni 2010-2012

Mobilità in uscita	2010	2011	2012
Limite età	5	6	9
Dimissioni	96	78	64
Passaggio altra amm.ne	80	68	55
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0
Altre cause	11	2	8
Mobilità in entrata	**2010**	**2011**	**2012**
Provenienti altre amm.ni	25	42	26
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0
Procedure concorsuali	247	70	126
Altre cause	7	1	5
Differenza	+87	-41	+21

Tabella 15 Cessati per categorie, 2010-2012.

Categorie	Passati altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2012				
Dirigenti medici	3	8	2	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	1	0	0
Personale infermieristico	33	23	1	1
Personale della riabilitazione	1	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	5	13	0	0
Altro personale ruolo tecnico	2	2	4	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	11	7	2	3
Personale amministrativo	0	9	0	2

Tabella 16 Assunti per categorie, 2010-2012

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2012			
Dirigenti medici	8	15	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	3	0
Personale infermieristico	9	61	1
Personale della riabilitazione	0	3	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	18	1
Altro personale ruolo tecnico	1	1	2
Personale OTA, OSS, ausiliari	6	24	0
Personale amministrativo	1	1	0

Pari opportunità

In tema di pari opportunità, l'anno 2012 è connotato da un'occasione significativa per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: il giorno 3 luglio 2012, presso la Sala Monumentale della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento delle Pari Opportunità, è stato sottoscritto l'Atto di concessione del finanziamento per il Progetto pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking.
E' proprio grazie a questo finanziamento che l'Azienda con il Comitato Unico di Garanzia ha potuto organizzare un percorso formativo intitolato *"L'accoglienza ospedaliera alle donne vittime di violenza di genere e di stalking"*, rivolto agli operatori sanitari scelti tra quelli abitualmente coinvolti nell'assistenza alle donne vittime di violenza, in particolare quindi, personale medico e infermieristico del Pronto Soccorso, dell'Ostetricia e Ginecologia, insieme agli operatori delle Forze dell'Ordine, ai Medici di Medicina Generale ed al Centro Antiviolenza (cfr. a riguardo anche il paragrafo "Contrastare le iniquità" nella sezione 3.2 *Universalità ed equità di accesso*).
Il progetto, avviato nel mese di ottobre 2012, è articolato in momenti specifici, fortemente integrati tra loro, per una durata complessiva di 12 mesi. A chiusura del progetto, verrà organizzato un evento per informare la cittadinanza circa l'acquisizione delle specifiche competenze sull'accoglienza, insieme ad un'assistenza qualificata ed integrata con il territorio. Le fasi in cui il progetto si sviluppa sono esattamente tre:

Fase formativa – obiettivo generale della formazione
Si propone di aumentare le conoscenze del fenomeno della violenza sulle donne in termini culturali, antropologici e sociologici. In particolare è stato affrontato il tema dello stalking, dei maltrattamenti, della violenza domestica e della violenza sessuale.
Si è inteso migliorare la capacità degli operatori di relazionarsi con le vittime di violenza, migliorare la capacità di identificazione di situazioni a rischio, acquisire le competenze nella capacità di ascolto e di gestione del colloquio di sostegno, nonché di gestione dell'accoglienza, anche in presenza dell'aggressore.
Al termine del percorso formativo, verrà attivata una procedura per l'accoglienza ospedaliera.
Fase operativa - obiettivo
L'obiettivo, che si raggiungerà attraverso la sinergia tra condivisione e disseminazione delle conoscenze e/o competenze apprese, è di migliorare l'accoglienza ed il percorso delle vittime, nell'accesso alle strutture sanitarie e nelle prime fasi successive alla dimissione.
Sono stati individuati due professionisti dell'area del Pronto Soccorso, un medico ed un infermiere, che in qualità di esperti e referenti, seguiranno l'applicazione della procedura, della sua diffusione e della rilevazione degli indicatori previsti. Per adeguare le attrezzature necessarie alla acquisizione e conservazione delle prove della violenza, il progetto prevede l'acquisto per il Pronto Soccorso di una macchina fotografica digitale con schede di memoria e di un idoneo frigorifero.
Fase valutativa e monitoraggio
E' prevista una articolata attività di monitoraggio e valutazione del progetto in tutte le sue parti.
In fase di definizione della procedura di accoglienza, verranno individuati degli indicatori che verranno rilevati nel periodo di prima applicazione.

Nel corso dell'anno 2012 è stata altresì completata la raccolta dei dati relativi all'indagine conoscitiva in merito alla conciliazione tra carriera e vita lavorativa condotta sui medici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
L'interrogativo principale della ricerca consiste nel fatto che la professione medica si sta sempre di 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. Inoltre la pratica medica sta cambiando per tutti i medici: conciliazione tra lavoro e famiglia, condivisione della responsabilità sul paziente, necessità di equilibrare vita personale e professionale sono i nuovi obiettivi della pratica medica sia per gli uomini che per e le donne
Le implicazioni organizzative del cambiamento dei modelli di lavoro e le preferenze per quanto riguarda l'orario di lavoro e le scelte di specialità devono essere esaminati ed il loro effetto economico valutato. Inoltre le regole di mercato del lavoro per il medico sembrano destinate a diventare più severe e la situazione economica del settore pubblico sembra ridurre le opportunità di occupazione.

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.
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.
Nella definizione del modello di partecipazione viene riconosciuto un ruolo di primo piano al Collegio di Direzione (CdD), organo collegiale dell'Azienda con compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.
Il ruolo attribuito al CdD dall'Atto aziendale è fortemente propositivo nei confronti della Direzione generale, con particolare riguardo agli aspetti di integrazione tra l'attività di cura e assistenza e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione, nonché per quanto concerne temi trasversali come il piano formativo aziendale adottato dal Direttore Generale.
Inoltre, il Collegio di Direzione svolge un significativo ruolo organizzativo, quale organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico. Nell'ambito del Collegio difatti vengono definiti, valutati e condivisi i principi, le metodiche e gli obiettivi correlati al governo clinico, che vengono tradotti successivamente in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e a livello delle singole Unità Operative.

Nel corso del 2013 il CdD ha partecipato alla progettazione di una nuova organizzazione ospedaliera che risponde a nuovi e importanti fabbisogni organizzativi in coerenza con i mutamenti e le dinamiche ambientali, richiedendo una linea assistenziale che non si strutturi più in funzione dei reparti specialistici, bensì in relazione alle caratteristiche dei nuovi reparti (non più coordinatori di specialità ma coordinatori di reparti modulati per intensità di cura o che aggregano più specialità).
A tale proposito il Collegio di Direzione ha individuato i componenti del Gruppo Tecnico aziendale per approfondire il modello organizzativo per intensità di cura.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca e innovazione il Collegio di Direzione rappresenta la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e della ricaduta complessiva delle proposte progettuali.

A tale scopo, durante l'anno 2012 sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca inerenti:

- AREA 1 "Ricerca Innovativa": finalizzata alla produzione di nuove conoscenze su tecnologie e interventi di potenziale rilevanza per il Servizio sanitario Per quest'area nel 2012 non è stato pubblicato un bando ma è stato chiesto dalla RER ad ogni Collegio di Direzione di individuare i titoli di due Programmi (aggregazioni di più progetti finalizzati a raggiungere un insieme di obiettivi tra loro coerenti) di ricerca strategici per la propria Azienda.
  Il Collegio di Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha discusso l'orientamento fornito dal Board Aziendale della Ricerca, e ha formulato due proposte di Programma basate sia su un'attenta analisi delle idee progettuali contenute nel Piano della Ricerca Aziendale e della produzione scientifica dei professionisti, sia in coerenza con le strategie di innovazione aziendali. I due Programmi individuati sono relativi entrambi alla Medicina Personalizzata, uno in ambito cardiologico e uno infettivologico.
- AREA 2 "Ricerca per il Governo Clinico": finalizzata al completamento delle conoscenze necessarie al trasferimento nella pratica dei servizi sanitari e alla valutazione delle effettive potenzialità e dell'impatto di tecnologie e interventi in ambito sanitario.
  Il bando ha inteso stimolare proposte nell'ambito di specifiche aree tematiche, generalmente non coperte da attività di ricerca:

emergenza-urgenza (a.1), Lungodegenza (a.2), Medicina perinatale (a.3), Riabilitazione (a.4), Terapia intensiva (a.5)

Suddetto bando ha previsto due principali passaggi:

- valutazione preliminare delle idee progettuali sintetizzate in una lettera di intenti
- valutazione finale nella forma di progetto completo per quelle proposte che avranno superato la fase di valutazione preliminare.

Le lettere di intenti, prima di essere sottoposte al parere del Collegio di Direzione, sono state trasmesse ai componenti del Board Ricerca e Innovazione che hanno definito la rispondenza dei criteri per la formulazione del parere, in particolare:

- pertinenza ai quesiti previsti dal Bando,
- rigore metodologico,
- fattibilità e coerenza della richiesta economica.

Come previsto dal Bando il CdD ha selezionato 7 lettere d'intenti che il Direttore Generale ha trasmesso in Regione e che sono stati oggetto di valutazione durante workshop da parte di un team di referee individuati dalla RER.

- AREA 3 "Formazione alla ricerca e creazione di research network".

  Il Comitato di Indirizzo del Programma di Ricerca Regione-Università ha ritenuto opportuno lasciare ai Collegi di Direzione delle Aziende Ospedaliere Universitarie la decisione del progetto formativo da finanziare nell'ambito di due aree tematiche:

  - metodologia della ricerca per studi clinici di fase precoce, per studi con modelli adattativi e per studi che prevedono approcci multisettoriali/multidisciplinari,
  - assistenza nella preparazione di proposte per grant europei.

  Il Collegio di Direzione ha selezionato un progetto ritenuto rispondente ai requisiti previsti dal bando Ricerca Regione-Università e ritenuto maggiormente interessante.

- RICERCA FINALIZZATA

  Il bando pubblicato dal Ministero della Salute ha previsto aree tematiche specifiche, in particolare:

  a) dismetabolismo e patologie cardiovascolari
  b) patologie neurologiche
  c) oncologia
  d) infezioni e immunità
  e) nuove biotecnologie
  f) sicurezza alimentare e benessere animale
  g) patologie di origine ambientale, sicurezza negli ambienti di lavoro e patologie occupazionali.

  Sono previste 5 categorie di progetti; in ciascuna possono rientrare progetti clinico assistenziali o biomedici:

  1. Progetti ordinari di ricerca finalizzata
  2. Progetti ordinari di giovani ricercatori
  3. Progetti di rete – volti ad attivare Reti di ricerca traslazionale e clinica ad elevato impatto per il SSN
  4. Progetto estero – in collaborazione con ricercatori italiani residenti ed operanti all'estero
  5. Progetto cofinanziato – con cofinanziamento di aziende di diritto pubblico o privato.

  Il Collegio di Direzione ha indicato i progetti rispondenti ai requisiti previsti dal Bando e ritenuti maggiormente interessanti.

  Il giudizio è stato espresso considerando la fattibilità del progetto all'interno del contesto aziendale, la rilevanza del tema trattato, nonché l'attinenza con gli obiettivi strategici aziendali.

In tema di formazione è stato validato dal Collegio di Direzione il Piano Formativo Aziendale: documento programmatico che illustra le attività di formazione previste dall'Azienda che comprendono gli obiettivi alla base delle scelte formative proposte, l'impegno economico previsto, i destinatari delle azioni formative, i sistemi di verifica e di valutazione di qualità e di efficacia degli interventi programmati.

I piani aziendali della formazione prevedono la definizione di linee di indirizzo con obiettivi macro triennali e l'individuazione di aree di sviluppo annuali, che delineano lo sviluppo dei processi educativi per i professionisti.

Per quanto riguarda l'attività proposta dai Dipartimenti, sono state raggruppate le iniziative formative in relazione alle quattro aree di intervento coerenti con le linee al budget:

1) area della relazione con il paziente e con i famigliari
2) area organizzativo gestionale
3) area della ricerca
4) area dello specifico professionale.

Per quanto riguarda la funzione formativa aziendale è stato proposto il progetto formativo riguardante le relazioni interprofessionali che rappresenta la prosecuzione dell'analisi di fabbisogno effettuata nel 2011 con una ricerca qualitativa, socializzata a tutti i professionisti con un workshop.
Per l'area organizzativo-gestionale sono state presentate iniziative riguardanti l'integrazione professionale fra infermieri e OSS, le attività relative all'accreditamento istituzionale, in particolare revisione di protocolli e procedure, corsi di addestramento per l'inserimento di nuove procedure informatizzate.

Sono stati, inoltre, sottoposti al parere del Collegio di Direzione:

- Progetto Formazione Intraospedaliera nell'Emergency Cardiovascular Care (ECC)- Corsi per BLSD e ACLS per il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
  Questo Progetto prevede la formazione del personale sanitario (Medici, Infermieri, Tecnici e OSS) dell'Azienda, attraverso l'espletamento di corsi di rianimazione di base e avanzati con tecnica ad alta fedeltà, metodica crisis resource managament e refresh periodici per uniformare e mantenere elevato il livello delle competenze nell'ambito delle emergenze cardiovascolari.(cfr. la successiva sezione 4.6 Formazione)
  L'originalità del progetto è costituita dal fatto che verrà modificata soprattutto la metodologia di effettuazione degli interventi formativi. Se fino ad oggi erano previsti corsi BLSD e ACLS con individuazione del personale discente indipendente dall'équipe nel quale opera, con i corsi ad alta fedeltà si intenderebbe formare tutta l'èquipe alla gestione complessiva dell'emergenza, in modo tale da essere in grado di operare anche un coordinamento delle singole azioni dei professionisti che, nel percorso formativo, simuleranno in un'aula laboratorio attrezzata a stanza di degenza l'intero processo della rianimazione cardio-polmonare. Poiché la letteratura già evidenzia i migliori risultati in termini di sopravvivenza dei pazienti con la formazione ad alta fedeltà, il progetto prevede anche un monitoraggio e una misurazione degli esiti di tale formazione, attraverso uno specifico progetto di ricerca.
  Saranno, inoltre, previsti:
  - corsi BLSD previsti per personale sanitario dei reparti di degenza ordinaria, del comparto e dei servizi di radiologia
  - corsi ACLS previsti per personale sanitario dei reparti di terapia intensiva, PS, medicina d'urgenza, cardiologia, cardiochirurgia e 118.
  - refresh periodici con lo scopo di mantenere le prestazioni dei sanitari ad un livello elevato nell'affrontare situazioni critiche legate all'arresto cardiaco.

- Corso di formazione alla ricerca in area psicosociale per professioni sanitarie, proposto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Parma. Tale corso è rivolto a tutti i Professionisti Sanitari non medici che operano nelle strutture sanitarie regionali pubbliche e private e a libero professionisti.
  E' un corso teorico-pratico con finalità di progettare, implementare e concludere una ricerca sviluppata in gruppo con l'affiancamento di tutor di ricerca e la supervisione del responsabile scientifico del corso.
  Il corso è particolarmente legato alle esigenze e ai problemi del Servizio sanitario: infatti, per definire le aree di ricerca si è fatto riferimento agli obiettivi del Piano sanitario e sociale della regione Emilia Romagna.
  Sono state, quindi, individuate quattro aree di interesse:
  - costruire reti di fronteggiamento
  - promuovere forme di partecipazione attiva dei professionisti
  - potenziare e qualificare l'accoglienza sanitaria in ospedale e sul territorio
  - valorizzare i professionisti in sanità

Sono stati, inoltre, validati dal Collegio di Direzione:

- la modifica del Regolamento dell'attività libero professionale,
- la modifica del Regolamento aziendale per l'effettuazione di prestazioni aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma,
- il Regolamento aziendale per la disciplina della mobilità in entrata,
- il Regolamento per la concessione del patrocinio da parte dell'Azienda Ospedaliera di Parma.Tale documento ha lo scopo di garantire una gestione trasparente e corretta dell'immagine dell'Ospedale, e di regolare i rapporti tra l'Azienda stessa e coloro che desiderano richiedere il patrocinio per iniziative benefiche, corsi, convegni, seminari, pubblicazioni ed altri eventi a carattere scientifico e culturale – di interesse del Servizio Sanitario Regionale o per il solo l'utilizzo del logo aziendale,
- il documento per effettuare donazioni da parte di Associazioni o Privati a favore del Nuovo Ospedale del Bambino.

Il Collegio di Direzione costituisce il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico ed ha il compito di collaborare alla elaborazione dei programmi e dei documenti aziendali di riferimento (linee di indirizzo al budget, piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico, per l'accreditamento, eccetera).
A questo riguardo, nel corso dell'anno 2012, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2012 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2012.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

Il tema della tutela della salute e sicurezza per ambienti di lavoro rappresenta un caposaldo della giurisprudenza nazionale; dal 1955, anno di pubblicazione del D.P.R. 547 - corposo articolato normativo che per la prima volta aveva esaminato e disciplinato le principali fonti di esposizione a rischio per i lavoratori appartenenti a tutte le categorie - sono passati oltre 50 anni, nel corso dei quali l'attenzione su questi temi è andata progressivamente crescendo, in ragione dell'elevatissimo numero di infortuni registrati in Italia per cause imputabili all'attività lavorativa, fino ad arrivare all'ormai noto D. Lgs. 81/08, il quale raccoglie e disciplina in maniera ordinata tutte le caratteristiche che un ambiente di lavoro "sicuro" deve possedere, adottando molto spesso una politica cosiddetta preventiva allargata a tutti gli ambiti di esposizione ai quali i lavoratori possono potenzialmente essere soggetti.

Con queste finalità, anche per l'anno 2012, con D.G.R. 653/2012, vengono assegnati alle Aziende Sanitarie specifici obiettivi in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, tra i quali si evidenziano:

1) Promuovere la formazione degli operatori e favorire l'integrazione professionale al fine di assicurare in materia di vigilanza e controllo metodologie e criteri omogenei secondo le indicazioni regionali,
2) Mantenere gli attuali livelli di copertura relativi alle verifiche e controlli delle attrezzature,
3) Assicurare la rispondenza del documento di valutazione del rischio a quanto previsto dalla normativa, ivi compreso il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza e le verifiche sulla loro attuazione, nonché modalità di aggiornamento tempestive rispetto a modifiche organizzative e strutturali.

Risultati raggiunti
Intensificazione della generale attività di prevenzione e sensibilizzazione a scopo informativo e gestionale sulle tematiche legate alle modalità comportamentali per la gestione dell'emergenza nonché valida promozione dell'attività formativa in merito alla parte generale dei rischi sulla sicurezza per ambienti di lavoro, consentendo una familiarizzazione con le tematiche affrontate e fornendo delle indispensabili indicazioni sia dal punto di vista comportamentale che in ordine agli obblighi cui tutti i soggetti definiti nel NTU sono tenuti ad attenersi: Datore di lavoro, Dirigenti, Preposti, Lavoratori.

Interventi realizzati nel corso del 2012
Attività formativa nel rispetto dei criteri stabiliti dall'Accordo Stato-Regioni vigente dal 26 gennaio 2012**:** sono stati promossi i primi corsi riservati sulla parte generale dei rischi sulla sicurezza per ambienti di lavoro, per una durata (come richiesto) di 4 ore, accreditabili ECM, sulla base del programma contenuto nell'Accordo medesimo. Il personale da formare è stato suddiviso per Dipartimenti Assistenziali Integrati, iniziando dal D.A.I. Geriatrico Riabilitativo, con l'obiettivo di proseguire, a conclusione di questo, anche con gli altri Dipartimenti, e di coinvolgere anche il personale dell'area Tecnico-Amministrativa. Il progetto complessivamente prevede la formazione di tutti i dipendenti, dai quali sono stati estrapolati tutti coloro i quali hanno già effettuato la formazione sulla sicurezza negli anni precedenti (Formazione di Dirigenti, Preposti, Formatori per la Sicurezza), nei cui ambiti le materie trattate richieste dall'Accordo erano già state inserite. E' inoltre proseguita l'attività formativa indirizzata a personale neoassunto (sia tempo determinato sia indeterminato), avviata a partire dall'anno 2010, in varie edizioni modulari.
Elaborazione documentazione di legge per apparecchiature che utilizzano laser: poiché l'Azienda ha in carico 14 apparecchiature elettromedicali che utilizzano il laser, ricadenti nelle classi di rischio 3B e 4, si è proceduto ad elaborare la documentazione per la valutazione dei rischi per utilizzo degli strumenti

in sicurezza; in occasione dei controlli periodici che vengono effettuati, oltre alle verifiche di sicurezza elettrica, vengono condotte misurazioni puntuali con strumentazioni tarate e certificate finalizzate a registrare eventuali anomalie derivanti dall'uso, che consentono anche di individuare le zone di sicurezza (verifiche di potenza della sorgente principale, della sorgente di puntamento, verifica di allineamento tra le due sorgenti) e il loro mantenimento entro i limiti di soglia previsti dalla norma CEI En 60601 –2 – 22.

Gestione dell'emergenza: la successione di eventi sismici, che hanno interessato la Regione Emilia-Romagna nel primo semestre del 2012, ha comportato l'intensificarsi di una generale attività di prevenzione e sensibilizzazione a scopo informativo e gestionale sulle tematiche legate alle modalità comportamentali da porre in atto da parte del personale dipendente, nel caso di eventi sismici. In funzione di ciò si è inoltre proceduto a uno studio analitico delle diverse priorità da attribuire agli interventi, in considerazione della tipologia di edifici ricadenti nel comprensorio ospedaliero, della loro destinazione d'uso, del loro stato di vetustà, distinguendo anche fra ambienti che ospitano attività assistenziali/sanitarie sospendibili e non sospendibili. La Squadra di Emergenza Interna, che presidia l'ospedale H 24, in coordinamento con i tecnici del Servizio Attività Tecniche e Logistiche, procede quindi ad una verifica supportata da eventuali successivi approfondimenti in funzione delle criticità riscontrate, attivando, nel caso si ritenesse necessario, l'Unità di Crisi Ospedaliera. La procedura è stata diffusa a tutto il personale dipendente anche a mezzo di incontri informativi in più sessioni ripetute.

Redazione "scheda dati occupazionali": Ogni qualvolta il lavoratore richiede al Medico Competente visita medica (ai sensi dell'art. 41 comma 1 lett. b) e comma 2 lett. c del D.L.vo 81/08), a supporto della documentazione da rendere disponibile per la valutazione di ogni singolo caso, il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale redige la "scheda dati occupazionali", che sintetizza le esposizioni potenziali del dipendente ai rischi connessi all'attività lavorativa ad esso assegnata. La scheda, vidimata oltre che dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione anche dal RAD o Direttore U.O. o Responsabile/Direttore del Servizio/Ufficio, viene quindi trasmessa per il seguito di competenza. Il risultato fornisce una "fotografia" dell'attività svolta dal dipendente e relativo ambiente di lavoro, analizzata dal punto di vista delle esposizioni potenziali ai fattori di rischio intrinseci alle mansioni assegnate.

Elaborazione del documento di sintesi dell'andamento statistico degli infortuni in Azienda: rappresenta un importante momento consuntivo, dal quale poter desumere trend fondamentali per l'adozione delle corrette indicazioni da porre in essere per il mantenimento della salute e sicurezza nell'espletamento delle attività lavorative di ciascun operatore ospedaliero, nonché dal quale poter avere una precisa panoramica sugli infortuni, distinguendo tipologia e localizzazione degli accadimenti registrati nel corso dell'anno.

Sorveglianza sanitaria

Nel corso del 2012, il controllo sanitario dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è sviluppato in applicazione con le direttive fornite Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Protocolli di sorveglianza sanitaria

Nel corso dell'anno, sono stati profondamente rivisti e implementati i protocolli delle visite preventive e periodiche, in attesa dei risultati definitivi dello specifico gruppo di lavoro attivato in Regione.

E' stata inoltre modificata la cartella sanitaria e rischio al fine di renderla più aderente alle indicazioni del D.lgs. 81/08 e smi.

Si è provveduto inoltre ad aggiornare la classificazione del rischio della popolazione ospedaliera sulla scorta delle nuove valutazioni dei rischi prodotte 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.

Le cartelle sanitarie di ciascun dipendente sono conservate presso il Servizio di Medicina Preventiva, della Direzione Sanitaria nel rispetto del segreto professionale e della privacy.

Nel corso del 2012, la sorveglianza sanitaria effettuata è stata la seguente:

	Maschi	Femmine
n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati)	308	866
n. lavoratori idonei alla mansione specifica	265	668
n. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	3	9
n. lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	39	189
n. lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	1	0
n. lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	0	0
Lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per esposizione a rischi		
Movimentazione manuale dei carichi	186	
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	112	
Agenti chimici	30	
Agenti cancerogeni e mutageni	2	
Agenti biologici	242	
Vedeoterminali (VDT)	12	
Campi elettromagnetici	36	
Radiazioni ottiche artificiali	15	
Addetti al lavoro notturno (D.Lgs n. 66 del 2003 2 2113/2004) > 80gg/anno	13	

Le principali cause di inidoneità sono riconducibili alle seguenti problematiche:

- patologia osteoarticolare
- allergopatie
- patologia infettiva

Le diverse inidoneità sono gestite a livello aziendale tramite una linea guida condivisa tra i servizi coinvolti.
Il sistema di sorveglianza delle esposizioni a rischio biologico avviene tramite il programma SIROH presente presso il Servizio di Igiene. L'andamento evidenziato è risultato essere sostanzialmente in linea con lo scenario descritto negli anni precedenti.

Formazione

Sono state realizzate iniziative di informazione/formazione sui temi della sorveglianza sanitaria per i neoassunti.
Inoltre, tenendo conto dei fabbisogni delle esigenze delle singole unità operative, sono stati progettati e realizzati specifici incontri, rivolti a tutto il personale delle diverse strutture assistenziali.
Particolare attenzione è stata posta alla tematica del rischio biologico.
Sono stati realizzati momenti di formazione e informazione del personale riguardo al tema della patologia influenzale e delle nuove infezioni emergenti.

Infortuni biologici

In caso di infortunio biologico, in Azienda è operativo il Protocollo do Profilassi Post-Esposizione aggiornato con le indicazioni contenute nella normativa vigente.
La procedura prevede che gli infortunati accedano nel più breve temo possibile al Pronto Soccorso per la denuncia di infortunio a rischio biologico (puntura/taglio con ago e taglienti, contaminazione muco-cutanea) e valutare l'opportunità di procedere, sulla base delle valutazione del consulente infettivologo, all'inizio della profilassi post-espositiva; in quest'ultimo caso la profilassi viene continuata presso la UOC di Igiene Ospedaliera e Medicina preventiva ove viene eseguito il necessario follow-up.
Nessuna sieroconversione si è registrata nel corso del 2012
Tale situazioni diventano anche occasione di formazione in merito relativamente ai corretti comportamenti d'adottare ed ai dispositivi di protezione individuale da utilizzare.

Vaccinazioni

L'attività vaccinale è stata finalizzata alla prevenzione del Rischio Infettivo maggiormente rappresentato in Azienda. Le vaccinazioni vengono proposte dagli operatori del Servizio di Medicina Preventiva in modo attivo e gratuito. In Azienda è operativa, sulla base della valutazione del rischio disponibile, la chiamata attiva degli operatori che non risultano immunizzati.

Tutto il personale neoassunto viene sottoposto agli interventi vaccinali previsti dalla normativa per gli operatori sanitari.
Nel corso del 2012, l'attività vaccinale è stata la seguente:

	Numero Vaccinati
Vaccinazioni antidiftotetaniche	301
Vaccinazioni antiepatire B	133
Vaccinazioni Morbillo/parotite/rosolia	83
Vaccinazioni antivaricella	29
Vaccinazioni antinfluenzali	179

Particolare attenzione è stata rivolta alla patologia tubercolare, nei confronti della quale sono state messe in atto le ultime indicazioni pervenute dai livelli regionali.

L'attività si è sviluppata nel seguente modo:

Controlli antitubercolari	
Test Matoux effettuati	186 (positivi n.59)
Test Quantiferon effettuati	124 (positivi 26)
Valutazioni pneumologiche effettuate a seguito della positività del soggetto	69
Profilassi effettuate	12

Collaborazioni

È stata mantenuta implementata la collaborazione con il Laboratorio di Aerobiologia per il monitoraggio ambientale dell'inquinamento microbiologico e da lattice delle aree critiche.
Nell'ambito della valutazione dei rischi presenti in Azienda, è iniziata la revisione della valutazione del rischio da rischio biologico da parte del Servizio di Igiene Ospedaliera.
E' altresì proseguita la partecipazione ai gruppi di studio promossi dal Servizio Sanità Pubblica della Direzione Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione.

Gestione degli infortuni

Dall'analisi dei dati degli infortuni occorsi al personale dipendente relativi all'anno 2012 si evidenzia un numero di infortuni complessivo pari a n. 401 eventi per un totale di giornate lavorative perse di n. 11542.
Nell'ambito della complessiva valutazione del fenomeno infortunistico, non si può prescindere da un attento tempestivo monitoraggio degli infortuni e delle modalità di accadimento per una corretta stesura delle denunce di infortunio, sia a tutela dei lavoratori che dell'ente.
Dagli infortuni possono infatti emergere delle criticità che, se prontamente rilevate, possono aiutare a correggere comportamenti sbagliati e prevenire ulteriori accadimenti.
Utilizzando il data-base appositamente creato per la rilevazione degli infortuni con finalità di statistica descrittiva, e costantemente aggiornato dal Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, si possono desumere chiavi di lettura che consentono di disporre di una precisa panoramica sugli infortuni, distinguendo tipologia e localizzazione degli accadimenti registrati nel corso dell'anno, nonché le ore lavorative perse. Solo confrontando le stesse voci distribuite nel corso degli ultimi anni, è possibile avere percezione degli sviluppi del lavoro in atto o ravvisare elementi di criticità, anche a carattere locale, che giustificano l'adozione di programmi correttivi mirati, allo scopo di conseguire una mitigazione dei fenomeni riscontrati.
Nonostante il confronto statistico con gli anni precedenti evidenzi un sensibile abbassamento dei parametri di valutazione degli infortuni, registrando i valori minimi raggiunti nel corso degli ultimi anni, il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale ritiene di poter contribuire anche negli anni prossimi ad ulteriori abbassamenti dei valori annui registrati, proseguendo la produttiva attività di sensibilizzazione e informazione/formazione del personale.
La partecipazione del Responsabile del SPPA in occasione di ciascun budget dipartimentale ha aumentato il livello di attenzione da parte delle figure dei Dirigenti e dei Preposti per la sicurezza; parimenti la somministrazione ai dipendenti del progetto formativo sui Rischi lavorativi (in ottemperanza agli obblighi

sanciti dall'Accordo Stato Regioni vigente dal 26 gennaio 2012) ha indubbiamente prodotto una più elevata sensibilità alle tematiche della sicurezza, con l'auspicio di un quadro di ulteriore abbassamento dei fenomeni infortunistici negli anni a seguire.

Il fenomeno infortunistico incide per un 10,56% rispetto al numero complessivo di 3796 operatori con rapporto di lavoro subordinato (numero di infortuni denunciati all'INAIL /N° totale dipendenti * 100). Sul totale degli infortuni denunciati, l'incidenza di quelli a matrice biologica è pari al 27% circa.
L'analisi relativa alla natura dei 401 infortuni evidenzia che:

- n. 108 infortuni sono da ricondurre a "eventi di rischio biologico", di cui 19 non hanno prodotto assenza dal lavoro e n. 3 sono dovuti a ricadute di infortuni precedenti;
- n. 71 infortuni sono riconducibili a "ricadute di infortuni", per un totale di giornate lavorative perse pari a 1134 giorni.

Le giornate perse per 22 ricadute di eventi accaduti nel 2012 risultano 204, mentre le giornate perse per eventi accaduti negli anni precedenti (in particolare dal 2007 al 2011) ammontano a 930.

Se si analizzano gli eventi infortunistici in un'ottica di genere, si può rilevare la seguente distribuzione:

- maschi infortunati: 109 infortuni;
- femmine infortunate: 292 infortuni.

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.
In base al sesso e all'età anagrafica, gli infortuni si ripartiscono come segue:

Tabella 17 Distribuzione infortuni in base a genere e età anagrafica

Età	Maschi	Femmine
20-30	11	19
31-40	39	68
41-50	39	125
51-60	18	72
61-65	2	8
Totale	109	292

Invece con riferimento alla tipologia dell'evento infortunistico, si evidenziano i seguenti dati:

Tabella 18 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2012

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Affaticamento Muscolare	1	24
Aggredito	6	33
Caduto	30	1147
Colpito da	9	277
Contatto con	25	63
Imprecisato	5	106
In Itinere	74	3335
Movimento incordinato	4	212
Mucocutaneo	6	6
Per cutaneo	56	141
Piede In Fallo	20	697
Schiacciato da	11	254
Scivolando	31	1100
Si schiacciava	8	291
Si tagliava	7	29
Spostando /Sollevando	91	3338
Urto contro	17	489
Totale	401	11542

Dalla tabella sopra riportata si evince che, confermando la tendenza degli ultimi anni, le lesioni da sforzo (cioè il rischio da movimentazione, azioni di spostamento – sollevamento pazienti e materiali) rappresentano la principale origine di evento infortunistico, sia in termini numerici sia in termini di giorni di assenza.
In particolare, come descritto nella seguente tabella, si osserva la parte del corpo che risente maggiormente dall'episodio infortunistico:

Tabella 19 Parte del corpo maggiormente colpita dall'evento infortunistico

Sede	Eventi	Giorni
Arto Inferiore	96	3804
Arto Superiore	90	2960
Bacino - Addome	11	379
Capo (faccia - testa)	10	58
Collo	16	854
Cute	59	73
Occhi	21	76
Plurima	31	1047
Torace - Tronco - Colonna	67	2291
Totale	401	11542

Tra le categorie di operatori interessati, si evidenzia che l'andamento rispecchia quello degli anni precedenti e che riguarda maggiormente le categorie più "popolate" all'interno dell'Azienda, le quali coincidono altresì alla classe di lavoratori più esposta al rischio infortunistico, vale a dire il personale dedicato all'assistenza, stante la peculiarità delle mansioni svolte.

Tabella 20 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	13	353
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	17	497
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	3	208
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	2	59
CAT. B OPERAT. TECN. ADDETTO ASSISTENZA	2	76
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	5	140
CAT. B OPERAT. TECN. AUTISTA	3	68
CAT. B OPERAT. TECN. CUCINA	1	22
CAT. B OPERAT. TECN. DI FARMACIA	1	32
CAT. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	3	42
CAT. B-SUP. OP. TECN. ADD. ASSISTENZA	1	1
CAT. B-SUPER OP. TECN. SPEC. CUCINA	1	70
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	2	221
CAT. D-SUPER COLL. AMM.VO PROF. ESPERTO	1	8
CAT.B COAD.AMM.VO ADD.SERV.POST.COLLEG.	1	39
CAT.B-SUP OP.TECN.SPEC. ARCHIVISTA	1	79
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	109	3036
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	12
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	1	38
CAT.C-ASS. TECNICO CENTRO ELETTRON.	1	2
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	4	78
CAT.C-ASS. TECNICO DI FARMACIA	1	2
CAT.D (ex BS-C) COLL.PROF.SAN. MASSOFIS.	1	3
CAT.D COL.P.S.T.FIS.CARDIOC ccnl 20.9.01	2	3
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	3	65
CAT.D COLL.P.SAN.T. ISTOPAT.ccnl 20.9.01	1	11
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	2	54
CAT.D-COLL.TECN. PROF.LE/ INFORMATICO	1	7
CAT.DS-COLL.PROF.SAN.ESP.-FISIOTERAPISTA	1	18
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	7	259
D COLL.PROF. ASS.SOCIALE ccnl 20.09.01	0	12
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	176	5253
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	5	131
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	5	144
DIRETTORE-DIRIG. MED CHIR PLAST E RICOST	1	1
DIRETTORE-DIRIG.MED.-MED.CHIR. ACC. URG.	1	1
DIRIG. MED.-MALATTIE DELL'APP. RESPIR.	1	1
DIRIG. MEDICO-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	3

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
DIRIG. MEDICO-CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1	43
DIRIG. MEDICO-GINECOLOGIA E OSTETRICIA	1	1
DIRIG. MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	2
DIRIG.MED.-CHIR. PLASTICA E RICOSTR.	1	1
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	1	1
DIRIGENTE BIOLOGO-PATOLOGIA CLINICA	1	10
DIRIGENTE MEDICO-CARDIOLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GENERALE	2	10
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	3
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	0	9
DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	1	1
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	0	64
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	2	206
DIRIGENTE MEDICO-RADIODIAGNOSTICA	1	1
DIRIGENTE ODONTOIATRIA	1	6
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	1	134
Totale	401	11542

Nella tabella che segue si riepilogano infine i dati relativi alla distribuzione del fenomeno infortunistico all'interno dei Dipartimenti dell'Azienda, sia come numero di eventi sia come giornate lavorative perse.

Tabella 21 Distribuzione eventi infortunistici nei Dipartimenti

Dipartimento	N. Eventi	Giorni
CARDIO-NEFRO-POLMONARE	58	1488
CHIRURGICO	52	1314
UNITA' OPERATIVE E SETTORI IN STAFF ALLA DIREZIONE AZIENDALE E SERVIZI GENERALI	33	1269
EMERGENZA ED URGENZA	63	1576
GERIATRICO E RIABILITATIVO	29	708
MATERNO-INFANTILE	45	1873
MEDICO POLISPECIALISTICO	8	167
NEUROSCIENZE	22	464
ONCO-EMATOLOGICO-INTERNISTICO	32	760
PATOLOGIA E MEDICINA DI LABORATORIO	16	783
RADIOLOGIA DIAGN. PER IMMAG.	13	467
TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	4	54
TESTA COLLO	26	619
Totale	401	11542

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 dell'Azienda 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 richiedono inoltre una presa in carico globale del cittadino, realizzabile attraverso interventi multiprofessionali sia nelle fasi decisionali che di realizzazione dei processi di cura. I percorsi di intrapresi hanno permesso di avviare e/o consolidare processi di innovazione gestionale e assistenziale ed hanno richiesto il coinvolgimento dell'intera équipe di cura con buoni risultati in termine di raggiungimento degli obiettivi indicati.

La valorizzazione delle competenze nel Dipartimento di Patologia e Medicina di Laboratorio: l'attività di ricerca, condotta nelle unità operative del Dipartimento, ha permesso un'ampia partecipazione del personale Tecnico di Laboratorio. Il coinvolgimento dei TSLB nei gruppi di ricerca si è realizzato nelle diverse fasi degli studi, dalla pianificazione, alla conduzione delle attività di ricerca sino alla pubblicazione dei risultati. I gruppi di studio multiprofessionali hanno favorito l'integrazione degli operatori e valorizzato le competenze specifiche dei diversi professionisti che hanno potuto confrontarsi in ambiti differenti dall'attività di diagnostica abitualmente svolta. Le attività di ricerca hanno affrontato diversi temi: studi sulla funzionalità piastrinica, ad esempio sull'influenza del tipo di aspirazione sui test diagnostici, l'influenza di emolisi spuria in diverse prove di laboratorio, la valutazione della distorsione introdotta dalla rottura degli eritrociti spuria al fine di valutare l'influenza di emolisi spurie sul emogasanalisi venoso, gli errori preanalitici nella diagnostica di ematologia, l'affidabilità dei test di routine ematologica in campioni emolizzati.

La rivisitazione dei processi lavorativi dei laboratori, nell'ottica di un costante miglioramento delle prestazioni erogate, si è focalizzata sulla fase pre-analitica del percorso di processazione dei campioni biologici. Tale fase risulta infatti particolarmente critica e complessa coinvolgendo una molteplicità di gruppi professionali e di servizi, anche extraziendali. Il convegno il "Percorso Appropriato per l'accesso alle attività della diagnostica di laboratorio", promosso dal gruppo di Coordinatori del Dipartimento, è stato indirizzato al personale infermieristico, tecnico ed ausiliario dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL. Negli incontri realizzati sono stati approfonditi gli aspetti tecnici delle prestazioni, favorendo la diffusione delle buone pratiche dalla richiesta di esame sino all'arrivo del campione nei diversi laboratori. Si sono inoltre attivati importanti percorsi di collaborazione tra i professionisti delle due aziende.

L'integrazione delle competenze nel Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Neuroradiologia: è proseguito il percorso di integrazione del personale Tecnico di radiologia afferente alle diverse unità operative dei Dipartimenti di Diagnostica e Neuroscienze. I risultati positivi, raggiunti nel corso del 2011, in termini di flessibilità organizzativa e di sviluppo delle competenze hanno stimolato la realizzazione di nuovi percorsi di apprendimento. La formazione è stata indirizzata al personale Tecnico e Infermieristico, per l'acquisizione di abilità anche complesse, che hanno favorito l'integrazione tra le diverse metodiche radiologiche. Il processo di innovazione tecnologica iniziato, e che proseguirà nei prossimi anni, richiede un rapido adeguamento delle conoscenze e delle abilità dei diversi professionisti coinvolti nei percorsi di cura. Il modello organizzativo sperimentato risulta utile per il raggiungimento di tali obiettivi, assicurando nel contempo il mantenimento di elevati standard qualitativi dei prodotti diagnostici offerti.

La Consulenza Infermieristica: la grande complessità e variabilità delle cure infermieristiche erogate nei diversi setting assistenziali impone ai professionisti l'accettazione dei propri limiti operativi e, allo stesso tempo, il riconoscimento delle abilità e delle conoscenze distintive degli infermieri esperti che, in possesso di un patrimonio teorico e pratico in uno specifico ambito assistenziale, mettono a disposizione degli utenti e della comunità professionale la loro competenza. La consulenza infermieristica risulta quindi un momento importante di confronto e di integrazione fra due professionisti, che si scambiano informazioni e consigli su metodiche e tecniche infermieristiche nella materia di competenza, con l'obiettivo di fornire la miglior risposta al bisogno di cura dell'assistito. L'attività di consulenza è una risorsa importante dell'organizzazione che risponde alla necessità di erogare prestazioni tecniche sicure e di qualità, fornire supporto ai professionisti per la soluzione di specifici problemi ad elevata complessità, promuovere la diffusione delle competenze e delle migliori pratiche assistenziali. In tale ottica sono stati incentivati percorsi di sviluppo professionale in ambiti assistenziali specifici e attivati i percorsi di consulenza infermieristica fondati sulla valorizzazione di infermieri esperti:

- consulenza infermieristica PICC Team
- consulenza infermieristica in wound care
- consulenza infermieristica per la gestione e la cura del paziente portatore di stomia
- consulenza infermieristica Centro Nutrizionale
- consulenza infermieristica per il paziente diabetico
- consulenza infermieristica Ambulatorio Piede Diabetico

Il PICC Team: l'attività di consulenza offerta dalla PICC Team risponde alla necessità di fornire una risposta di qualità ai pazienti che necessitano dell'applicazione di PICC (Peripherally Inserted Central Catheters). L'infermiere del PICC Team ha intrapreso un percorso di formazione specifico, che ha previsto

l'addestramento pratico, oltre che teorico, nella tecnica di applicazione. L'intervento dell'infermiere esperto non si limita alla consulenza per l'effettuazione della procedura, ma fornisce consulenza ai colleghi per la gestione del catetere e per la prevenzione e la gestione delle complicanze, indicazioni basate sulle più aggiornate evidenze scientifiche. Nel caso in cui il catetere venga utilizzato per infusioni in ambiente domiciliare educa il paziente e il caregiver alla sua gestione. E' stato definito il percorso per l'attivazione della consulenza tramite strumenti informatici, che facilitano la trasmissione delle informazioni necessarie ai professionisti e la tempestività della consulenza. L'analisi dei risultati ottenuti nei due anni di attività ha evidenziato un basso tasso di complicanze infettive e un progressivo aumento di richieste di consulenza da parte delle unità operative.

Osservatorio Ulcere Cutanee: l'attività di consulenza dell'infermiere esperto in wound care nasce con la realizzazione dell'Osservatorio nel 2006. Tale attività è andata intensificandosi sino a rappresentare una parte molto rilevante dell'attività dell'Osservatorio stesso. Le numerose richieste di consulenza, che provengono dagli infermieri delle unità operative, testimoniano come il confronto tra professionisti sia una pratica irrinunciabile per migliorare la risposta ai problemi assistenziali dell'utente. L'infermiere esperto effettua la consulenza per la valutazione e il trattamento delle ferite difficili, fornisce indicazioni per il corretto utilizzo delle medicazioni speciali ed avanzate e offre consulenza per favorire la continuità assistenziale post-dimissione collaborando per la definizione del percorso più appropriato (assistenza domiciliare, accessi all'ambulatorio vulnologico). L'attività di consulenza rappresenta un momento focale dell'attività dell'infermiere esperto in wound care in riferimento sia alla formazione sul campo rivolta ai colleghi, che viene realizzata in concomitanza alla consulenza, sia per la ricchezza delle informazione che vengono raccolte direttamente nelle unità operative di degenza.

Sperimentazione della consulenza infermieristica per il paziente diabetico: la necessità di attivare una consulenza infermieristica per il paziente diabetico ricoverato in ambiente ospedaliero è stata identificata dagli infermieri dedicati all'attività ambulatoriale di Diabetologia. L'esperienza maturata nell'accoglienza del paziente che inizia il trattamento ambulatoriale dopo un ricovero durante il quale, per la prima volta, ha iniziato il trattamento con insulina, indica infatti come le informazioni ricevute durante il ricovero siano spesso insufficienti per garantire una corretta gestione della malattia.
Esperienze condotte in altri ospedali indicano come gli effetti positivi della consulenza infermieristica siano da ricercare in: miglioramento della sicurezza del paziente, maggiore autonomia dei pazienti e dei caregiver, sviluppo delle competenze degli operatori, soddisfazione professionale del consulente.
Per migliorare la presa in carico del paziente, in particolare nella fase della dimissione, è iniziata quindi la sperimentazione di una consulenza infermieristica fornita da infermieri esperti nel trattamento del paziente diabetico provenienti dall'UO di Diabetologia. Il percorso in sperimentazione prevede l'attivazione della consulenza da parte dell'infermiere dell'UO per tutti i pazienti che iniziano il trattamento con insulina, l'intervento del consulente deve essere previsto con anticipo rispetto alla programmazione della dimissione. La consulenza si realizza in uno o più incontri, secondo le necessità, con il paziente e/o il caregiver. Gli obiettivi educativi e di addestramento sono rivolti all'acquisizione delle conoscenze e delle abilità tecniche utili per una gestione autonoma della malattia: somministrazione della terapia, controllo della glicemia tramite utilizzo di glucometro, compilazione del diario glicemico, come riconoscere i sintomi di iperglicemia ed ipoglicemia, comportamento da adottare in caso di ipoglicemia. Al termine dell'intervento viene consegnato il "kit di sopravvivenza" che contiene i presidi indispensabili per la somministrazione della terapia insulinica e il controllo della glicemia. Particolare attenzione viene dedicata alla continuità assistenziale individuando la struttura che prenderà in carico il paziente dopo la dimissione e assicurando la programmazione della prima visita. I primi mesi di sperimentazione sono stati dedicati alla definizione delle modalità di intervento e alla sensibilizzazione dei colleghi infermieri all'utilizzo della consulenza dell'infermiere esperto, è in corso l'elaborazione di una lettere di dimissione infermieristica per facilitare la presa in carico da parte delle strutture territoriali.
Lo sviluppo del progetto prevede che la consulenza infermieristica, sino ad ora prevalentemente utilizzata per le competenze tecniche ed educative rivolte al paziente, sia indirizzata anche ad attività di addestramento dei colleghi al fine di uniformare la gestione del paziente diabetico secondo principi di buona pratica. Un ulteriore sviluppo prenderà in esame la necessità di consulenza infermieristica per i pazienti ricoverati in trattamento con ipoglicemizzante orale.

Ambulatorio Piede Diabetico: l'attività dell'ambulatorio è dedicata al paziente affetto da diabete mellito, complicato dalla comparsa di lesioni trofiche all'estremità distale dell'arto inferiore, ed è gestita da un team multiprofessionale composto da medici e infermieri.

L'Ambulatorio è inserito nel Percorso Aziendale del Piede Diabetico che prevede il coinvolgimento di una serie di professionisti: specialisti in ortopedia, chirurgia vascolare, chirurgia plastica, malattie infettive, wound care. Nel percorso di cura è inserito l'Ambulatorio Infermieristico del piede diabetico, gestito da un infermiere esperto, dedicato al paziente che presenta lesioni cutanee superficiali.
Il team garantisce inoltre attività di consulenza presso le unità operative di ricovero. La consulenza viene effettuata, secondo le necessità, dal medico, dall'infermiere esperto o da entrambi i professionisti. L'attività di consulenza infermieristica prevede l'effettuazione di prestazioni tecniche al letto del paziente, interventi educativi rivolti al paziente e al familiare, interventi a supporto dei colleghi per la definizione del percorso di cura infermieristico.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

Il sistema della retribuzione di risultato per il personale dirigente per l'anno 2012 mantiene l'impianto generale della retribuzione di risultato così come delineato nei precedenti accordi aziendali.
Il sistema premiante così definito, secondo i principi della contrattazione collettiva nazionale, è collegato al raggiungimento degli obiettivi di èquipe 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 2012.
Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività sottoelencate e riportate nelle schede di budget 2012:

- Produzione
- Sviluppo nuovi modelli organizzativi e progetti specifici
- Governo Clinico
- Gestione del rischio infettivo
- Reti integrate
- Accessibilità
- Accoglienza ed umanizzazione
- Governo Economico
- Ricerca e Innovazione
- Aven e politiche di acquisto
- Investimenti

Costituiscono altresì obiettivi individuali dei Direttori di Dipartimento le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi , il rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, l'invio delle evidenze necessarie, la verifica dell'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget e oggetto di incentivazione, che si esplica mediante l'effettuazione di incontri direzionali con il Controllo di Gestione, con particolare riferimento ad obiettivi ritenuti critici, e mediante l'eventuale inoltro di relazioni esplicative richieste dalla Direzione Aziendale in caso di mancato conseguimento.
Anche per i Direttori di struttura complessa e semplice costituiscono obiettivi individuali le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi , il rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, l'invio delle evidenze necessarie.
Con riferimento al Servizio di guardia, l'obiettivo di mantenimento della continuità assistenziale rappresenta obiettivo strategico individuale di tutti i dirigenti medici il cui conseguimento dà titolo all'erogazione di quote di incentivo.
Il processo di attribuzione degli obiettivi si realizza annualmente attraverso la "cascata" delle responsabilità, partendo dalla concertazione degli obiettivi di èquipe 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 promozione del contributo di tutti i dirigenti si realizza attraverso specifiche riunioni, delle quali è redatto verbale da far pervenire alla Direzione Aziendale, finalizzato alla redazione delle evidenze e da cui acquisire la formale accettazione degli obiettivi.

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 èquipe assegnati alle articolazioni /strutture di riferimento e per i Direttori di Dipartimento e di struttura relativamente anche 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, tenuto del preventivo "rispetto del cingolo" risulta:

- Totale se la percentuale di conseguimento è inferiore o pari al 70
- Parziale e pari al 40% se la percentuale di conseguimento è tra 71 e 80
- Parziale e proporzionale alla percentuale di mancato raggiungimento se il conseguimento è tra 81 e 89
- 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:

a) tipologie degli incarichi dirigenziali previsti nell'assetto organizzativo aziendale in connessione con un coefficiente definito per ogni tipologia di incarico
b) grado di raggiungimento degli obiettivi complessivi di èquipe verificato a seguito del processo valutativo

Le quote derivanti dal mancato raggiungimento degli obiettivi di équipe sono riassegnate al fondo di pertinenza per l'anno successivo.
Le quote individuali che si liberano in corso d'anno per effetto delle assenze prodottesi vengono ridistribuite all'èquipe della stessa struttura in termini proporzionali alla maggior o minor presenza (giorni di effettivo servizio) assicurata da ciascun dirigente.
Per quanto riguarda l'individuazione delle tipologie di assenza dal servizio vengono confermate quelle utilizzate e definite nell'ambito dei precedenti accordi aziendali, fatta salva l'assenza per malattia dovuta a ricovero ospedaliero che ai fini della retribuzione di risultato viene considerata come presenza.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto

Anche il sistema di produttività del personale dell'area Comparto ricalca per l'anno 2012 la validità dell'impianto complessivo già delineato nei precedenti accordi aziendali sulla produttività, correlando la distribuzione delle risorse alla realizzazione degli obiettivi generali dell'azienda e finalizzandole al riconoscimento dell'impegno individuale (in termini di presenza in servizio) per il mantenimento dei livelli prestazionali quali-quantitativi di ciascuna Unità operativa.

Il percorso valutativo connesso agli obiettivi aziendali prefissati in sede di negoziazione di budget per l'anno 2012 è così strutturato:

- da parte della Direzione Strategica Aziendale per tutti gli operatori del Comparto circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni di riferimento;
- da parte del Nucleo di Valutazione, in seconda istanza, che verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di avvalorarne l'esito definitivo.

Il complessivo premio di produzione, correlato al raggiungimento degli obiettivi, è :

- parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento se conseguiti fino all'89%;
- totale se conseguiti tra 90% e 100%.

4.6 Formazione

I dati di attività

L'anno 2012 è stato un anno di consolidamento per quanto riguarda il sistema della formazione ECM. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel corso del Maggio 2012 ha ottenuto l'accreditamento

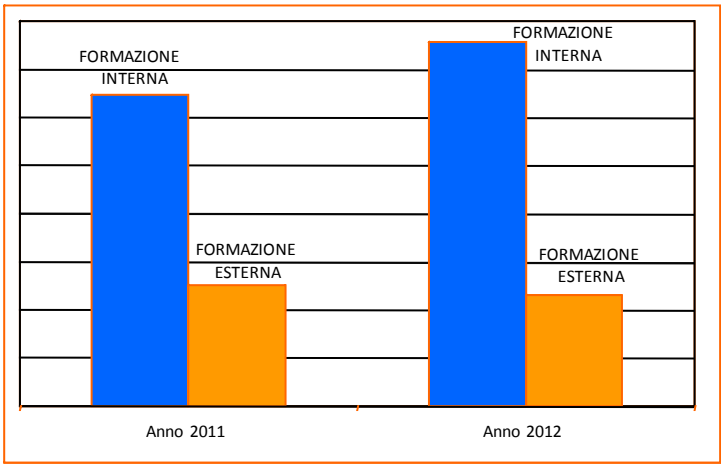
provvisorio come Provider ECM. La Regione Emilia-Romagna infatti ha riconosciuto l'Azienda quale erogatore di alta formazione conferendole la possibilità di valutare e attribuire direttamente i crediti ECM per le diverse forme di aggiornamento previste dal nuovo sistema. Tale riconoscimento ha comportato il potenziamento delle procedure aziendali di accreditamento ECM, attraverso l'istituzione di Comitato Tecnico Scientifico (CTS), composto da professionisti di documentata capacità ed esperienza nel campo scientifico e della formazione, con altresì il compito di proporre le modalità di rilevamento del fabbisogno formativo e di valutarne gli esiti, di verificare inoltre che il Piano Formativo Aziendale (PAF) sia coerente con le linee di indirizzo annuali e con i Dossier Formativi.
In quest'ottica di assestamento del sistema, si può leggere l'attività formativa dell'anno 2012. L'andamento della formazione per l'anno 2012 non si è troppo discostato da quello dell'anno precedente, se si analizza in termini di numero complessivo di ore erogate. Di contro si registra un incremento del numero complessivo di attività formative che esprime la scelta, da parte dei responsabili dei progetti formativi, di metodologie didattiche interattive rivolte ad un numero ristretto di partecipanti.
Complessivamente, durante l'anno 2012, l'Azienda ha erogato 732 momenti formativi (il 20,92 % in più rispetto lo scorso anno) di cui n.616 eventi residenziali (formazione residenziale interattiva, corsi tecnico-pratici, organizzativo gestionali, convegni, seminari) e n. 120 iniziative di Formazione sul Campo.
Il numero di eventi residenziali è aumentato sensibilmente (+ 39,7 %), rispetto all'anno precedente, confermando la tendenza ad organizzare corsi con pochi partecipanti, eventualmente replicati in più edizioni, selezionando la composizione del target in base agli obiettivi dei progetti formativi. Infatti, la formula della convegnistica è stata notevolmente limitata rispetto l'anno precedente. Tuttavia, tale incremento coincide con la riduzione delle iniziative di formazione sul campo. Per questa tipologia di formazione si sottolinea un forte decremento (– 42,5%). Il valore è ritornato a quello registrato storicamente in Azienda. A giustificazione di tale deflessione si ipotizza una difficoltà da parte dei proponenti a tradurre le attività di formazione sul campo normalmente svolte durante l'esercizio della propria professione (per esempio gruppi di miglioramento) in progetti di FSC, strutturati secondo le regole per l'Educazione Continua in Medicina emanate dalla Commissione Nazionale per la Formazione. Risulta quindi difficoltoso per la formazione intercettare tale attività per valorizzarla anche a causa dei tempi stretti e rigorosi per inoltrare la richiesta ECM delle iniziative (non oltre i 30 giorni dall'inizio delle stesse).
Si sottolinea inoltre che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha inoltre svolto funzioni di solo Provider ECM per istituzioni esterne (Ordine dei Medici e Chirurghi della provincia di Parma e l'IPASVI di Parma) nonché per Associazioni no-profit per un totale di 25 iniziative.
Il numero complessivo delle ore di formazione erogate nell'anno 2012 si attesta intorno alle 98.818, di cui n. 75.610 di aggiornamento interno e n. 23.208 ore di aggiornamento esterno, come specificato nella tabella sotto riportata:

Tabella 22 Ore di formazione erogata nell'anno 2012 ripartite fra formazione all'interno ed all'esterno

Ore di formazione	Anno 2011	Anno 2012	%
FORMAZIONE INTERNA	64.798	75.610	+ 14,29 %
FORMAZIONE ESTERNA	25.102	23.208	- 7,54%
TOTALE	89.901	98.818	+ 9,02%

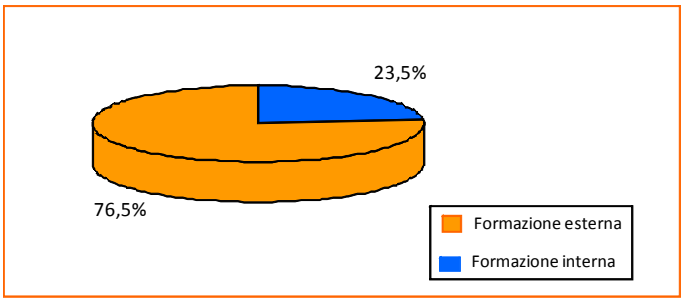
Rispetto all'anno precedente (2011) si registra un incremento complessivo delle ore di formazione pari a + 9,02%. Si evidenzia che l'incremento è dato da un maggiore incremento delle ore relative ai corsi organizzati all'interno dell'Azienda (+14,29) rispetto alle ore di aggiornamento all'esterno che sono lievemente diminuite (-7,54%.). Tale dato, si sottolinea, è coerente con l'aumento del numero di iniziative formative realizzate.
Il rapporto fra le ore di aggiornamento esterno e interno negli anni 2011 e 2012 è meglio rappresentato nel grafico che segue.

Grafico 10 Rapporto fra l'anno 2011 e l'anno 2012 circa le ore di formazione erogate



Il rapporto fra aggiornamento esterno e interno nel corso dell'anno 2012, rappresentato anche nel grafico sotto riportato, in termini di monte ore, è di 1 a 3:

Grafico 11 Rapporto fra ore di formazione all'esterno ed all'esterno, anno 2012



Il numero complessivo di operatori formatosi attraverso l'aggiornamento interno si attesta complessivamente intorno a 2.709 (+ 1,81 di incremento rispetto all'anno 2011), di cui 2.210 con obbligo ECM e 499 senza obbligo ECM, per un numero medio di 27,9 ore procapite.
La tabella 23 riporta il numero di operatori formati attraverso aggiornamento interno ed esterno e riflette l'andamento della spesa della formazione riassunta nella tabella 24.

Tabella 23 Numero complessivo di dipendenti che hanno avuto accesso alla formazione

Numero di operatori formati	Anno 2012	%
FORMAZIONE INTERNA erogata direttamente	2709	76,7%
FORMAZIONE ESTERNA (corsi autorizzati all'esterno)	823	23,3%
TOTALE	3532	100%

Al 31.12.2012 i professionisti con obbligo ECM erano 2.503 ossia il 68,42 % rispetto al totale 3.658.
I professionisti sanitari ECM che hanno frequentato corsi ECM interni erogati direttamente dall'Azienda sono stati n. 2.210 mentre quelli che hanno partecipato a iniziative esterne sono stati 779.
Complessivamente i crediti ECM erogati sono stati i seguenti: 38.140 per partecipazione a iniziative interne, 1.964 per partecipazione a iniziative esterne (dato parziale poiché i crediti ECM conseguiti all'esterno non sono sistematicamente comunicati al fine della registrazione, come illustrato più avanti), n. 3.718 crediti per attività di docenza e tutorato. Il dato complessivo non tiene in considerazione i crediti ECM conseguiti attraverso la partecipazione a 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; né i professionisti della salute che a vario titolo sono esonerati dal maturare i crediti ECM (personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di

formazione post-base propri della categoria di appartenenza, per esempio corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, corso di formazione specifica in medicina generale nonché i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza).
Come detto, i professionisti dell'Azienda hanno maturato crediti ECM non solo attraverso la partecipazione a iniziative formative. Sono stati riconosciuti crediti ECM anche per le seguenti attività: Docenza, Tutorato, coordinatore di formazione sul campo. I professionisti dell'Azienda che hanno svolto attività di tutor in iniziative ECM sono stati 53 per un totale di 469 crediti ECM erogati, mentre 17 hanno maturato crediti ECM come Coordinatore di FSC, per un totale di 239 crediti ECM. I dipendenti dell'Azienda che hanno svolto attività di docenza sono stati 175 e complessivamente hanno conseguito 3010 crediti ECM. I relatori provenienti da altre strutture (enti pubblici e privati) sono stati complessivamente 40 e i crediti assegnati sono stati 280.
I professionisti provenienti da altri enti o da strutture private hanno frequentato complessivamente 94 iniziative.
La spesa complessiva per la formazione è stata di € 457.716,00 ripartita nel seguente modo: € 369.003,00 per finanziare corsi organizzati all'interno dell'Azienda e € 88.713,00 per il finanziamento della formazione al di fuori dall'Azienda.

Tabella 24 Costi della formazione anno 2012

Costi della formazione	Anno 2012	%
FORMAZIONE INTERNA	369.003,00	80,6%
FORMAZIONE ESTERNA	88.713,00	19,4%
TOTALE	457.716,00	100%

Progetti principali attivati

L'analisi dei bisogni formativi nelle professioni sanitarie - Indagine 2012

Al fine di sostenere lo sviluppo della medicina, l'innovazione tecnologica crescente, i cambiamenti organizzativi e soprattutto le richieste e le esigenze da parte della popolazione afferente al Sistema Sanitario, l'Azienda ha sentito la necessità di promuovere programmi per l'educazione continua dei professionisti sanitari finalizzati a implementare e a potenziare l'expertise caratterizzata da competenza e professionalità (Know-how). La necessità di predisporre un Piano Aziendale della Formazione che tenesse adeguatamente conto dei bisogni formativi degli operatori sanitari è all'origine dell'indagine, condotta da Settore Formazione e Aggiornamento dell'Azienda, per rilevare il fabbisogno formativo dei professionisti dell'Azienda.

Obiettivi e metodi

L'analisi del bisogno formativo percepito dai professionisti sanitari della AOU è finalizzata alla predisposizione del Piano Aziendale della Formazione ECM per l'anno 2013 e con tendenza al triennio formativo 2013-2015.
Lo strumento utilizzato per la rilevazione è il questionario semi-strutturato "Scheda di rilevazione del Bisogno Formativo per il triennio 2013-2015".
Lo studio, condotto nel periodo compreso tra Novembre e Dicembre 2012, ha coinvolto un campione rappresentativo (682 soggetti: 196 Maschi, 486 Femmine) della popolazione di professionisti (4105). L'età media del campione è di 42,58 anni (D.S.=8,69) (età min= 24 anni; età max=61). Per quanto riguarda la professione, i cluster più rappresentati sono quello degli infermieri (N=320) e dei medici (N=104) afferenti a diversi Dipartimenti e Servizi aziendali.

Tabella 25 Distribuzione del campione per professione

PROFESSIONE	N	%
INFERMIERE	320	46,8
MEDICO CHIRURGO	104	15,3
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	50	7,3
OSS	41	6,0
BIOLOGO	19	2,8
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	19	2,8

PROFESSIONE	N	%
OSTETRICO/A	15	2,2
FISIOTERAPISTA	8	1,2
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMB.DI LAVORO	7	1,0
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	7	1,0
FARMACISTA	5	0,7
PSICOLOGO	4	0,6
ASSISTENTE SANITARIO	3	0,4
FISICO	3	0,4
TECNICO FISIOPAT. CARDIOC. E PERF. CARDIOV.	3	0,4
DIETISTA	2	0,3
ORTOTTISTA	2	0,3
LOGOPEDISTA	1	0,1
MEDICO DIREZIONE SANITARIA	1	0,1
ALTRO	68	9,1
TOTALE	682	100,00

Analisi delle attività prioritarie per la professione rilevate sul campione totale

Considerando il campione totale, le attività percepite come prioritarie dai professionisti sono riconducibili in modo particolare a quattro categorie principali:

a) "**Area gestionale e organizzativa**" in cui troviamo i "Diritti e Doveri dei dipendenti" (M=2,97; DS=,862), il "Benessere organizzativo" con una media (M) pari a 2,96 (e deviazione standard - DS=1,017); Gestione delle risorse umane (M=2,39;DS=1,074); Gestione del rischio (Risk management) (M=2,67;DS=1,048); Gestione delle risorse economiche (M=2,26;DS=1,025); Integrazione socio-sanitaria con una media pari a 2,24 (DS=1,046); Gestione del governo clinico (M=2,18; DS=1,008); Utilizzo e gestione della documentazione sanitaria (es. cartella infermieristica, clinica, riabilitativa...) (M=2,37; DS=1,068);

b) "**Area della ricerca/formazione**" esplicata nelle seguenti dimensioni: Didattica (es. Formazione tutor tirocini) (M=2,51;DS=1,03); Informatica(M=2,66; DS=,985) sia la Ricerca Psicosociale che l' Elaborazione e valutazione dei progetti presentano il medesimo punteggio con una media pari a 2,43(DS=,967); la Didattica (es.Formazione dei formatori) con una Media pari a 2,41 (DS=1,074); Ricerca Evidence based (M=2,06; DS=,942)

c) "**Area tecnico professionale e della responsabilità**" in cui si riscontrano principalmente le "Attività cliniche" (M=2,38;DS=1,034); Responsabilità professionale/medico legale (es. responsabilità professionale, privacy...)(M=2,78;DS=0,996); l'area giuridica (M=2,67;DS=1,097); le "Attività di prevenzione (es. formazione obbligatoria D.Lgs 81/2008..)" (M=2,26;DS=1,025); Gestione dei processi assistenziali e riabilitativi (M=2,43; DS=1,051); Prestazioni tecniche e/o assistenziali (es. assistenza al paziente politraumatizzato) (M=2,36;DS=1,155); Gestione dei processi diagnostico-terapeutici (M=2,33; DS=1,06); Educazione sanitaria/ terapeutica (M=2,32; DS=1,108); Attività pratiche operative specializzate (M=2,10; DS= 1,076); Tecnologie biomediche (M=2,09; 1,067) Attività di valutazione psicodiagnostica (M=1,93; DS=,943); Attività di laboratorio bio-medico (M=1,83; DS=,983); Equità e rispetto delle differenze con una media pari a 2,29 (DS=1,007);

d) "**Area comunicativo relazionale**" e "**Gestione delle persone e lavoro d'équipe**" (M=2,89; DS=1,04); Comunicazione organizzativa (M=2,73; DS=0,961); Comunicazione nella relazione di cura (paziente/caregiver) (M=2,45; DS=1,096).

Tematiche considerate maggiormente rilevanti per la formazione

Con riferimento alla necessità formativa (Domanda 6), vengono privilegiate dai professionisti le seguenti attività (prendendo in considerazione solamente quelle che hanno evidenziato un punteggio uguale o superiore a 3):

- **Qualità della comunicazione nella relazione di cura** (es. comprensione, ascolto delle preoccupazioni delle persone prese in cura, eccetera) soprattutto nei Dipartimenti Geriatrico-riabilitativo (M=3,55); Medico polispecialistico (M=3,36); Cardio-nefro-polmonare (M=3,31); Materno Infantile (M=3,31); Testa-collo (3,23); Onco-ematologico internistico (M=3,15); Chirurgico (M=3,14); Emergenza-urgenza (3,13) ed Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (M=3).

- **Consolidare i processi di terapia del dolore** rilevata nei Dipartimenti Chirurgico (M=3,41); Emergenza-urgenza (M=3,24); Materno-infantile (M=3,22); Geriatrico-riabilitativo (M=3,13); Cardio-nefro-polmonare (M=3,1) e Farmacia (M=3).
- **Sicurezza delle cure** e sviluppo di un sistema integrato di identificazione, analisi, e trattamento dei rischi nei Dipartimenti Materno Infantile (M=3,12); Cardio-nefro-polmonare (M=3,03); Medico polispecialistico (M=3) e Radiologia e diagnostica per immagine (M=3).
- **Sicurezza dei processi di cura** nei Dipartimenti Materno Infantile (M=3,29); Cardio-nefro-polmonare (M=3,14); Medico polispecialistico (M=3,08) e Radiologia e diagnostica per immagine (M=3,07;); Emergenza-urgenza (M=3,03); Onco-ematologico internistico (M=3,03); Chirurgico (M=3); Farmacia (M=3); Testa-collo (M=3).
- **Prevenzione e controllo del rischio infettivo** nei Dipartimenti Neuroscienze (M=3,5); Cardio-nefro-polmonare (M=3,43); Materno Infantile (M=3,39); Chirurgico (M=3,23); Onco-ematologico internistico (M=3,23); Medico polispecialistico (M=3,19); Patologia e medicina di laboratorio (M=3,18); Geriatrico-riabilitativo (M=3,13); Emergenza-urgenza (M=3,11); Testa-collo (M=3,09).
- **Innovazione tecnologica** si riscontra nei Dipartimenti Immunologia e Medicina Trasfusionale (M=3,5); Patologia e medicina di laboratorio (M=3,24); Radiologia e diagnostica per immagine (M=3); Direzioni tecnico aziendali (M=2,97).
- **Formazione** si evidenzia nei Dipartimenti Prevenzione e sicurezza (M=3,5); Direzioni tecnico aziendali (M=3,48); Uffici e servizi in staff (M=3,45); Radiologia e diagnostica per immagine (M=3,43); Neuroscienze (M=3,36); Cardio-nefro-polmonare (M=3,28); Patologia e medicina di laboratorio (M=3,28); Geriatrico-riabilitativo (M=3,21); Medico polispecialistico (M=3,14); Emergenza-urgenza (M=3,11); Materno Infantile (M=3,08); Farmacia (M=3).
- **Informatica** si riscontra prarticolarmente nei Dipartimenti Direzioni tecnico aziendali (M=3,52); Uffici e servizi in staff (M=3,15); Geriatrico-riabilitativo (M=3,02); Farmacia (M=3); Medico polispecialistico (M=3); Patologia e medicina di laboratorio (M=2,96); Radiologia e diagnostica per immagine (M=2,93); Cardio-nefro-polmonare (M=2,91); Neuroscienze (M=2,91).
- **Formazione sul regolamento del sistema informatico** aziendale ed utilizzo degli strumenti di base nei seguenti Dipartimenti: Direzioni tecnico aziendali (M=3); Uffici e servizi in staff (M=2,97); Neuroscienze (M=2,91).

Conclusioni

L'Azienda si configura, come le altre aziende sanitarie, sempre di più un sistema complesso che, in quanto tale, è in perenne interazione con l'ambiente esterno. Per svilupparsi in maniera efficace tale sistema complesso dovrebbe necessariamente valorizzare e promuovere le proprie risorse umane ponendo l'attenzione sull'utilizzo di una formazione specifica ma allo steso tempo innovativa e aperta alle richieste dinamiche ambientali, al fine di sviluppare competenze distintive che garantiscono l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza degli interventi curativo-assistenziali nei diversi setting operativi.
Seppur subordinata alle finalità generali dell'Azienda, l'offerta formativa non può non tenere conto delle esigenze espresse da coloro che sono chiamati a realizzare, con le proprie attività, il mandato istituzionale dell'organizzazione.

Percorsi formativi in collaborazione con l'Università: i Master

L'Azienda ha collaborato con l'Università degli studi di Parma all'istituzione, per l'anno accademico 2012-2013, di quattro master di primo livello dedicati alle professioni sanitarie: "Cure palliative e terapia del dolore per professioni sanitarie" (crf. il par. "Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore"), "Case/care management infermieristico in ospedale e sul territorio", "Management in comunicazioni e relazioni in ambito socio-sanitario" e "Competenze avanzate in infermieristica pediatrica". Il master "Management in comunicazioni e relazioni in ambito socio-sanitario", destinato ai professionisti che operano in ambito socio-sanitario, si è proposto di ampliare le conoscenze, le tecniche e le abilità relazionali e comunicative, per favorire l'acquisizione di competenze mirate alla gestione di relazioni conflittuali e alla gestione di situazioni critiche, con l'obiettivo di potenziare relazioni adeguate con i pazienti/utenti, con le famiglie e con gli altri professionisti. Al master hanno partecipato 27 corsisti tra cui 17 provenienti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria e 10 da varie realtà anche extra-regionali (2 dall'AUSL Parma, Ospedale di Vaio, 1 dalla Fondazione Ospedale G. Aragona San Giovanni in Croce (CR), 1 dall'Ospedale Civile Piacenza, 1dall'Azienda Ospedaliera C. Poma Mantova; 2 dall'Azienda Ospedaliera di Cremona, 1 dall'Ospedale Maggiore Bologna, 1 dal CUP di Bologna, 1 dall'AUSL Modena- Distretto di Sassuolo). I corsisti hanno sviluppato le capacità: di riconoscere le proprie e altrui emozioni nel processo di cura; di ascolto attivo ed empatico; di osservazione e (auto) osservazione e le abilità di condurre

relazioni faticose e/o difficili, di interagire positivamente con il paziente, con la famiglia e altri professionisti.
Il master "Competenze avanzate in infermieristica pediatrica", attivato nell'A.A. 2011/2012 e proposto anche per l'A.A. 2012-2013, era finalizzato ad ampliare le conoscenze, le abilità e le competenze relazionali e comunicative dei professionisti che operano in ambito pediatrico. In particolar modo, i corsisti hanno potuto acquisire ed implementare strumenti mirati alla gestione clinico assistenziale del paziente pediatrico e della famiglia, favorendo la gestione di situazioni critiche e complesse. Il Master è stato organizzato in 18 moduli formativi di 12 ore ciascuno, per un totale di 270 ore; di queste, 200 ore sono state destinate alla formazione teorica in aula condotta da esperti, 70 ore sono state dedicate a Laboratori a piccoli gruppi, supervisionati da un tutor esperto.
La pratica di tirocinio previsto ha riguardato principalmente aree sviluppate durante le lezioni frontali e i laboratori, in modo da approfondire attraverso la pratica sul campo, le conoscenze teoriche acquisite durante il corso, dando al candidato la possibilità di raccogliere materiale utile allo svolgimento della tesina finale (Field Project)
Al master sono stati ammessi 20 corsisti tra cui 16 provenienti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e 4 esterni (2 dall'AUSL di Reggio Emilia, 1 dall'AUSL di Modena e 1 dall'AUSL di Fidenza.
Il master "Case/care management infermieristico in ospedale e sul territorio" ha inteso favorire l'acquisizione di strumenti mirati alla gestione clinico/organizzativo del paziente e della famiglia, al fine di garantire un'assistenza infermieristica globale e continuativa rispondente ai bisogni di salute dell'utente e della famiglia nel contesto ospedaliero, domiciliare e della comunità, ampliando le conoscenze, le abilità e le competenze dei professionisti nel coordinamento dei percorsi dell'utente e nell'utilizzo appropriato delle risorse.
Il master si sviluppa in nuclei tematici per 176 ore e laboratori pratici per un totale di 52 ore per formare professionisti in grado di: gestire i percorsi di cura dell'utente ed essere di supporto alla famiglia in Ospedale e sul territorio, durante tutto l'evento patologico e in qualunque struttura ospedaliera e territoriale; favorire interazioni positive con pazienti/utenti e le famiglie; sostenere lo sviluppo di proficue relazioni interprofessionali attraverso lo sviluppo delle seguenti aree di competenza:
1. l'acquisizione di competenze clinico assistenziali;
2. l'acquisizione di competenze relazionali/educative;
3. l'acquisizione di competenze gestionali e organizzative;
4. l'acquisizione di competenze nell'area della ricerca;
5. l'acquisizione di competenze nell'area etico- giuridico- deontologica.

Progetto formativo "Stressor relazionali e outcome di cura"

Nel corso dell'anno 2012, l'Azienda ha inteso proseguire il percorso di formazione sulle relazioni interprofessionali (cfr. il paragrafo "Le relazioni interprofessionali in area sanitaria: riscoprire la collaborazione" nella sezione 3.6 *Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca*) intrapreso nei due anni precedenti. A partire dall'analisi di fabbisogno condotta nel 2009 è proseguita una ricerca svolta nell'anno 2010; quest'ultima ha evidenziato criticità e punti di forza aziendali che incidono sui vissuti quotidiani dei professionisti e conseguentemente sulla genesi di eventuali bisogni di formazione e di crescita individuale e organizzativa. Il progetto ha avuto un importante e partecipato momento di condivisione degli esiti dell'indagine nel marzo 2011.
Sulla base delle tematiche emerse dai risultati di tale indagine si è proposto un progetto di ricerca-intervento, realizzato nell'anno 2012, con la finalità di socializzare tali risultati ai professionisti che ricoprono ruoli dirigenziali nei dipartimenti aziendali e attivare un processo di cambiamento organizzativo allo scopo di favorire un miglioramento nella qualità delle relazioni interprofessionali e quindi anche negli outcome di cura.

Il progetto:

Obiettivo principale della ricerca intervento è stato fornire strumenti metodologici per consentire 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 stati i dirigenti medici e infermieristici di 3 dipartimenti aziendali: il Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo, il Dipartimento Chirurgico, il Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare, per un totale teorico di 56 professionisti, tra dirigenti medici, coordinatori infermieristici e RAD. La partecipazione effettiva è stata del 70% circa dei professionisti invitati, con i picchi massimi e minimi di presenze, rispettivamente, al primo e all'ultimo incontro. Si nota una sensibile differenza nella continuità

della partecipazione rispetto alle diverse professioni: il personale infermieristico ha una percentuale di partecipazione di oltre il 70% mentre il personale medico del 50% .
La metodologia adottata ha previsto 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 stato articolato in tre giornate da 4 ore ciascuna. Obiettivi specifici sono stati i seguenti:

- analisi e discussione delle criticità interprofessionali, a partire dall'analisi dei dati raccolti nell'anno 2010-2011;
- individuazione di possibili azioni risolutive concrete e praticabili;
- elaborazione condivisa di ipotesi di intervento a partire dalla definizione delle priorità operative e delle specificità organizzative.

Risultati:
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 (alta professionalità), il gruppo (limitato livello di fiducia professionale reciproca, scarso senso di appartenenza all'equipe di lavoro), l'azienda (modalità comunicative monodirezionali e discontinue, scarso coinvolgimento nelle decisioni aziendali, un processo di burocratizzazione degli stili di interazione tra i diversi organismi aziendali). E' scaturita 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 dicotomia incontrata favorendo l'attivazione dei singoli quali agenti di cambiamento nel proprio ambiente 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.

Sono così state identificate diverse pratiche collaborative in atto:
1. La condivisione collegiale multidisciplinare dell'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti con casi complessi. Il percorso, avviato e attualmente strumento importante per la definizione dei percorsi di cura dei pazienti più complessi, è fondato sull'integrazione sinergica delle diverse professionalità medico-infermieristiche e tecniche necessarie alla determinazione corretta della diagnosi e della relativa terapia. Numerosi sono i miglioramenti che l'attivazione di questo percorso, non sempre facile per la compresenza di prospettive medico-scientifiche e visioni professionali differenti, ha prodotto:

a. individuazione della migliore prestazione possibile all'interno dell'Azienda per lo specifico paziente, migliorando così il servizio in termini di efficienza ed efficacia;
b. minimizzazione di trattamenti inutili non validati;
c. maggiore standardizzazione delle cure;
d. incremento della realizzazione/possibilità di audit e aggiornamento attraverso il confronto con le altre professionalità;
e. miglioramento della fiducia reciproca tra professionisti;
f. aumento della qualità percepita con una significativa riduzione della fuga dei pazienti verso altre aziende sanitarie.

2. La condivisione delle informazioni, delle risorse materiali e umane nel blocco operatorio e in degenza. E' ormai prassi consolidata la collaborazione tra le diverse equipe che compongono il blocco operatorio e il personale che opera nelle unità di degenza. La collaborazione è particolarmente intensa all'interno della specifica area funzionale ma le interazioni collaborative sono ricorrenti anche tra i due contesti. Tali prassi collaborative risultano fondate sulla cultura professionale del gruppo e sulla condivisione degli obiettivi di lavoro nei singoli dipartimenti. La conoscenza personale tra i diversi coordinatori infermieristici e la consapevolezza di una storia comune sembra aver creato un terreno favorevole per lo sviluppo di numerose pratiche collaborative, divenute essenziali per il funzionamento dell'intero dipartimento.
Tali attività sono le seguenti:

a. cartella infermieristica condivisa, nata dall'esigenza di un maggiore scambio informativo tra le diverse equipe, è poi divenuta, attraverso il supporto che ha ricevuto da tutto il personale di reparto, uno strumento accreditato di governo clinico-assistenziale;

b. condivisione del materiale e delle attrezzature tra le diverse equipe operatorie e di degenza (ad esempio, farmaci particolarmente onerosi oppure in scadenza) consentendo una notevole riduzione dei costi dei trattamenti e quindi un vantaggio per l'Azienda;
c. disponibilità a mobilitare il personale nei momenti di criticità, per garantire la coperture di tutti i turni nelle diverse unità operative di ogni singolo dipartimento. Questa prassi risulta essenziale soprattutto in momenti critici per l'organizzazione come l'estate e le festività.
d. progettazione di unificazione di eventuali unità operative che svolgono attività cliniche analoghe e integrabili: seppure in fase preliminare, testimonia l'esistenza di un forte senso di comunità e di un'identità professionale definita che intende svilupparsi ulteriormente per migliorare le proprie condizioni lavorative, la performance organizzativa e la qualità dei servizi erogati.

Concludendo, tale percorso di ricerca-azione ha consentito di attivare con maggior forza e di diffondere dinamiche collaborative esistenti in azienda, al fine di incrementare la qualità degli outcome di cura. Nell'anno 2013 si intende implementare il cambiamento avviato proponendo un percorso formativo ai sotto livelli aziendali entrando capillarmente nelle singole unità operative dipartimentali.

Progetto di formazione all'implementazione di competenze di educazione terapeutica per pazienti con infarto miocardico rivolto a infermieri

Nell'ambito del progetto di ricerca, "Alleanza per la Prevenzione Secondaria Cardiovascolare in Regione Emilia Romagna Studio randomizzato controllato multicentrico", il settore Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ha partecipato nella progettazione di un percorso formativo rivolto ai Professionisti Infermieri provenienti da varie strutture ospedaliere della Regione Emilia Romagna.
L'obiettivo generale del percorso formativo è stato quello di formare i Professionisti Infermieri nella presa in carico multidimensionale della persona con Sindrome Coronaria Acuta (STEMI, NSTEMI, UA), al fine di implementare un percorso strutturato intensivo di prevenzione secondaria cardiovascolare. Nello specifico, si sono volute sviluppare e/o potenziare le competenze relazionali e comunicative dei professionisti, utilizzando strategie di comunicazione all'interno della relazione terapeutica. I professionisti infermieri, infatti, sono stati formati a condurre un colloquio attraverso un approccio narrativo. Gli aspetti caratterizzanti di tale approccio si sostanziano in:

a. instaurare un rapporto di reciproca fiducia con il paziente, di accettazione empatica, basato sull'ascolto attivo e orientato allo sviluppo dell'assertività e dell'empowerment del paziente,
b. favorire l'esternazione da parte del paziente di paure, dubbi, pregiudizi e significati sociali e personali associati alla malattia e alla terapia, senza trascurare i vissuti pregressi di malattia,
c. educare il paziente (ed eventuali caregivers) in merito all'importanza dell'aderenza alle prescrizioni farmacologiche e della assunzione di corretti stili di vita,
d. individuare fattori di rischio classici, additivi e psico-sociali, attivando, mobilitando e rafforzando le risorse del paziente e della sua rete sociale, al fine di realizzare un piano terapeutico altamente personalizzato,
e. individuare i predittori, clinico-psico-sociali, di non aderenza al programma terapeutico dei pazienti con SCA attraverso l'utilizzo di appropriati strumenti di valutazione.

In definitiva, quindi, i professionisti infermieri sono stati formati all'adozione di un modello assistenziale orientato sia agli aspetti bio-clinici che psico-socio-relazionali (Narrative Nursing Integrato).
L'intero progetto formativo si è articolato in 3 principali fasi consequenziali: analisi del fabbisogno formativo (fase 1^), il percorso formativo e la valutazione delle conoscenze in itinere (fase 2^) e la valutazione delle competenze agite in termini di ricadute della formazione sul campo (fase 3^).

Fase 1^ - Analisi del fabbisogno formativo

L'analisi del fabbisogno formativo ha avuto la finalità di pianificare un programma formativo specifico e mirato a strutturare un percorso di prevenzione secondaria che sia orientato al miglioramento degli outcomes di salute dei pazienti con SCA. Pertanto, questa fase prenderà in considerazione:
Questa fase ha previsto oltre che un'attenta e accurata revisione della letteratura scientifica e un'analisi delle ultime linee guida nazionali e internazionali di prevenzione secondaria cardiovascolare, anche una rilevazione delle esigenze formative dei professionisti e, infine, un'indagine sulle esperienze di malattia dei pazienti che avevano avuto una SCA.
Rispetto a quest'ultimi due punti, il metodo utilizzato è stato il focus group; sono stati, infatti, organizzati 2 Focus group, di cui uno costituito da infermieri (8) e un altro costituito da pazienti (10).

Dai risultati dei focus group era emersa chiaramente la necessità di implementare un percorso di cura altamente personalizzato per il paziente con SCA orientato ad una precisa attenzione non soltanto della dimensione bio-clinica ma anche di quella psico-socio-relazionale.
Questa prima fase del progetto formativo è stata determinante per la definizione dell'obiettivo generale, degli obiettivi specifici del percorso formativo sopra descritti, nonché, dei contenuti del programma formativo.

Fase 2^ - Il percorso formativo

Destinatari: professionisti infermieri (68) provenienti dalle aziende di: AO di Parma, AUSL Parma, AUSL di Piacenza, AUSL di Reggio Emilia (Castelnuovo Monti), AUSL di Modena (Carpi) divisi in 4 gruppi di 20 partecipanti circa.
Il percorso formativo ha previsto 4 sessioni. Ogni sessione, costituita da 3 giornate formative consecutive, è stata articolata in 3 moduli di 8 ore ciascuno (totale 24 ore).
I tre moduli sono così distribuiti:
Modulo 1^: Accertamento infermieristico del paziente con SCA attraverso un approccio narrativo dei fattori di rischio cardiovascolari classici

Le competenze infermieristiche acquisite sono state: accertamento multidimensionale della persona, fattori di rischio classici/additivi (es. abitudine tabagica, attività fisica, valori di colesterolo, PAS\PAD, glicemia, BMI) e psico-sociali (depressione, ansia, mancanza di sostegno sociale); iniziale co-costruzione (paziente-infermiere) di un piano terapeutico personalizzato.
Modalità didattiche: lezione teorica, presentazione di casi, lavori di gruppo.
Valutazione in itinere: alla fine del modulo sono state valutate le capacità dei partecipanti, rispetto all' accertamento infermieristico attraverso una simulazione di un caso clinico presentato dai formatori

Modulo 2^: I fattori di rischio cardiovascolari additivi - Strategie di comunicazione/relazione con il paziente con SCA e i suoi caregivers

Le competenze infermieristiche acquisite sono state: capacità di ascoltare ed osservare e di saper gestire una comunicazione terapeutica (es. sviluppare fiducia, mostrare premura, comprendere gli stati d'animo, offrendo ascolto attivo ed empatia).
Modalità didattiche: lezione teorica, presentazione dei casi reali forniti dai partecipanti, relativo role playing e discussione in plenaria.
Valutazione in itinere: alla fine del modulo, attraverso la presentazione di un caso, sono state valutate le capacità dei partecipanti nel sapere individuare i fattori che favoriscono od ostacolano la comunicazione/relazione infermiere-paziente o infermiere-cargeiver.

Modulo 3^: I fattori di non aderenza terapeutica - Educazione terapeutica al paziente con SCA e ai suoi caregivers

Le competenze infermieristiche acquisite sono state: capacità di co-costruzione di un piano terapeutico personalizzato attraverso una adeguata educazione sull'assunzione di farmaci e sull'adesione a stili di vita corretti, finalizzati, in ultimo, alla riduzione della mortalità cardiovascolare, del reinfarto non fatale e dello stroke non fatale.
Modalità didattiche: lezione teorica, role playing di casi reali forniti dai partecipanti e relativa discussione in gruppo, condivisione e utilizzo di materiale informativo già presente nelle diverse unità operative.
Valutazione in itinere: alla fine del modulo sono state valutate, attraverso la presentazione di un caso, le capacità dei partecipanti nel sapere individuare i fattori che favoriscono ed ostacolano l'aderenza terapeutica farmacologia e non farmacologia.

Fase 3^ - Valutazione delle competenze agite sul campo

La Fase 3^ si è concentrata sulla rilevazione dell'agito dei professionisti infermieri a seguito della partecipazione al programma formativo e ha riguardato soltanto i professionisti provenienti dall'AO di Parma. L'agito dei professionisti, infatti, è stato rilevato attraverso un questionario – self-report- costruito ad hoc e somministrato soltanto agli infermieri formati (9) e non formati (8) dell'U.T.I.C. dell'Ao di Parma.
Dai risultati emersi, l'indicatore più rilevante è la messa in pratica delle attività psico-sociali nella gestione del paziente con SCA. Osservando i risultati del gruppo infermieri formato, si evidenza che le attività psico-sociali praticate prevalgono su quelle cliniche ($z = 2.561$, $p = .010$). Nel gruppo infermieri non formato, invece, le attività cliniche rispetto a quelle psico-sociali risultano significativamente maggiormente praticate ($z = 1.968$, $p = .049$).

Anche rispetto al tempo dedicato alla fase dell'educazione dichiarata dal gruppo infermieri formato è risultato maggiore rispetto a quella dichiarata dal gruppo infermieri non ($z = 3.178$, $p = .001$).
Non emergono, al contrario, differenze significative fra i due gruppi, in merito alle altre due fasi del processo nursing ovvero accertamento ($z = .401$, $p = .688$) e assistenza ($z = 1.074$, $p = .283$).
In conclusione si è potuto affermare che gli infermieri formati, nel processo assistenziale al paziente con SCA, utilizzano un modello assistenziale integrato. Le attività messe in pratica, in tutte e tre le fasi del processo di nursing, infatti, rispecchiano, gli assunti teorici del modello integrato. In modo particolare, si evidenzia l'aderenza degli interventi educativi, nella fase dell'educazione, rispetto al modello teorico. Questo aspetto fa avanzare l'idea che la formazione a cui gli infermieri hanno partecipato abbia prodotto dei cambiamenti comportamentali nella gestione del paziente con SCA e che, quindi, il modello integrato così come è stato strutturato può essere trasferito nell'operato dei professionisti con delle implicazioni, come si è visto, anche pratiche.

Progetto di "Formazione intraospedaliera nell'Emergency Cardiovascular Care (ECC) e Acute Cardiovascula Care (ACC): corsi di rianimazione di base e avanzati per il personale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma"

Il progetto, proposto dal Dipartimento Cardio-Nefro-Polmonare unitamente al Servizio di Formazione e Aggiornamento, è trasversale e coinvolge tutte le unità operative dell'Azienda. E' stato presentato al Collegio di Direzione nel febbraio 2012 e prevede la realizzazione di un percorso formativo continuo e sostenibile nel campo dell'emergenza-urgenza cardiovascolare per tutto il personale sanitario dell'Azienda.
Il progetto della durata di tre anni si articola in alcuni punti:

- realizzazione di un percorso formativo continuo e sostenibile per tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per i corsi di rianimazione di base.
- realizzazione di un percorso formativo continuo e sostenibile per i medici e infermieri delle terapie intensive, del Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza, Cardiologia e Cardiochirurgia per i corsi di rianimazione avanzati.
- realizzazione dei corsi ACC HF-CRM e di centro autonomo per questi corsi.

I corsi di rianimazione cardiopolmonare di base e avanzati per il personale sanitario dell'azienda Ospedaliero-Universitaria saranno realizzati utilizzando tecniche di simulazione ispirate alla high-fidelity "simulazione ad alta fedeltà" e basandosi sui principi del crisis resource management (CRM). Inoltre i corsi sono "localizzati" nelle realtà locale e indirizzati alle equipe delle differenti U.O. Rimane invariato il criterio basilare della formazione nell'Emergency Cardiovascular Care (ECC) and Acute Cardiovascular Care (ACC) che è rappresentato dal principio della Catena della Sopravvivenza che include una serie di comportamenti e procedure tra loro interconnesse che hanno lo scopo di rispondere appropriatamente in presenza di vittime di un arresto cardiocircolatorio e respiratorio o di soggetti con condizioni acute ad elevato rischio. Tali procedure sono standardizzate a livello internazionale ed a partire dal 2000 sono regolate da Linee Guida elaborate ogni 5 anni da un organismo Internazionale, International Liaison Committee On Resuscitation (ILCOR), che include le principali Società Scientifiche mondiali tra cui l'American Heart Association (AHA) e l'European Resuscitation Council (ERC).
Nel 2012 le priorità per i corsi di rianimazione di base si sono concentrate sulla realizzazione di un corso BLS di 5 ore e il confronto di questa tipologia di corso con quelli standard di otto ore. Il corso di cinque ore differisce da quello di otto non soltanto per la durata ma per la riduzione delle lezioni frontali, con maggior spazio alle lezioni interattive con i video, per l'utilizzo della tecnica didattica del "vedi e fai" e soprattutto per l'uso di feedback sia per le manovre di RCP, massaggio e ventilazione, sia per le simulazioni. I corsi BLS di 5 ore sono risultati efficaci in termini di efficacia didattica come quelli di otto ore. Hanno inoltre permesso di estendere la formazione BLS a un numero maggiore di soggetti, quasi il doppio, a parità di costi e soprattutto di formare intere equipe in poco tempo.
Per i corsi di rianimazione avanzati sono stati realizzati i corsi per i medici e gli infermieri della stessa U.O. iniziando a puntualizzare i principi CRM. La rianimazione cardiopolmonare è un'attività svolta in team. Si raggiungono performance elevate solo se il team è coordinato; l'inadeguatezza della comunicazione e del lavoro di squadra sono tra i "fattori umani" responsabili degli errori e del fallimento della rianimazione. I principi CRM si basano su una serie di concetti teorici per la prevenzione e la gestione delle situazioni critiche che possono presentarsi durante la normale attività clinica del personale sanitario. Questi concetti teorici sono rappresentati da alcuni punti sinteticamente riassumibili in: chiarezza dei ruoli, correttezza della comunicazione, supporto del personale, gestione delle risorse e valutazione globale.
I corsi di base e avanzati sono aperti anche agli esterni mediante il pagamento di una quota d'iscrizione.

Sono inoltre stati eseguiti due corsi BLS pro bono per i familiari dei degenti della Cardiologia e Cardiochirurgia.
I corsi per il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono riassunti nella tabella che seguono.

Tabella 27 Corsi rianimazione di base e avanzati per il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

	CORSI BLSD (905 sanitari)			
	Infermieri	**Medici**	**Fisioterapista + tecnici**	**OSS**
Numero operatori formati/2012	181	145	26	75
Numero operatori riaddestrati/anno 2012	/	/	/	/
Numero di operatori già formati o riaddestrati *	255	117	12	94
Totale operatori	436	262	38	169

	CORSI ACLS (828 sanitari)				
	Infermieri	**Medici**	**Infermieri**	**Medici**	**Medici**
Numero operatori formati/2012	21	16	20	27	16
Numero operatori riaddestrati/anno 2012	/	/	/	/	/
Numero di operatori già formati o riaddestrati *	150	190	78	190	120
Totale operatori	171	206	98	217	136

**Numero di operatori già formati o riaddestrati: Si intendono gli opearori che nel 2012 risultavano "in regola" con la formazione obbligatoria perché fatta negli anni precedenti o programmata negli anni seguenti*

Analisi di ricaduta dei Laboratori della comunicazione nel corso di Laurea in Infermieristica

I "Laboratori delle comunicazione", introdotti nell'anno accademico 2011-2012 all'interno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Parma, hanno avuto l'obiettivo di consentire agli studenti la possibilità di incrementare le loro capacità comunicative e relazionali. Nel panorama di un percorso di studi spesso incentrato su materie prettamente cliniche, questi laboratori cercano di formare i futuri infermieri in un ambito a volte dimenticato o ritenuto di secondo piano, ma che è parte integrante della professionalità infermieristica.
La particolare modalità di apprendimento dei laboratori rende possibile un apprendimento basato sul "fare", in una situazione controllata e protetta, rendendo possibile allo studente la "messa alla prova" delle competenze apprese.
I laboratori sono stati strutturati nel triennio, con 20 ore per anno, con tematiche diversificate per anno e seguendo criteri di complessità crescente nell'apprendimento dal I anno al III
La metodologia utilizzata nei laboratori è stata la seguente:

- Role-playing (simulazioni)
- Esercizi pratici
- Presentazione di casi
- Brain-storming
- Lezioni plenarie
- Visioni di film

La ricerca

Lo studio di tipo quali-quantitativo è stato condotto nel mese di aprile e maggio 2012.
Il campione per la parte di ricerca quantitativa è stato costruito attraverso l'individuazione randomizzata di 4 gruppi di studenti frequentanti i "Laboratori della comunicazione" del primo e secondo anno. La raccolta dei dati è avvenuta in forma anonima, attraverso la somministrazione del "Test di analisi delle abilità comunicative" (Cocco G., Tiberio A., 2007), all'inizio e al termine dei laboratori stessi. E' stato chiesto ai partecipanti di contrassegnare con un codice identificativo il test consegnato nella prima e nella seconda somministrazione, per riuscire ad individuare le variazioni pre e post-intervento formativo.

La raccolta dei dati è proseguita con l'utilizzo della valutazione finale d'esame, espressa in trentesimi, dell'intero gruppo di studenti frequentanti il primo e il secondo anno accademico.
Per la parte qualitativa della ricerca sono stati selezionati in modo randomizzato due studenti ai quali è stato chiesto di scrivere un'autobiografia, avente come oggetto l'impatto del laboratorio della comunicazione rispetto al tirocinio.
L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario autocompilato ed anonimo. Tale test si propone di sondare l'auto-percezione in merito ad alcuni aspetti rilevanti del processo di comunicazione, in modo da poter migliorare le aree eventualmente deficitarie. Allo studente è stato richiesto di scegliere il valore che definisse meglio la propria autovalutazione in merito all'aspetto indicato, attribuendo un valore su una scala che va da 1 a 5.
Lo strumento dell'autobiografia rende possibile la rievocazione delle fasi già vissute e che sono ritenute dall'autore particolarmente importanti. L'autore prende coscienza di sé attraverso i ricordi ed è protagonista delle vicende narrate. Lo stile è generalmente "sostenuto" e vi sono poche inserzioni dialogiche, molte invece sono le riflessioni personali.
Attraverso questo strumento gli studenti hanno avuto la possibilità di rintracciare nelle fasi di tirocinio quegli elementi appresi durante il percorso formativo dei laboratori della comunicazione, esternando le applicazioni pratiche delle strategie apprese.
Gli studenti presi in considerazione nello studio sono stati 34. Tali studenti frequentavano nel periodo di riferimento il primo o il secondo anno del corso di laurea in Infermieristica e svolgevano l'attività di laboratorio della comunicazione. Sono stati selezionati, in maniera randomizzata, 4 gruppi di studenti - 2 gruppi di studenti del primo anno e 2 gruppi di studenti del secondo anno.
Per quanto riguarda la seconda fase della ricerca, il campione si componeva di 127 studenti (61 iscritti al primo anno e 66 iscritti al secondo anno). Le valutazioni in trentesimi sono state estrapolate in maniera anonima dall'elenco dei risultati d'esame.
Gli studenti coinvolti per la scrittura dell'autobiografia sono stati selezionati in maniera randomizzata, rintracciando uno studente del primo anno e uno del secondo.
I principali risultati.
Sono stati presi in considerazione 20 questionari di studenti, che avevano compilato il "Test di analisi delle abilità comunicative" (Cocco G., Tiberio A., 2005) in fase pre e post frequenza dei "Laboratori della comunicazione". Dall'analisi dei dati effettuata attraverso il test t di Student su campioni appaiati, si evidenzia un significativo aumento nella percezione delle competenze tra inizio e fine del laboratorio.

ITEM	DOMANDA	t	p-value
1.	Normalmente ho presente i vari aspetti del processo di comunicazione	3,847	.001
2.	Cerco di capire chi è il mio ricevente	2,449	.024
4.	Consapevolmente cerco di pianificare la trasmissione di un messaggio	3,135	.005
5.	In genere ascolto volentieri gli altri	2,027	.057
6.	Normalmente offro feedback positivi ai miei interlocutori	3,269	.004
9.	Mi trovo a mio agio nelle riunioni e/ o nei gruppi	3,322	.004
11.	Nella comunicazione telefonica sono attento anche agli aspetti non verbali della comunicazione	2,557	.019

Il confronto delle medie totali tra i test appaiati pre e post è risultata in aumento introducendo la variabile temporale dello svolgimento del laboratorio. In particolare il confronto tra medie nel pre (mean = 3.57) e post (mean= 4,05) è risultato in aumento, inducendoci a pensare che il laboratorio abbia portato un miglioramento delle competenze relazionali. La verifica con il t di Student, ha ulteriormente rafforzato il dato con una buona significatività [t(19) = 3,195; p = ,005].

Analisi dei voti in trentesimi

Attraverso una revisione dei voti in trentesimi espressi dai docenti, per la valutazione certificativa dei "Laboratori della comunicazione", abbiamo proceduto all'analisi attraverso il software statistico SPSS – 19 (Statistical Pacage for social science; 2010).
La valutazione è avvenuta attraverso la compilazione di un test di 4 domande a risposta multipla, in cui lo studente era tenuto a contrassegnare la risposta corretta.

Il campione di studenti preso in esame era in totale di 127 studenti in particolare 61 frequentante il primo anno e 66 frequentante il secondo anno del corso di laurea in infermieristica.

Al I anno la maggior parte degli studenti ha totalizzato,con una percentuale di 39,3, una valutazione di 30/30; il 34,4% degli studenti una valutazione di 26/30; una percentuale di 19,7 ha realizzato una valutazione di 18/30 e solo il 6,6% una valutazione di 9/30.
Al II anno la metà degli studenti, ovvero il 50%, ha totalizzato una valutazione di 30/30; una percentuale del 33,3 ha realizzato una valutazione di 26/30; il 10,6% degli studenti ha totalizzato una valutazione di 18/30; mentre una percentuale del 6,1 una valutazione di 9/30.
Valutando i dati in tabella 4, la maggior parte degli studenti del I e del II, hanno raggiunto una valutazione di 30/30. In particolare gli studenti del II anno, hanno totalizzato per il 50% una valutazione di 30/30.
Potremmo individuare una spiegazione forse legata all'esperienza di tirocinio intercorsa durante il termine dei laboratori della comunicazione e la prova stessa, non di meno la più lunga esperienza di tirocinio rispetto agli studenti del I anno.

Con l'analisi dei dati si è poi proceduto alla verifica della significatività tra le medie dei dati appaiati della verifica delle analisi delle abilità comunicative e la media totale dei voti della prova d'esame. Attraverso l'analisi effettuata con il t di Student le medie sono state confrontate con un risultato altamente significativo[$t(19) = 45,82$; $p = ,000$***].
Questo dato conferma che, oltre ad una valutazione certificativa dei risultati che, comunque, risulta buona, gli studenti hanno mostrato un miglioramento delle competenze comunicative.

Conclusioni

Il presente studio dimostra l'utilità dell'istituzione di un laboratorio di approfondimento delle tematiche comunicative e relazionali all'interno del percorso formativo.
Lo sviluppo di competenze relazionali è stato indubbiamente percepito dagli studenti, che hanno mostrato un miglioramento in termini di percezione delle proprie abilità comunicative e relazionali. Le testimonianze relative al tirocinio professionale hanno confermato un'influenza delle capacità apprese nell'attività clinica quotidiana. Infine, i contenuti del corso sono stati efficacemente appresi dagli studenti; le prove d'esame sono risultate infatti positive nella maggior parte dei casi, con votazioni ben oltre la sufficienza per un numero rilevante di studenti.
L'istituzione di laboratori della comunicazione si è dunque dimostrato un efficace strumento nel percorso formativo di infermieristica, permettendo agli studenti di implementare le capacità comunicative e relazionali. Attraverso questo corso gli studenti hanno infatti appreso i fondamenti di un corretto approccio relazionale al paziente, fondamenti che hanno poi utilizzato e sviluppato nell'attività clinica quotidiana.
I dati riportati sono importanti in quanto mostrano che, al di là della formazione pertinente alla pratica clinica, vi è una situazione di carenza nella formazione all'approccio relazionale al paziente. Gli studenti sono consapevoli di ciò e, allorché forniti di adeguati strumenti formativi, ottengono ottimi risultati che essi stessi sono in grado di percepire.
È auspicabile dunque uno sviluppo di questo tipo di approfondimenti didattici nel corso del percorso formativo infermieristico, anche in considerazione del fatto che l'approccio relazionale al paziente è parte integrante della professionalità infermieristica.

4.7 La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura

L'Azienda ha fra i propri obiettivi sostenere i pazienti e i loro familiari, favorendo la loro partecipazione al processo di cura. Inoltre, promuove 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, sia per la gestione di casi specifici e complessi, che per corrispondere ai modelli multiprofessionali previsti dai PDT e dalle indicazioni regionali di presa in carico, svolge un ruolo preciso il Servizio di Psicologia Ospedaliera che, assumendo una pratica clinica centrata sul paziente, mira a formare e sostenere la capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione

con gli assistiti e i loro familiari con riferimento particolare alle seguenti aree: percorsi terapeutici critici quali oncologia, medicina interna, lungodegenza, terapia intensiva e rianimazione; soggetti "fragili" ovvero persone con demenza, disabilità congenite o acquisite; prima comunicazione della diagnosi nei Dipartimenti con patologie che comportano disabilità, cronicità, rischio di stigmatizzazione, minori, giovani e familiari.
L'impegno, nel 2012, è stato quello di garantire supporto ai pazienti in modo sempre più orientato verso l'accompagnamento del paziente stesso e dei suoi familiari nei percorsi diagnostico–terapeutici, in modo da accogliere i bisogni specifici emergenti nell'evolversi della presa in carico.
Inoltre, si è inteso garantire uniformità di risposta verso le necessità dei pazienti e verso gli operatori.
Pertanto nel corso del 2012, il Servizio di Psicologia ha realizzato le seguenti attività:

- Attività di sostegno e/o psicoterapia al paziente con percorso oncologico anche al fine di garantire la possibile supervisione all'équipe curante nei momenti più critici; sono stati condotti 310 colloqui a paziente e/o familiari ricoverati nel reparto di oncologia o seguiti dal Day Hospital oncologico.
- Attività di sostegno e/o psicoterapia al paziente con percorso cardiologico al fine di affiancare il paziente ed i familiari e di garantire possibile supervisione all'équipe curante; sono stati condotti 56 colloqui a pazienti e/o familiari seguiti per un problema cardiaco.
- Attività di sostegno e/o psicoterapia alle pazienti e/o alla coppia seguite dalla Clinica Ostetrico-Ginecologica; sono stati condotti 75 colloqui.
- Per la Chirurgia Plastica e Centro Ustioni in totale i pazienti che sono rientrati nell'attività del Servizio di Psicologia fino al mese di settembre 2012 sono 63 colloqui comprensivi in fase di pre – ricovero, ricovero e post – ricovero, rientranti sia nel Progetto Melanoma, conclusosi nel mese di maggio 2012, che al supporto di pazienti ustionati e loro familiari.
- Attività di supporto e/o psicoterapia al paziente con diagnosi di HIV al fine di facilitare il processo di elaborazione/accettazione della patologia; sono stati condotti 53 colloqui per un totale di 9 pazienti presi in carico dal punto di vista emotivo.
- Sono stati condotti circa 173 colloqui di sostegno psicologico e/o psicoterapia svolti con pazienti e/o loro familiari presso la struttura di medicina Riabilitativa nel Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo; nello specifico, sono stati seguiti 40 casi, di cui 24 pazienti e 16 familiari allo scopo di facilitare l'accoglimento di bisogni psicologici e relazionali.
- Sono stati condotti 15 colloqui a pazienti affetti da SLA e/o familiari. (con particolare attenzione ai momenti più critici del loro percorso come la diagnosi, l'inserimento Peg e tracheotomia).
- Sostegno psicologico a n = 15 pazienti colpiti da Sclerosi Multipla per un totale di 83 colloqui, finalizzato a sopportare il peso psicologico della malattia e a facilitare l'adattamento;
- All'interno dell'U.O. 1° Anestesia e Rianimazione sono stati condotti 125 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.
- Il progetto "Supporto Psicologico alla Donazione di Organi e Tessuti" sono stati condotti 12 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.
- All'interno del percorso di supporto psicologico Area Trapianti, (U.O.di Nefrologia, CTP, Clinica Chirurgica e dei Trapianti d'Organo) sono stati condotti: 214 colloqui di sostegno psicologico con pazienti e/o familiari i in regime pre dialitico, dialitico (emodialisi o peritoneale) o trapiantati con particolare attenzione alla rete familiare e al miglioramento della compliance e 150 colloqui di valutazione psicologica per inserimento in lista d'attesa per trapianto di rene da cadavere e da vivente.
- Presso le SSD Malattie del ricambio e Diabetologia e I° Clinica Medica, Ambulatorio di Diabetologia sono stati inoltre realizzati oltre colloqui psicologici clinici di valutazione N=116, colloqui di psicoterapia individuale N=692, e N=5 colloqui di psicoterapia di gruppo. mirati al percorso per pazienti obesi e/o diabetici svolti nell'anno 2012". 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.

Nel 2012, inoltre, è stato attivato un Gruppo di lavoro Multiprofessionale con l'obiettivo di fornire indicazioni ai professionisti per identificare i pazienti a rischio di comportamento suicidario e per adottare strategie orientate alla prevenzione dei suicidi e tentati suicidi (cfr. la scheda *Dalla procedura "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale" al coinvolgimento dei professionisti: la scheda "Come fare per"* nella sezione 3.4 *Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale* – Sicurezza delle cure e qualità del presente volume).
Per supportare e sensibilizzare tutti i professionisti della nostra Azienda su questo tema cosi delicato, il gruppo di lavoro ha predisposto, in base alla normativa nazionale, alla bibliografia nazionale e internazionale e alle evidenze scientifiche, un nuovo numero dello strumento "Come fare per…" - Scheda n. 4 - sul tema "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale".
Il gruppo di lavoro Multidisciplinare, che comprendeva anche uno Psichiatra e due Psicologhe, ha inoltre elaborato la procedura aziendale P006 AOUPR "Prevenzione del suicidio dei pazienti in Ospedale", dove sono stati esplicitati, in modo più analitico, i luoghi considerati maggiormente a rischio suicidio per i pazienti ricoverati, le tipologie di pazienti più fragili, e quindi più a rischio.
Nella procedura sono stati definiti i comportamenti operativi che devono essere adottati dai professionisti per la presa in carico dei pazienti considerati a "rischio suicidio", che risulta essere ad oggi, secondo la raccomandazione del Ministero della Salute, un evento sentinella di particolare gravità.
Infatti, secondo il rapporto ministeriale sul monitoraggio degli eventi sentinella nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il suicidio o il tentato suicidio risultano essere fra i maggiori eventi sentinella segnalati.
Lo strumento "Come fare per…" n. 4, è stato inoltre distribuito e presentato ai 322 partecipanti dei corsi organizzati nell'anno 2012 sul tema "Gestione del Rischio: dall'IR alle azioni di miglioramento".

Nel 2012 sono, inoltre, stati effettuati i seguenti eventi formativi al fine di sostenere gli operatori impegnati nella professione di aiuto e ridurre il manifestarsi di sindromi di burn-out :

- "Gestione efficace dei comportamenti interpersonali: assertività e negoziazione". Corso di formazione ECM rivolto a infermieri professionali del dipartimento Polispecialistico;
- "Il ruolo dell'approccio cognitivo - comportamentale: strategie per il cambiamento". Secondo Congresso Regionale Società Italiana Obesità, Sezione Emilia-Romagna "Da qui…all'obesità. Qualità della Vita e comorbidità";
- "Gestione efficace dei comportamenti interpersonali: costruire buone relazioni migliorando l'abilità comunicativa". Corso di formazione ECM rivolto a infermieri professionali del dipartimento Polispecialistico, in due edizioni;
- Per il personale della Chirurgia Plastica e Centro Ustioni è stato effettuato un ciclo di incontri formativi (3 incontri) dal titolo "La gestione del conflitto";
- Sono stati, inoltre, realizzati due eventi formativi per il personale dell'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia sulla "Relazione paziente-operatore-familiare" e "Oltre la terapia: il counselling per il paziente".

4.8 Sistema informativo del personale

In un ambiente sempre più dinamico come quello moderno, le Aziende si trovano in una situazione di grande complessità gestionale e nell'esigenza di dover gestire sempre maggiori quantità di informazioni in modo sempre più efficace, efficiente e tempestivo per poter rispondere ai continui cambiamenti, di prendere decisioni velocemente e di disporre di tutte le informazioni necessarie in tempi rapidi.
Tale necessità è in particolar modo sentita nell'ambito della gestione del personale e del rapporto di lavoro pubblico, in relazione alla peculiarità delle funzioni e ai sempre crescenti debiti informativi sia interni che esterni all'Azienda.
Con riferimento al sistema informativo del personale, nel corso dell'anno 2012 è proseguita l'attività di aggiornamento del software di gestione del personale (job time) modulo giuridico, con l'obiettivo di facilitare la consultazione dei dati di interesse aziendale e soprattutto il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza informatica, privacy e gestione dei dati personali.
In particolare, si è consolidata la gestione del processo di assegnazione delle credenziali di autenticazione per l'accesso al sistema informatico al momento del rilascio del badge, funzionale alla rilevazione della presenza in servizio. Le credenziali consistono in username e password provvisoria, consegnate al

momento dell'assunzione dal Servizio Gestione Sviluppo del Personale. Tramite esse, da una qualsiasi postazione informatica aziendale, si accede al sistema informatico aziendale.
A far tempo dal mese di febbraio 2012, si è conclusa la fase sperimentale di visualizzazione via web del cedolino stipendiale, avviata nel mese di agosto 2011, che prevedeva la visibilità, a partire dal giorno 25 di ciascun mese, dalle postazioni informatiche aziendali, collegandosi alla Intranet ed entrando nel "Cruscotto Personale", della busta paga cartacea distribuita con le modalità già in essere.
In tal modo è stata definitivamente sospeso l'invio cartaceo, fatto salvo il personale assente o cessato.
Tale progettualità, che ha visto fortemente impegnato anche il Servizio Informativo aziendale e che è stata completata dalla installazione di totem pubblici per la visualizzazione della documentazione personale in postazioni esterne alle unità operative, ha comportato il censimento degli operatori privi di utenza di rete, una capillare informativa agli stessi e il successivo rilascio delle credenziali.
Anche la distribuzione del CUD 2012 è avvenuta attraverso la modalità telematica ad eccezione, come per il cedolino, per gli operatori assenti o cessati dal servizio, essendo al momento disponibile solo l'accesso dalla rete interna.
E' altresì proseguita l'attività di aggiornamento della sezione della Intranet Aziendale dedicata al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, al fine di rendere facilmente accessibili e disponibili al personale 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).
Infine, nel corso dell'anno 2012 si è ulteriormente consolidato il ruolo di "Registration Authority", continuando l'autonoma attività di ordine delle Carte Nazionali dei Servizi (c.d. CNS) a CUP 2000 e la loro conseguente attivazione, fornendo supporto agli operatori nella fase di primo utilizzo e di eventuale malfunzionamento, con il costante interfacciamento con il Servizio informativo aziendale e i tecnici referenti di CUP 2000. La smart card CNS è una carta a microprocessore, simile a una carta di credito, rilasciata dalla Pubblica Amministrazione, che custodisce in modo sicuro tutti i dati personali del suo titolare e contiene:

- un certificato di autenticazione che permette di essere identificati in modo certo, per usufruire dei servizi erogati in via telematica dalla Pubblica Amministrazione
- un certificato di firma digitale (quando richiesto) per firmare documenti, domande o istanze con valore legale;
- i dati sanitari (quando previsto) del cittadino-utente titolare della CNS.

Tale carta consente ad esempio l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico attivato dalla Regione Emilia-Romagna.

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Relazioni sindacali

L'anno 2012 si è contraddistinto per la rilevante scadenza riguardante il rinnovo della rappresentanza sindacale unitaria e quindi per la riconferma dell'importanza di tale organismo sia come soggetto contrattuale sia come parametro per la definizione della rappresentatività sindacale nel settore pubblico.
Il corretto svolgimento delle procedure elettorali ed il rispetto della tempistica nella proclamazione degli eletti ha visto, anche in relazione all' esperienza delle passate elezioni, a riconferma del rapporto di collaborazione tra l'Azienda e le Organizzazioni Sindacali per assicurare gli adempimenti previsti, che hanno condotto alla nomina nel mese di marzo 2012 a n. 42 membri della rinnovata RSU.
Un altro importante appuntamento è stato contrassegnato dal rinnovo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza che ha visto, in sede di contrattazione integrativa, il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali rappresentative delle tre Aree di contrattazione addivenendo nel mese di giugno 2012 alla designazione di n. 13 rappresentanti aziendali.
Anche nell'anno 2012 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.
Una parte significativa delle consultazioni ha riguardato il progetto organizzativo del Nuovo Ospedale dei Bambini e gli obiettivi di tale progetto

Di seguito si elencano i principali documenti negoziali siglati e si delineano le materie trattate per ogni area.

AREA DEL COMPARTO

- Accordo aziendale concernente il sistema di produttività per l'anno 2011 – quantificazione delle risorse;
- Verbale di incontro con la rappresentanza sindacale del personale del comparto in ordine all'assetto aziendale delle posizioni organizzative
- Accordo in ordine agli interventi di contrattazione integrativa sul sistema di produttività aziendale per l'anno 2012 e Verbale di Accordo di modifica;
- Accordo aziendale in materia di funzioni e competenze dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in attuazione del Decreto Legislativo 81/2008;
- Verbale di accordo in materia di video sorveglianza;
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale 2012 riguardante i servizi di pronta disponibilità e nota integrativa;
- Revisione del regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi di coordinamento di cui all'art. 10 del CCNL II biennio economico 2000-2001 come novellato dall'art. 4 del CCNL 2006-2009;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali dell'area del comparto per l'esercizio 2012 -20 dicembre 2012.

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Verbale di contrattazione integrativa – attuazione delle linee generali di indirizzo della Regione Emilia-Romagna in applicazione degli artt. 5 e 7 del CCNL 17/10/2008 della dirigenza medica e nota integrativa;
- Ulteriore nota integrativa all'accordo aziendale concernente la regolamentazione dell'attività libero professionale intramuraria;
- Accordo aziendale in materia di funzioni e competenze dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in attuazione del decreto legislativo n° 81/2008;
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale 2012 riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza e nota integrativa;
- Verbale di accordo in materia di video sorveglianza;

AREA DIRIGENZA SPTA

- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato per l'anno 2011 ;
- Verbale di contrattazione integrativa – attuazione delle linee generali di indirizzo della Regione Emilia-Romagna in applicazione degli artt. 5 e 7 del CCNL 17/10/2008 della dirigenza SPTA e nota integrativa;
- Ulteriore nota integrativa all'accordo aziendale concernente la regolamentazione dell'attività libero professionale intramuraria ;
- Accordo aziendale in materia di funzioni e competenze dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in attuazione del decreto legislativo n° 81/2008;
- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale annuale 2012 riguardante i servizi di continuità assistenziale ed emergenza/urgenza;
- Verbale di accordo in materia di video sorveglianza ;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2012

Libera professione

Nell'anno 2012 è stata realizzata, in aderenza alla richiesta pervenuta dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'attività libero professionale ai sensi dell'art. 1 comma 4 della L. 120/2007 come modificata dall'art. 2 del D.L. 158/2012.

In occasione di tale ricognizione si è proceduto a relazionare sia sull'utilizzo degli spazi sia sull'organizzazione attualmente in essere e sulle modalità di effettuazione della Libera Professione all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
E' proseguito, da parte del Settore Libera Professione, il controllo sulle attività poste in essere dai professionisti sanitari che, avvalendosi degli strumenti a disposizione, ha effettuato verifiche a campione anche sulla regolarità nell'effettuazione, da parte dei dirigenti medici, della specifica timbrata in Libera Professione.
Sotto altro profilo, anche le verifiche dei volumi delle prestazioni libero – professionali non hanno evidenziato anomalie.
L'attività specialistica ambulatoriale istituzionale è stata verificata al fine di valutarne l'andamento complessivo e la congruità della attività prestata in libera professione. Gli esiti di tale approfondimento hanno confermato la netta prevalenza dell'attività istituzionale, nel pieno rispetto dei precetti della normativa vigente.
Analogo esito ha avuto 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.
Sono state infine effettuate sedute in regime di libera professione "aggiuntiva", intendendosi per tali attività quelle prestazioni, integrative dell'attività istituzionale, richieste dall'Azienda ai propri dipendenti allo scopo di ridurre le liste di attesa ovvero per far fronte alla necessità di un temporaneo aumento di attività ovvero in presenza di carenza di organico.

Gestione del contenzioso

Nell'anno 2012 è proseguita la gestione diretta delle vertenze, già precedentemente avviata, con positivi effetti per quanto attiene alla limitazione dei costi, alla gestione congiunta con i vari attori, alla utile soluzione delle controversie, perfezionando le interrelazioni con il personale dipendente, allo scopo di ricercare, se possibile, una soluzione bonaria della lite e prevenire possibili contenziosi.
I tentativi di conciliazione, stante la facoltatività degli stessi, possono essere promossi presso la Commissione Provinciale di Conciliazione, insediata presso la Direzione Territoriale del Lavoro.
In termini quantitativi nell'anno 2012 è rimasto pressoché costante il numero di domande, passate da n. 13 a 12 riguardanti personale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
In relazione alle 12 posizioni inerenti il personale:

- 9 sono state conciliate
- 3 sono state archiviate causa mancata comparizione dell'Azienda

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 5 cause pendenti, di cui 2 in grado di appello.
Il numero delle nuove vertenze attivate è in leggero aumento, rimanendo tuttavia 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 continuate anche nel 2012 le attività dell'asilo aziendale destinato ai figli dei dipendenti, frutto della collaborazione con l'Azienda Sanitaria territoriale e il Comune di Parma, continuando nella realizzazione di un progetto volto ad facilitare 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.
E' 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 considerevole copertura dell'orario di lavoro dei genitori, favorendo le esigenze del personale turnista.
La sosta estiva, nel corso dell'anno trascorso, è stata circoscritta al solo mese di agosto, di durata inferiore rispetto a quella realizzata in altri asili del territorio comunale.
Significativa, infine, la possibilità di convenire con il gestore un orario più elastico e maggiormente sovrapponibile a quello lavorativo, soprattutto se rapportato agli orari effettuati dalle altre analoghe strutture, promuovendo la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, in un'ottica volta a irrobustire le pari opportunità delle lavoratrici e mettendo a disposizione, di entrambi i genitori dipendenti, la possibilità di associare al meglio il ruolo di genitore con quello di lavoratore.
Una agevolazione concreta d'indubbia utilità, realizzata per favorire un concreto miglioramento della vita delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

I servizi alla persona

Anche nell'anno 2012 l'Azienda ha confermato le agevolazioni per favorire i dipendenti nel tragitto casa-lavoro e nel parcheggio della propria autovettura durante l'orario di lavoro.
E' stata riproposta la convenzione con Infomobility e Comune di Parma che riserva la possibilità di ottenere n. 50 abbonamenti a tariffa agevolata per i dipendenti nelle aree di sosta delimitate dalle righe blu, in due zone adiacenti all'ospedale. Gli abbonamenti sono destinati ai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato, che ne fanno apposita richiesta e consegnati in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro.
L'Azienda ha altresì nuovamente aderito alla 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. Nel 2012 hanno usufruito delle condizioni di abbonamento agevolato n. 45 dipendenti.
All'interno dell'area ospedaliera è infine proseguito il servizio di bus navetta dell'Ospedale, che effettua trasporto interno gratuito per dipendenti e utenti.
Il servizio si svolge dal lunedì al venerdì dalle 7.00 alle 20.00, ed è nato per favorire gli spostamenti di chi si reca a fare visita agli ammalati o di chi, per motivi di lavoro, si deve spostare da una parte all'altra nell'ambito del perimetro ospedaliero.
In tale zona transita anche la navetta TEP numero 20 (Hospital bus) che effettua tre fermate dal percorso dall'ingresso di via Volturno all'uscita di via Rasori. Anche in questa ipotesi (all'interno cioè dell'area ospedaliera) l'utilizzo della navetta TEP n. 20 è gratuita.
Al fine di tutela la sicurezza degli operatori, soprattutto di coloro il cui turno inizia o termina nelle ore serali/notturne, è attivo il servizio di vigilanza interna, da allertare in caso di problemi riconducibili all'ordine pubblico e/o di pericolo riscontrato all'interno dell'Azienda e nei parcheggi di via Volturno, Via Abbeveratoia, Via Leporati e Via Rasori.
La segnalazione del disagio riscontrato avviene telefonando alla portineria della ditta IVRI o alla ronda della stessa ditta, comunicando le proprie generalità nonché qualifica e Unità Operativa di riferimento, descrivendo il problema e specificando in maniera precisa il luogo in cui si sta verificando la difficoltà.

Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro

Le risorse umane sono un elemento strategico all'interno dell'organizzazione aziendale, ma il conflitto tra vita professionale e vita privata spesso si traduce in stress, predisposizione alle malattie e alle assenze, minacciando il benessere delle persone e della stessa azienda.
Da un punto di vista delle organizzazioni, la conciliazione rappresenta non soltanto una questione etica ma anche una modalità per ottenere effetti positivi sulla qualità del clima organizzativo e sulla produttività dei lavoratori, permettendo anche di raggiungere traguardi significativi quali ad esempio la riduzione del tasso di assenteismo, del tasso di turn over e una crescita dei livelli motivazionali dei professionisti.
La legge 8 marzo 2000 n. 53 rubricata " Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città", confluita successivamente nel D. Lgs. 151/2001 (Testo unico sulla tutela della maternità e della paternità) riconosce alle madri lavoratrici e ai padri lavoratori, che svolgono l'importante ruolo genitoriale, non solo permessi, congedi (retribuiti e non), ma anche la possibilità (attraverso accordi siglati con le organizzazioni sindacali) di concordare, laddove le esigenze organizzative lo consentono, di concordare con il datore di lavoro particolari forme di flessibilità degli orari (orario flessibile in entrata o in uscita, su

turni, eccetera), al fine di contemperare da un lato l'interesse aziendale consistente nella prestazione lavorativa e dall'altro quello del dipendente relativo alla gestione della propria vita famigliare.
Anche nel 2012, l'Azienda ha cercato di attuare i principi sopra descritti attraverso la concessione al personale delle eventuali agevolazioni richieste: 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.
Nel dettaglio, nell'anno 2012 i lavoratori che hanno fatto ricorso al part time sono aumentati di 10 unità rispetto allo scorso anno e costituiscono il 13% del totale dei lavoratori a tempo indeterminato (cfr. tabella 3 all'inizio del presente capitolo).
In tema di flessibilità oraria, relativamente al personale dei Servizi della Direzione Amministrativa e per la funzione amministrativa della Direzione Sanitaria, si è confermata, come da diversi a questa parte, 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.
Si nota come ancora nel 2012 l'assenza dal lavoro per la cura di figli o familiari viene fruita dalla popolazione femminile, in particolare di quella dell'area del comparto, mentre continua ad essere più esiguo il numero di lavoratori maschi assenti per la cura di figli o familiari, così come conseguentemente è limitato il numero di giornate di assenza fruite.

Tabella 29 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2012

Assenze per malattia figlio			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	227	3451	COMPARTO
M	51	664	COMPARTO
F	26	156	DIRIGENZA
M	2	29	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	197	10238	COMPARTO
M	37	642	COMPARTO
F	24	1828	DIRIGENZA
M	3	38	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	12	822	COMPARTO
M	2	33	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	58	6306	COMPARTO
M	9	1092	COMPARTO
F	0	0	DIRIGENZA
M	1	24	DIRIGENZA
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	33	742	COMPARTO
M	0	0	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	**Unità**	**Giorni assenza**	**Area Contrattuale**
F	242	4935	COMPARTO
M	36	668	COMPARTO
F	11	156	DIRIGENZA
M	4	104	DIRIGENZA

Tabella 30 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 fruite 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
64,20%	femmine comparto	80,32	51,97	80,25	15,20	84,17	20,39	96,14	68,50	85,23	108,72	100,00	22,48
21,15%	maschi comparto	5,03	17,35	15,44	13,02	11,39	18,56	3,86	16,50	14,76	121,33	0,00	0
7,19%	femmine dirigenza	14,34	76,17	3,62	6,00	2,66	14,18						
7,46%	maschi dirigenza	0,31	12,67	0,69	14,50	1,78	26,00			0,01	24,00		

La tabella precedente evidenzia l'incidenza percentuale delle giornate di assenza fruite in base al genere e all'area contrattuale.
Dai dati rappresentati si conferma che la popolazione maschile del comparto, pari al 21,15%, ha utilizzato, seppur sempre in misura ridotta rispetto alle lavoratrici donne, il 15,44% delle giornate di assenza per malattia figlio. Si può osservare che la popolazione femminile del comparto risulta essere la componente che maggiormente fruisce di astensione dal lavoro per la cura di familiari e figli.
Per quanto riguarda la dirigenza, la principale motivazione di assenza delle lavoratrici è rappresentata dal congedo parentale (14,34% per 76,17 giornate medie di assenza). Si segnala in particolare l'unico caso di fruizione di congedo retribuito da parte di dirigenti maschi per 24 giorni medi di assenza.

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.

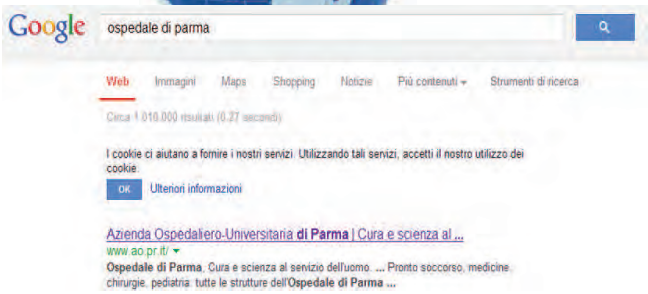
- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- La comunicazione interna aziendale

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Ospedale di Parma
Cura e scienza al servizio dell'uomo
Raggiungere l'ospedale
Primo piano

Cassa Economale: gli orari di apertura estivi del Servizio
Chiusura delle SDO entro il 15 luglio
Questionario per la rilevazione dell'utilizzo delle banche dati. Prorogati i termini per le risposte
Focus

Bilancio di Missione 2011

searching...


Google
ospedale di parma
Web
Immagini
Maps
Shopping
Notizie
Più contenuti
Strumenti di ricerca
I cookie ci aiutano a fornire i nostri servizi. Utilizzando tali servizi, accetti il nostro utilizzo dei cookie.
OK
Ulteriori informazioni
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma | Cura e scienza al ...
www.ao.pr.it/
Ospedale di Parma, Cura e scienza al servizio dell'uomo. ... Pronto soccorso, medicine, chirurgie, pediatria: tutte le strutture dell'Ospedale di Parma ...

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 e appropriatezza dell'assistenza.
Nel corso del 2012, 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 e 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. 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 quando 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.

Sito internet

Il nuovo sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (www.ao.pr.it), rinnovato nella grafica, rivisto e implementato nei percorsi di navigazione e nei contenuti, è ufficialmente on line, dopo una prima fase di test, dal 7 novembre 2012.

Relativamente alla comunicazione il *restyling* del sito ha rappresentato uno dei principali obiettivi portati avanti dall'Azienda nel corso del 2012; le modifiche hanno riguardato sia l'infrastruttura informatica che la parte relativa ai contenuti.
L'obiettivo è stato quello di rinnovare un sito che realizzi, non solo una funzione di visibilità e promozione dell'immagine, ma anche e soprattutto una funzione di servizio orientata verso la comunità. Il sito web rappresenta infatti per il cittadino la principale porta d'ingresso per conoscere in maniera dettagliata le strutture del Maggiore, le attività sanitarie erogate, le informazioni sull'accesso ai servizi, sulle modalità di prenotazione di visite ed esami specialistici e strumentali; attraverso il web, infatti, il cittadino può pagare il ticket e consultare l'elenco delle prestazioni che è possibile svolgere in libera professione.
Per questi motivi il sito deve risultare completo, tempestivo e aggiornato per dare certezze all'utente e promuovere attraverso l'informazione una maggiore partecipazione alla vita dell'ente.
Il sito è stato reso più dinamico, efficiente e accessibile, grazie alla nuova piattaforma di gestione dei contenuti (CMS) di tipo open source, basata su *Word Press*.

Il restyling effettuato, mantenendo alcune caratteristiche di semplicità e chiarezza già presenti, è stato concepito per facilitare ancor più la consultazione e soprattutto permettere aggiornamenti in tempo reale dei contenuti.
L'home page è stata significativamente riorganizzata, secondo criteri di usabilità e per aumentare la visibilità di alcune sezioni e accogliere nuovi link in ottemperanza degli obblighi di legge sulla trasparenza amministrativa o indicazioni regionali come il Numero verde regionale, la Guida ai servizi del Servizio Sanitario Regionale o la pagina web del sistema di rilevazione dei tempi di attesa, predisposto sempre dalla Regione.
Inoltre, il nuovo motore di ricerca, presente sia in home page che in tutte le pagine interne del sito, permette di accedere ai contenuti in maniera diretta e rapida.
Osservando *l'home page* del nuovo sito aziendale è possibile constatarne la semplicità grafica, l'intento è quello di promuovere una visione organica e d'insieme dei contenuti proposti, funzionale ad una più facile consultazione delle informazioni.
Oltre ai tre principali percorsi *"Chi siamo", "Curarsi"* e *"Lavorare"*, contenenti le informazioni più rilevanti richieste dagli utenti, sono presenti due nuove sezioni ***"Ricerca"*** e ***"Formazione"***, per fornire all'utente e al professionista le conoscenze circa i progetti di ricerca in corso, le attività di innovazione, le pubblicazioni scientifiche e le iniziative formative e di aggiornamento promosse dall'azienda.
Nella *home page* sono presenti quattro link rapidi, con icone di richiamo, per accedere alle pagine di maggiore utilità e facilitare l'orientamento dell'utente all'interno delle strutture: *"Visite ed esami", "Reparti e servizi sanitari" e "Ricovero"*. Dalla sezione *"Visite ed esami"* è possibile accedere a tutte le informazioni per prenotare prestazioni specialistiche e tramite link al servzio Cup 2000 della Regione Emilia Romagna (www.pagonlinesanita.it) è possibile pagare il ticket on line.
Sempre nella *home page* un'altra novità è rappresentata dall'***Agenda***, uno spazio informativo che rappresenta il calendario relativo ai convegni e alle altre iniziative organizzate al Maggiore. La parte riservata all'attualità e alle news si completa con la sezione "***Primo piano***" e tre box per evidenziare le notizie di maggiore rilevanza fra quelle attuali.
Dalla sezione "*Reparti e servizi sanitari*" si arriva all'elenco dei 12 dipartimenti sanitari, con un elenco compatto delle unità operative oppure tramite collegamento è possibile consultare l'elenco completo di tutte le strutture del Maggiore.
Vero e proprio "*core business*" del sito le schede informative di reparto sono state aggiornate durante l'emigrazione dei dati dal vecchio sito di tutti i contenuti e sono state oggetto di diverse modifiche e miglioramenti.

Schede informative di reparto

Costantemente aggiornate e monitorate le schede informative delle strutture di cura rappresentano la fonte per accedere direttamente alle informazioni sui reparti. Le schede sono pensate e articolate in modo da consentire una descrizione generale e complessiva dell'unità operative dell'Ospedale e la contestuale possibilità di approfondire particolari contenuti tematici relativi a specifici interessi o diversi gradi di approfondimento.
Lo scopo della redazione delle schede è quello di fornire informazioni di carattere sanitario e organizzativo dando loro un taglio pratico. Gli estensori dei testi hanno tenuto presente la tipologia dei possibili lettori, la loro sensibilità e la loro cultura che è variegata, così il lessico e lo stile di scrittura è stato improntato per entrare in sintonia con tutti i lettori, evitando anche - quando possibile - termini tecnici di difficile comprensione per i non "addetti ai lavori".
Le schede sono costituite da otto campi contenenti le informazione che guidano a una lettura veloce e selettiva: *Chi siamo, Cosa facciamo, Ricovero, Orari di visita ai degenti, Orari di ricevimento, Dove siamo*, *Dove telefonare,*completano poi la pagina altre due sezioni, *Approfondimenti e Articoli* che contribuiscono a rendere più ricca e completa la scheda.
La schermata presenta un quadro d'insieme semplice e organizzato, qualora si desideri approfondire ulteriormente i contenuti di uno specifico campo, è sufficiente cliccare sulla dicitura "*Continua a leggere*". Nei riquadri a destra della pagina si trovano invece le informazioni di servizio (telefoni, orari e ubicazione) e altri contenuti ritenuti utili. Le schede di accoglienza comprendono anche informazioni generali sull'offerta ambulatoriale delle singole strutture.
La scheda descrittiva dell'unità di cura è pensata per poter essere agevolmente consultata a video, oppure stampata tramite un link diretto, sempre nella parte destra della pagina; in ospedale viene consegnata al momento del ricovero.
Infine, nella parte relativa all'orientamento, si è mantenuta l' informazione di dettaglio relativa alla collocazione dei padiglioni nell'area ospedaliera, in modo da fornire all'utente esterno una guida sicura di orientamento spaziale. I numeri dei padiglioni sono riportati, nel loro insieme, nella planimetria generale

collocata nei tre principali ingressi aziendali: via Volturno, via Abbeveratoia e via Gramsci, e scaricabili dal sito aziendale. Le sedi dei reparti e degli ambulatori sono stati censiti, numerati, corredati di specifica segnaletica e da percorsi con l'utilizzo di un codice colore per facilitare il ritrovamento del luogo in cui recarsi.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.), nel corso dell'anno 2012, ha garantito ascolto e informazioni ai cittadini sui diritti e sui percorsi e ha continuato a perseguire l'obiettivo principale di facilitare l'accesso ai servizi per soddisfare prioritariamente la domanda di informazione su come muoversi per risolvere un determinato problema, soddisfare una richiesta, affrontare uno specifico percorso di salute. L'U.R.P, sviluppando un sistema di relazione diretta ai cittadini-utenti e alle associazioni di volontariato e rafforzando le capacità di relazioni interne tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari, al fine di garantire una comunicazione corretta e il più possibile esaustiva, agisce in modo diretto sull'immagine e sulla cultura dell'Azienda.

E' proseguita anche la gestione del processo aziendale delle segnalazioni, garantendo un'adeguata risposta ai cittadini e alle loro associazioni. I risultati della gestione dei reclami, elogi, suggerimenti e rilievi e della relativa redazione della statistica annuale, sono stati utilizzati come uno degli indicatori, per orientare le azioni di miglioramento dei servizi e le strategie al fine di ottimizzare i servizi e di soddisfare i bisogni sociali emersi.

Sempre nel corso del 2012 è stata implementata la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie. Tale funzione è uno strumento per prevenire e limitare il contenzioso, ponendosi come obiettivo quello di ristabilire la relazione tra gli utenti e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto per ricostituire un rapporto di fiducia tra utente e struttura sanitaria.

Ha continuato a costituire un importante punto di riferimento per l'ascolto, l'informazione e la partecipazione degli operatori interni.

Ha inoltre contribuito alla capillare divulgazione dei materiali informativi delle campagne di informazione regionali, in particolare per la:

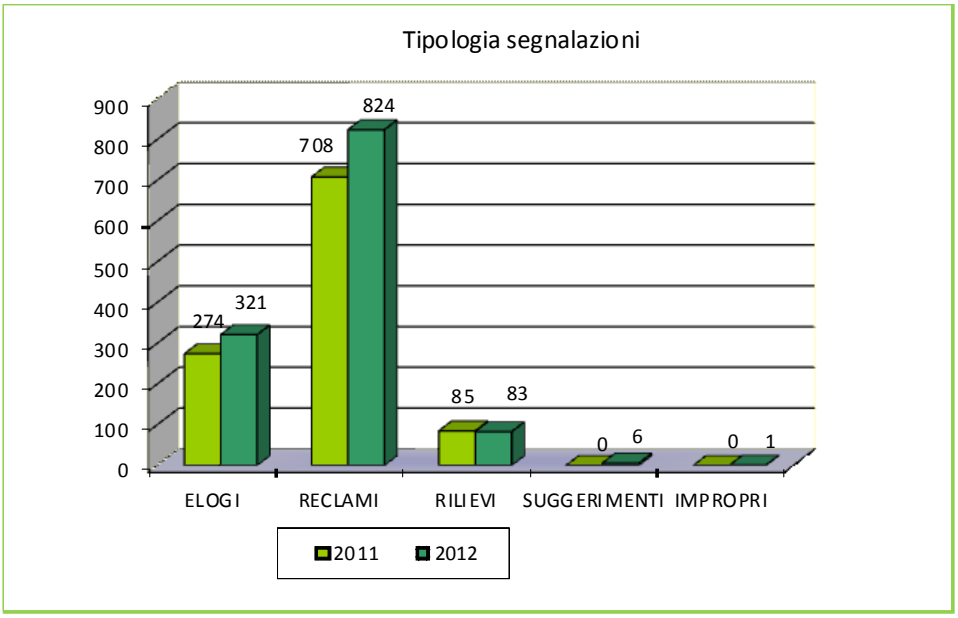
- diffusione dei provvedimenti del servizio sanitario regionale a sostegno delle persone colpite dal terremoto;
- sicurezza dei motociclisti;
- promozione delle donazioni di sangue;
- campagna antinfluenzale;
- lotta contro l'AIDS
- prevenzione malattie cardiovascolari
- prevenzione tumori del seno
- donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule.

Di seguito si riportano i principali risultati delle segnalazioni dei cittadini riferite all'anno 2012, posti a confronto nel grafico sottostante, con i dati dell'anno precedente:

Tabella 1 Le segnalazioni pervenute all'Urp, nel 2012

Segnalazioni	Totale ricoveri	Totale attività ambulatoriale
321 elogi (26,00%)	52.000	3.437.500
824 reclami (66,7%)		
83 rilievi (6,7%)		
1 suggerimenti (0,5%)		
6 impropri (0,08%)		

Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2010-2011



Numero verde

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha garantito anche nel corso del 2012 il collegamento in rete per la gestione delle informazioni che richiedono specifici approfondimenti, provenienti dal Numero Verde regionale 800 033 033. Le informazioni contenute nella banca dati sono state costantemente implementate e aggiornate, al fine di soddisfare i bisogni specifici, soprattutto in tema di accesso ai Servizi e con particolare attenzione verso le prestazioni di specialistica ambulatoriale maggiormente richieste dagli utenti.
Con l'evento sismico nell'area emiliana il numero verde, anche attraverso il secondo livello aziendale, ha rispettato il suo ruolo informativo chiave, fornendo informazioni e riferimenti aggiornati sulle misure straordinarie emanate dalla Regione Emilia-Romagna a favore delle popolazioni colpite dei comuni coinvolti.

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 2012 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 2012 si sono svolte numerose iniziative di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla cittadinanza.

L'Ospedale dei Bambini di Parma

Tra la fine del 2012 e l'inizio del 2013 una delle principali attività di comunicazione dell'Azienda ha riguardato l'Ospedale dei Bambini di Parma. L'inaugurazione della struttura, il 25 gennaio 2013, è stata un vero e proprio evento che ha coinvolto la città riscuotendo grande risonanza sui media locali e nazionali, per alcune caratteristiche peculiari proprie della prima struttura ospedaliera interamente dedicata ai bambini e agli adolescenti in Emilia-Romagna. L'Ospedale dei Bambini è infatti frutto di un eccezionale accordo tra benefattori privati ed enti pubblici. Il progetto nasce dall'idea originaria di Barilla G. e R. F.lli spa, accolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che ha ottenuto il coinvolgimento convinto di Fondazione Cariparma e Impresa Pizzarotti spa.

I tre soggetti privati hanno dato vita nel 2005 alla Fondazione Ospedale dei Bambini, imprimendole quale scopo statutario il compimento di attività di beneficenza a favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con destinazione Ospedale dei Bambini. Risale al 2008 la firma dell'accordo di programma, che ha dato sostanzialmente il via al cantiere. A fine dicembre 2012, con la conclusione dei lavori, l'area è ritornata sotto la responsabilità dell'Azienda, a poche settimane dalla riconsegna degli spazi si è svolta l'inaugurazione ufficiale. L'inaugurazione, che ha visto la partecipazione del Ministro della Salute, del Presidente e dell'Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, ha messo al centro i bambini, a cominciare dall'inno nazionale cantato dal coro delle voci bianche della Corale Giuseppe Verdi di Parma e dal video di illustrazione della struttura che ha condotto, attraverso gli occhi di un bambino, i circa 300 invitati presenti nella sala congressi dell'ospedale nei nuovi locali. Durante la cerimonia inaugurale il nuovo edificio di cura è stato dedicato a Pietro Barilla.

Il momento inaugurale è proseguito nei nuovi locali dei reparti pediatrici. Anche in questa fase, i principali attori sono stati i bambini con una performance musicale e lettura di propri pensieri. Il nuovo Ospedale dei Bambini, infatti, è un luogo di cura altamente specializzato, nel quale le necessità cliniche sono considerate solo il primo dei tanti bisogni del bambino da soddisfare. Gli ambienti del nuovo edificio accolgono infatti il piccolo paziente e la sua famiglia con grande rispetto di ogni sua esigenza. Da questa convinzione discendono l'elevata umanizzazione degli ambienti, le attività ludiche ed educative con spazi dedicati, l'accoglienza della famiglia e gli arredamenti che richiamano un'ambientazione amichevole e domestica.

A meno di un mese dall'inaugurazione sono iniziati i trasferimenti dei reparti. Dall'Aprile del 2013 l'Ospedale dei Bambini di Parma Pietro Barilla è pienamente operativo. L'attività di comunicazione portata avanti dall'Azienda si è sviluppata con articoli di approfondimento, interviste e servizi televisivi sui quotidiani locali e su importanti testate giornalistiche e televisive regionali e nazionali, oltre che su diverse riviste di settore.

Gli open day

A pochi giorni dall'inaugurazione, visto l'interesse che ha suscitato nella cittadinanza la realizzazione dell'Ospedale dei Bambini, l'Azienda ha realizzato una serie di visite guidate nella nuova struttura. All'iniziativa hanno risposto oltre 500 persone che anno dimostrato interesse, curiosità e partecipazione alla vita pubblica.

Nelle visite, organizzate in piccoli gruppi, il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha guidato i cittadini all'interno dei diversi piani della struttura, dalla sala d'ingresso, fino al secondo piano (l'area intensiva pediatrica) passando dalla zona urgenze, dal Day hospital e dalla Pediatria e Oncoematologia.

Gli *open day*, oltre a far conoscere i nuovi spazi di cura, sono stati un modo diretto da parte dell'azienda di comunicare in prima persona ai cittadini il lavoro del personale medico e infermieristico, avvicinando così gli stessi al mondo della sanità.

Giornata nazionale per la donazione degli organi

È proseguita in maniera capillare l'attività di comunicazione volta a diffondere e a sensibilizzare l'opinione pubblica su argomenti di carattere sanitario.
La promozione e la diffusione della cultura della donazione di organi e tessuti come alto valore morale e sociale è stata al centro della conferenza stampa tenuta in Azienda a inizio giugno e promossa dal Comitato per la Donazione e i Trapianti organismo che unisce istituzioni, aziende sanitarie e volontariato.
Sono intervenuti, oltre i membri che compongono il Comitato, i direttori generali delle due aziende sanitarie e i responsabili medici delle strutture di riferimento. Nella conferenza stampa si è riflettuto sull'importanza del trapianto d'organo, sottolineando che per molte persone rimane l'unica cura in grado di salvare la loro vita. In presenza di gravi malattie, può consentire ai pazienti una maggiore aspettativa di vita e il recupero di una buona qualità della stessa. Si è sottolineata, altresì, l'importanza della corretta gestione della lista d'attesa e l'osservazione accurata dei pazienti in essi inseriti. La selezione dei pazienti idonei, in caso di trapianto, avviene in base a criteri condivisi e prestabiliti a livello regionale.
I risultati ottenuti nel 2011 - riferiti all'attività di donazione - sono in linea con quelli del quinquennio precedente; 30 i donatori segnalati e 16 quelli effettivi. Per le donazioni di cornee si è registrato un costante incremento, negli ultimi anni, di prelievi corneali e parallelamente una riduzione delle opposizioni. I dati relativi ai primi 5 mesi del 2012 confermano il mantenimento dell'elevato numero di donazioni storicamente registrate nel parmense.
Anche per l'attività di trapianto si è registrato un dato numerico in linea con l'attività pluriennale; nel 2011 sono stati eseguiti 41 trapianti di rene, di cui 33 trapianti di rene da cadavere, 5 di rene da vivente e 3 di rene-pancreas. Nei primi 5 mesi del 2012 si è registrato invece un incremento nell'attività di trapianto. Per ulteriori informazioni su tali attività cfr. i capitoli 2 e 3 del presente volume.
La giornata, occasione per rilanciare sui media locali l'importanza della donazione, si è conclusa ricordando che si può essere donatori anche in vita, come donatori di sangue e di altre cellule, quali quelle del cordone ombelicale o del midollo osseo.
L'iniziativa si ascrive nella campagna informativa regionale "*Una scelta consapevole*" e persegue l'obiettivo di mantenere nel parmense l'elevato livello qualitativo del sistema di donazioni e trapianti.

"Hub2Hub" VIVERE SENZA DOLORE"

Martedì 8 maggio, ha fatto tappa all'ospedale Maggiore la campagna itinerante promossa dall'associazione "*Vivere senza dolore"* e patrocinata dal Ministero della salute.
L'Azienda ha deciso di ospitare e partecipare attivamente a tale iniziativa che si propone di contribuire a diffondere la cultura della lotta al dolore e informare i cittadini circa i cambiamenti avvenuti dopo l'approvazione della legge n. 38/2010 "Cure palliative e terapia del dolore".
All'interno dell'area ospedaliera è stato allestito un gazebo per dare visibilità all'iniziativa e informare i cittadini sulle novità introdotte dalle legge e verificare la reale consapevolezza del diritto a ricevere un'adeguata terapia del dolore.
Per l'intera giornata i cittadini sono anche stati informati dell'esistenza in ospedale di un Centro per la Terapia del dolore. È stato distribuito materiale di approfondimento: una scheda sul dolore, copia della legge 38, un algometro per misurare 'intensità del dolore e un diario per annotarne le caratteristiche.
L'iniziativa ha visto impegnati i medici specialisti del dolore che rispondevano ai quesiti sulla terapia del dolore posti dai cittadini e i volontari dell'associazione. La campagna itinerante "Hub2Hub" si proponeva di fotografare la situazione dopo il varo della normativa del 2010 presso i 15 ospedali sede di un Centro di terapia antalgica.
Durante la giornata, oltre al questionario rivolto ai cittadini, ne sono stati distribuiti altri due, il primo rivolto ai pazienti ricoverati nei reparti e il secondo ai medici ospedalieri. I risultati raccolti sono serviti per far luce su come i pazienti ricoverati ricevevano o meno un adeguato trattamento per la patologia dolore; per capire le necessità di formazione e aggiornamento dei clinici; la reale conoscenza dei cittadini, non solo della legge 38, ma anche dell'esistenza del Centro di Terapia Antalgica in ospedale.

La comunicazione integrata tra aziende sanitarie

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

E' proseguito nel corso del 2012 il percorso di comunicazione integrata tra i servizi comunicazione delle due Aziende sanitarie parmensi.

Alla base vi è l'esigenza di comunicare in maniera unitaria, con specifiche azioni di informazione congiunta per informare la cittadinanza sulle iniziative ed eventi promossi dal Servizio sanitario regionale.

A livello provinciale le due aziende si integrano agendo nei rispettivi e specifici 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 approfondite le modalità di implementazione a livello provinciale delle campagne regionali, con un ruolo attivo dei referenti comunicazione e stampa aziendali che ricercano proposte e soluzioni migliorative. 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 intergrata si è sviluppata 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 per 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 le rispettive procedure operative, realizzando in maniera integrata e tempestiva, e in base all'occorrenza, materiali e strumenti di comunicazione quali comunicati e conferenze stampa, locandine e opuscoli. È stato così possibile definire una procedura operativa comune da attivare in situazioni specifiche come quelle descritte.

La definizione di una procedura comune tra le due Aziende è uno strumento di comunicazione integrata 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.

Infine, nel 2012 è stata avviata la collaborazione operativa delle due strutture di comunicazione aziendali nell'ambito del progetto di ricerca scientifico "Trial clinico randomizzato per valutare l'effetto di una strategia di educazione della comunità sui tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto" (Progetto EROI), finanziato dalla Regione Emilia-Romagna nell'ambito del Programma Regione-Università 2010-2012, che vede l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma quale capofila e l'Azienda Usl tra le realtà coinvolte insieme alle Aziende Usl di Piacenza e Modena e le Aziende Ospedaliere di Reggio Emilia e Modena.

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 interne verso gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di tempestività, trasparenza e chiarezza delle comunicazioni.

I principali interlocutori sono i quotidiani, le riviste, i siti web, le radio e le tv.

Nel corso del 2012, l'attività di comunicazione dell'Azienda si è mantenuta in linea con quella degli anni precedenti e in occasione di particolari eventi, di significative ricerche in campo medico- scientifico o impegnativi interventi terapeutici ha investito la stampa nazionale.

Bilancio di Missione

Nel corso del 2012 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha pubblicato il quinto numero del Bilancio di Missione relativo all'anno 2011.
Finalità del documento, previsto dalla normativa regionale di riforma del Servizio Sanitario Regionale, è il confronto con i referenti istituzionali, Regione e Conferenza territoriale in primo luogo, ma anche con chi collabora alla crescita dell'Ospedale: volontariato, organizzazioni dei cittadini e degli utenti, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, fondazioni e quanti altri, a qualunque titolo, offrono il loro contributo.
La costruzione di un documento così complesso e articolato ha rappresentato uno sforzo importante ma anche un'opportunità di lettura dell'organizzazione aziendale.
Il Bilancio di Missione ha cercato di riprodurre elementi di cultura, propri di professionisti che operano in una grande organizzazione, che condividono lo spazio del lavorare e del vivere insieme.

Oscar di Bilancio all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Nel 2012 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è aggiudicata l'oscar di Bilancio nella sezione Aziende ospedaliere pubbliche con la seguente motivazione: "Il Bilancio, ampio e completo, presenta un adeguato equilibrio tra le esigenze di sintesi e di analiticità delle informazioni, con commenti che forniscono utili chiavi di interpretazione. Il Bilancio di Missione rappresenta uno strumento consolidato e adeguatamente valorizzato nei processi di comunicazione e confronto con gli interlocutori istituzionali. Molto buona l'accessibilità e la leggibilità di tutta la documentazione sul sito istituzionale"

Per la commissione l'Azienda ha saputo, attraverso i documenti di rendicontazione, mostrare con chiarezza lo stato finanziario dell'Ente, i programmi di investimento e i progetti realizzati ma anche il bilancio sociale delle attività, ossia del "come" le risorse investite abbiano prodotto beni e servizi di pubblica utilità.
La Commissione di segnalazione per le Aziende sanitarie pubbliche era composta da rappresentanti di Università Bocconi, Corte dei Conti, Ferpi, Assirevi - Associazione Italiana Revisori Contabili, Gbs – Gruppo di studio per il Bilancio Sociale, Aiaf - Associazione Italiana Analisti Finanziari e Andaf – Associazione Nazionale Direttori Amministrativi e Finanziari.
L'Oscar di Bilancio nasce nel 1954; si svolge sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica ed è promosso, gestito e organizzato da FeRPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana, da quest'anno con ANCI - Associazione Nazionale Comuni Italiani. L'Oscar ha il patrocinio della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, di FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere e di UPI - Unione Province Italiane.

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

La Intranet ha progressivamente 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. Indicatore quantitativo di questo crescente utilizzo della intranet è rappresentato ad esempio dall'aumento del numero di richieste di pubblicazione di corsi, convegni, notizie di interesse, pubblicazioni di questionari, procedure operative documenti di interesse aziendale.

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 2012 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 newsletter

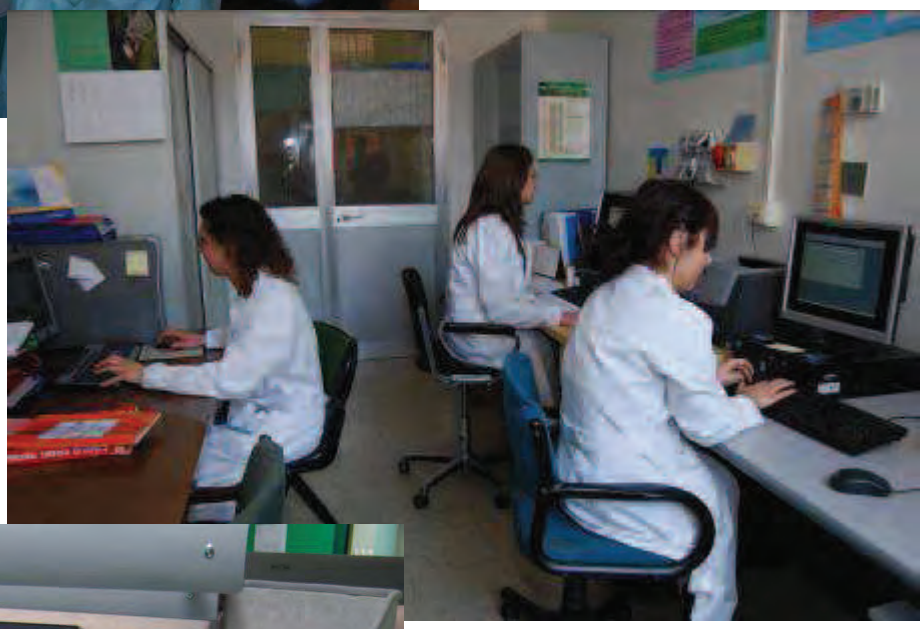
Per tutto il 2012 è continuata la pubblicazione della Newsletter aziendale. Il **foglio informativo** riservato a tutti i dipendenti dell'ospedale di Parma riporta novità aziendali di interesse generale, notizie di utilità e informazioni sulle attività dei Servizi, ritenute importanti per tutti gli operatori 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. 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 personali 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 2012 è stata distribuita come foglio in formato elettronico via mail disponibile direttamente dal cruscotto personale.

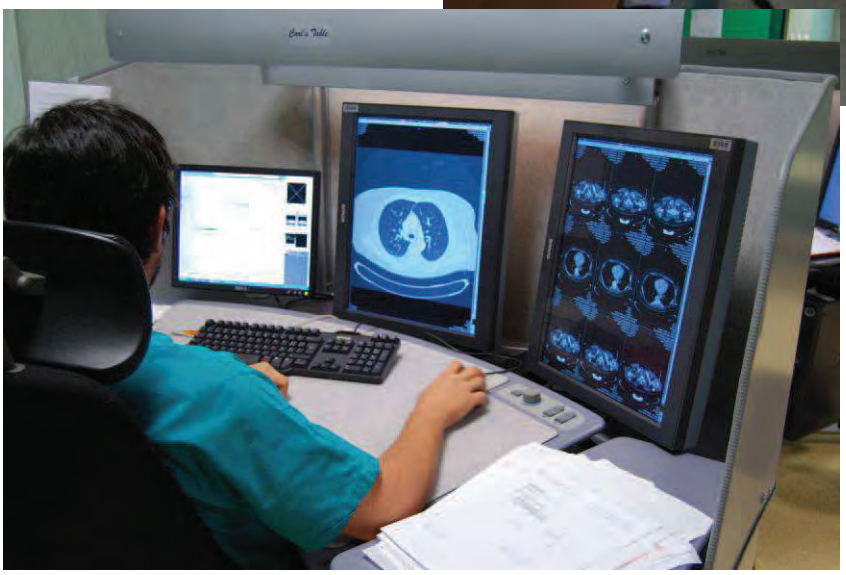
6 Governo della ricerca e innovazione

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

Greencarb 120





Governo della ricerca e innovazione

E' ormai ampiamente riconosciuto che la ricerca costituisce condizione essenziale per lo sviluppo e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, e di conseguenza per il miglioramento della salute dei cittadini. Essa infatti permette di produrre nuove conoscenze e competenze trasferibili all'assistenza, e contribuisce a creare ambienti di cura all'avanguardia, attraendo i migliori medici, consentendo anche l'apprendimento dei giovani e la formazione continua dei professionisti. E' evidente, tuttavia, che il valore e i benefici della ricerca dipendono essenzialmente da come essa viene eseguita; risultati provenienti da studi non rigorosi, o condotti nel mancato rispetto delle norme, non sono infatti affidabili e quindi non porteranno benefici al paziente né alla comunità scientifica. A tale proposito, la letteratura sottolinea che, nonostante il suo ruolo cruciale, non sempre la ricerca viene condotta secondo i principi di buona qualità (Good Clinical Practice). Accanto a gravi episodi di malpratica o frode effettivamente rari (es. fabbricazione, falsificazione e plagio dei risultati), si registrano più frequentemente violazioni minori dell'integrità della ricerca, quali errori metodologici nel progetto, mancata adesione al protocollo una volta avviato lo studio e non pubblicazione dei risultati dopo la conclusione. Prevenire queste violazioni è molto importante poiché tutela i partecipanti allo studio, migliora la fiducia dell'opinione pubblica nei confronti della ricerca, e riduce lo spreco di risorse umane ed economiche [Poustie 2006, the Medical Journal of Australia; Bloom 2008, NSW Public Health Bulletin; Chalmers 2009, the Lancet]. A tale scopo, si raccomanda di guidare il processo di realizzazione di ricerca tramite strumenti e procedure che ne assicurino l'integrità, la trasparenza e la legalità.

La considerevole attenzione per l'argomento è testimoniata dalla presenza di 49 linee guida redatte in 19 Paesi europei, piuttosto eterogenee, volte a promuovere l'integrità della ricerca - lavori descritti in una revisione appena pubblicata sulla prestigiosa rivista The Lancet [Godecharle 2013]. Accanto a queste iniziative volte a fornire raccomandazioni a livello nazionale, si registra anche il tentativo di uniformare i comportamenti e le normative a livello globale: nel 2010, esperti di 51 nazioni hanno unito le forze per produrre un documento condiviso, la Dichiarazione di Singapore, che indica principi e responsabilità in materia [*http://www.singaporestatement.org*]. Il documento fonda sul concetto che a prescindere dalle differenze disciplinari e nazionali, esistono principi e responsabilità professionali fondamentali per la integrità della ricerca ovunque questa sia intrapresa. La Dichiarazione indica 14 tipologie di responsabilità [grafico 1] attribuite ai ricercatori, agli enti di ricerca, ma anche alle riviste e alle organizzazioni professionali. Al ricercatore, ad esempio, è richiesto di conoscere e aderire ai regolamenti, adottare metodi di ricerca appropriati, diffondere i risultati, e dichiarare i conflitti di interesse; è però responsabilità degli enti di ricerca istituire procedure per creare e sostenere un ambiente culturale che incoraggi l'integrità attraverso l'educazione, l'istituzione di regole chiare e l'adozione di criteri ragionevoli per l'avanzamento professionale.

Tentativi a livello internazionale sono stati fatti anche per combattere il *publication bias*, cioè la tendenza di autori ed editori di dare la precedenza alla pubblicazione di studi con risultati positivi, trascurando o non considerando adeguatamente quelli con risultati non conclusivi o negativi. Tale pratica è dannosa per la comunità scientifica, in quanto generalmente, la pratica medica non progredisce sulla base di un solo studio ma grazie all'insieme di evidenze provenienti da molteplici progetti. Per far fronte a questa criticità, nel 2004 la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) ha emesso una dichiarazione richiedendo la registrazione di tutti gli studi clinici in un database prima dell'arruolamento del primo paziente [DeAngelis 2004, JAMA]. La tracciabilità degli studi in atto è intesa anche come riconoscimento ai soggetti che danno volontariamente il loro apporto al progresso scientifico, assicurando loro che il loro contributo sarà determinante. Il registro deve soddisfare svariati criteri: deve essere gratuitamente accessibile al pubblico e gestito da una organizzazione no-profit, deve avere un meccanismo a garanzia della validità dei dati immessi e richiedere un set minimo di informazioni. Il database attualmente più utilizzato a livello internazionale è *clinicaltrials.gov*, finanziato dalla National Library of Medicine americana.

Relativamente alla situazione nazionale, si sottolinea con soddisfazione che l'Italia è l'unico Paese dove le linee guida *Good Clinical Practice della International Conference on Harmonization (ICH),* il riferimento guida per la buona conduzione della ricerca in tutto il mondo, sono state recepite nella normativa vigente (Decreto Legislativo n. 211 del 24 giugno 2003) e sono pertanto da considerarsi vincolanti.

La Regione Emilia-Romagna, consapevole di queste problematiche, da anni richiede alle Aziende del SSR di promuovere lo sviluppo e il consolidamento della infrastruttura aziendale per la governance della ricerca, cioè quella vasta gamma di regolamenti, principi e standard di buona pratica creati per ottenere, e costantemente migliorare, la qualità della ricerca sanitaria. Questo orientamento si esprime nella delineazione delle 5 Azioni prioritarie presenti nella D.G.R. 1066 del 29 luglio 2009 ("La Ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010"). In particolare, un primo passo verso la trasparenza è stato fatto con l'avvio dell'Anagrafe Regionale della Ricerca, volta a produrre una visione di insieme dei progetti in atto nelle Aziende sanitarie della RER. Pur non trattandosi di un registro vero e proprio secondo i requisiti dell'ICMJE, non contenendo informazioni dettagliate relative ai protocolli, l'iniziativa garantisce comunque la tracciabilità della ricerca e la produzione di report puntuali sui progetti in corso. La suddetta Delibera inoltre sottolinea la necessità che le Aziende contemplino nel loro regolamento misure chiare per prevenire i conflitti di interesse.

Al passo con l'orientamento internazionale, nazionale e regionale, l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma è impegnata da anni nella promozione di un contesto favorevole a ricerca con elevati livelli di qualità, quindi utile per i pazienti e conveniente per il Sistema Sanitario. A tale proposito, nel 2012 sono stati realizzati ulteriori progressi, i cui aspetti salienti e relativi risultati sono descritti di seguito.

Grafico 1 Dichiarazione di Singapore sulla integrità nella ricerca

Dichiarazione di Singapore sulla integrità nella ricerca

Preambolo. Il valore e i benefici della ricerca dipendono in modo vitale dalla integrità della ricerca stessa. Se da un lato possono esistere, ed esistono, differenze disciplinari e nazionali nel modo in cui la ricerca è amministrata e condotta, dall'altro esistono principi e responsabilità professionali che sono fondamentali per la integrità della ricerca ovunque questa sia intrapresa.

PRINCIPI

Onestà in ogni aspetto della ricerca.
Responsabilità nella conduzione della ricerca.
Cortesia professionale ed equità nel lavorare con altri.
Buona gestione della ricerca nell'interesse di terzi.

RESPONSABILITÀ

1) **Integrità:** i ricercatori dovrebbero ritenersi responsabili della attendibilità delle loro ricerche.

2) **Adesione a regolamenti:** i ricercatori dovrebbero conoscere le norme e regolamenti relativi alla ricerca, e aderirvi.

3) **Metodi di ricerca:** i ricercatori dovrebbero adottare metodi di ricerca appropriati, basare le loro conclusioni sulla analisi critica dei dati, e comunicare in modo completo e obbiettivo i risultati ottenuti e la loro interpretazione.

4) **Documentazione delle ricerche:** i ricercatori dovrebbero mantenere una documentazione chiara e accurata di tutte le loro ricerche, in modo tale da consentire ad altri di verificare e replicare il loro lavoro.

5) **Risultati delle ricerche:** i ricercatori dovrebbero condividere apertamente e rapidamente con i colleghi i dati e risultati ottenuti, non appena abbiano avuto l'opportunità di stabilire la priorità e la proprietà intellettuale delle loro scoperte.

6) **Paternità delle pubblicazioni:** i ricercatori dovrebbero assumersi la responsabilità per il loro contributo a ciascuna pubblicazione, rapporto, richiesta di fondi, e ogni altra comunicazione delle loro ricerche. Le liste degli autori dovrebbero includere tutti e solo coloro che rispecchiano i criteri di autore appropriati.

7) **Ringraziamenti nelle pubblicazioni:** i ricercatori dovrebbero indicare, nelle pubblicazioni, i nomi e il ruolo svolto da coloro che hanno contribuito in modo significativo alla ricerca ma che non rispecchiano i criteri di autore, compresi redattori professionali, finanziatori, sponsor e altri.

8) **Peer-review:** i ricercatori dovrebbero dare giudizi equi, rapidi e rigorosi quando sono chiamati a valutare il lavoro altrui, e dovrebbero rispettarne la riservatezza.

10) **Comunicazioni pubbliche:** quando partecipano a dibattiti pubblici sulla applicazione e importanza di nuove scoperte, i ricercatori dovrebbero limitare i commenti professionali agli ambiti in cui sono riconosciuti come esperti, e dovrebbero tracciare una chiara distinzione fra commenti professionali e opinioni basate su punti di vista personali.

11) **Segnalare le condotte irresponsabili:** i ricercatori dovrebbero comunicare alle autorità competenti ogni sospetto caso di disonestà nella ricerca, inclusi la falsificazione e la manipolazione impropria dei dati, il plagio e altre pratiche irresponsabili che minano la attendibilità della ricerca quali incuria, impropria inclusione o esclusione di autori, omissione di dati contraddittori, o l'uso di metodi analitici ingannevoli.

12) **Reazione a condotte irresponsabili:** tanto gli enti di ricerca che le riviste scientifiche, le organizzazioni professionali e le agenzie coinvolte nella ricerca dovrebbero istituire procedure per accogliere accuse di frode e di altre pratiche irresponsabili nella ricerca, e per proteggere coloro che in buona fede denunciano tali comportamenti. Qualora siano accertate frodi o altre pratiche irresponsabili, si dovrebbero prendere rapidamente provvedimenti adeguati, inclusa la correzione dei risultati già pubblicati.

13) **Ambienti della ricerca:** gli enti di ricerca dovrebbero creare e sostenere un ambiente culturale che incoraggi l'integrità attraverso l'educazione, l'istituzione di regole chiare, e l'adozione di criteri ragionevoli per l'avanzamento professionale, favorendo al contempo ambienti lavorativi che proteggano l'integrità della ricerca.

14) **Considerazione per la società:** i ricercatori e gli enti di ricerca dovrebbero riconoscere di avere un dovere etico di soppesare i benefici e i costi per la società inerenti nel loro lavoro.

La dichiarazione di Singapore sulla integrità proveniente dal 2ND Wold Conference ON Researc Integrity, 21-24 Luglio 2012, a Singapore (http://www.singaporestatement.org)

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

Al fine di rendere l'azienda una sede di ricerca sempre più competitiva, all'avanguardia ed efficiente, sono state messe in atto una serie di attività e strumenti a garanzia della qualità, traendo ispirazione dalle esperienze di altre realtà, anche internazionali. Le attività principali, alcune di rilevanza strategica, sono descritte nelle schede obiettivo alla fine del paragrafo.
Si è inoltre proseguito con l'attuazione delle 5 azioni prioritarie contenute nella D.G.R. n. 1066 del 29 luglio 2009, realizzando le seguenti attività principali:
Azione 1: nel 2012, è stato messo a frutto il lavoro di collaborazione e sintesi effettuato da tutti i Dipartimenti l'anno precedente, che ha portato alla realizzazione del Piano aziendale per le attività di ricerca. Nello spirito con cui lo strumento è stato concepito dalla RER ("...permettere di avviare una discussione sulle priorità e le caratteristiche delle diverse attività di ricerca e innovazione da svolgere a livello aziendale, permettendo al tempo stesso di far emergere le aree di maggiore competenza…"), l'analisi del documento ha infatti permesso di individuare le sei principali linee di ricerca della AOU (cfr. par. "Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie"), a cui è stato dato rilievo nel sito internet aziendale. Tra esse, per numerosità di proposte, per la sua trasversalità praticamente a ogni specialità medica e chirurgica e per il potenziale impatto sulla salute di una vasta gamma di pazienti, la Medicina Personalizzata è stata selezionata quale linea di ricerca prioritaria. La concentrazione degli sforzi in questo ambito ha consentito di vedere finanziati dalla RER 2 Programmi Strategici di ricerca sulla Medicina personalizzata, per un importo di quasi 3 milioni di euro (cfr. sezione 6.1 Attività della infrastruttura per la Ricerca e l'Innovazione "Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie").
Azione 2: nel 2012 è stato riattivato il database regionale dell'Anagrafe della Ricerca. La tracciabilità della ricerca in atto in Azienda è stata pertanto garantita con l'inserimento in tale applicativo di tutti i progetti avviati nel periodo 2010-2012 (cfr. sezione 6.3. Garanzie di trasparenza "Anagrafe della Ricerca").
Azione 3: il Board per la Ricerca e Innovazione, insediato in agosto 2011, ha espletato anche nel 2012 la sua importante funzione di vigilanza sulle attività di ricerca in corso e di supporto al Collegio di Direzione. Ha inoltre svolto un importante ruolo di consulenza per la realizzazione di strumenti e attività volti al miglioramento della qualità della ricerca.
Azione 4: sono stati prodotti e diffusi sui siti internet e intranet aziendali i report trimestrali delle pubblicazioni dei professionisti della AOU di Parma nell'anno 2012. E' stato inoltre realizzato il volume contenente la produzione scientifica e i progetti di ricerca per Dipartimento e Unità Operative, relativi al periodo 2009-2011, notevolmente arricchito di indicatori rispetto al volume precedente (cfr. sezione 6.3 Garanzie di trasparenza "Reportistica").
Azione 5: sono state realizzate cinque Procedure Operative Standard aziendali per la ricerca, documenti condivisi che regolamentano le diverse attività attinenti alla realizzazione dello studio, indicati dalle linee guida internazionale *Good Clinical Practice della ICH* come parte integrante di un sistema di qualità (cfr. scheda "Semplificare i processi e garantirne la correttezza").

Inoltre, in continuità con quanto svolto gli anni precedenti:

- sono stati privilegiati rapporti più diretti e collaborativi con i professionisti, anche tramite l'offerta di supporto biostatistico ed epidemiologico per la predisposizione di protocolli di studio metodologicamente rigorosi;
- è proseguita l'offerta di formazione in materia di ricerca, con l'attuazione di brevi corsi per favorire la partecipazione a bandi e diffondere la cultura dell'integrità, della trasparenza e della legalità;
- sono stati messi a disposizione dei ricercatori strumenti di supporto alla progettazione, scaricabili dal sito intranet della UO, comprendenti la guida per la realizzazione del diagramma di Gantt, per il calcolo dell'impact factor e per la creazione della electronic Case Report Form (eCRF).

Per svolgere tutte le attività con competenza e autorevolezza, i professionisti della UO Ricerca e Innovazione sono impegnati in un costante processo di formazione e aggiornamento. Nel 2012 in particolare, sono state approfondite le tecniche di disegno e analisi statistica delle sperimentazioni cliniche di fase precoce, la progettazione di progetti europei nell'ambito del Settimo Programma Quadro e gli aspetti connessi alla certificazione delle tecnologie. Inoltre, un collaboratore esperto di economia ha frequentato l'University Medical Center di Utrecht, dove ha avuto modo di approfondire la conoscenza dell'organizzazione di un ospedale universitario del Nord Europa, con particolare riferimento alle modalità

di reperire finanziamenti pubblici per incrementare l'attività di ricerca. Quanto appreso potrà essere utile presso la AOU in quanto, nonostante i contesti diversi, sono soprattutto l'attitudine positiva dell'organizzazione e la propensione a valorizzare la ricerca a contribuire maggiormente all'attrattività finanziaria.

UNIRE LE FORZE PER MIGLIORARE LA RICERCA

Esiste ormai una forte consapevolezza che solo attraverso la condivisione di strumentazioni di alta tecnologia e di personale altamente qualificato si possano sviluppare ricerche di buona qualità, che consentano di traslare tempestivamente nella pratica clinica le conoscenze acquisite attraverso gli studi sperimentali. Molte delle tecnologie d'avanguardia e delle competenze scientifiche necessarie sono già presenti nell' Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ma risultano disperse in vari laboratori e strutture periferici. Si è ravvisata quindi la necessità di uno sforzo congiunto tra Ospedale e Università, volto a dar corpo ad una sede unica per attuare ricerca di alta qualità e avere un immediato impatto sulla realtà locale. Tale approccio è in linea con gli orientamenti della Regione Emilia Romagna, il cui Programma di Ricerca Regione-Università finanzia da anni progetti integrati volti a una potenziare la collaborazione tra servizio sanitario e mondo accademico.

Risultati raggiunti

Nel 2012 è stato definito un progetto, in modo integrato e condiviso con l'Università, per la realizzazione di un'area strategica denominata Centro Comune di Ricerca (CCR), con competenze e tecnologie all'avanguardia per lo svolgimento di studi innovativi, di ricerca bomedica e clinica, prevalentemente nell'ambito della Medicina Personalizzata, linea di ricerca prioritaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il CCR si articola in tre aree:

- RICERCA DI LABORATORIO, è una core facility centrale in cui sono concentrate alte tecnologie a supporto delle attività di ricerca, con laboratori biomedici certificati e personale qualificato, dove vengono garantiti il controllo di qualità e l'attività di audit delle prestazioni erogate a fini di ricerca, l'adeguata conservazione del materiale biologico, la tenuta della documentazione e delle informazioni individuali secondo le normative vigenti;
- RICERCA CLINICA, è un'area dedicata alla ricerca sui pazienti, che ha come scopo l'ottimale realizzazione di studi attraverso percorsi ad hoc per i soggetti in sperimentazione, con personale addestrato all'esecuzione dello studio, tempi congrui per l'informazione, e con una efficienza organizzativa ed una impostazione scientifica adeguate;
- FORMAZIONE PER LA RICERCA, spazi dedicati alla formazione sulla ricerca, per favorire la crescita professionale dei giovani medici e la loro capacità di applicare ai pazienti quanto appreso in ambito sperimentale.

Il CCR comprenderà anche la UO Ricerca e Innovazione, con personale qualificato (biostatistici, data manager, monitor, project manager) a supporto dei ricercatori e per la governante delle attività.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il progetto, con relativa planimetria e piano dei costi, è stato sottoposto alla Fondazione Cariparma.

E' in via di definizione, in collaborazione con il Board per la Ricerca, il regolamento per l'utilizzo comune di spazi e risorse (umane e tecnologiche) anche con l'Università.

Nel 2013 sarà inoltre definito il percorso per garantire l'accoglienza, l'adeguata informazione e la tutela dei diritti dei soggetti candidati a partecipare alle sperimentazioni, e il tariffario per la remunerazione e piena copertura economica con fondi di ricerca delle attività svolte.

Criticità rilevate

Per la definizione del regolamento che garantisca il funzionamento del CCR, occorre stabilire regole comuni che siano rispondenti alle diverse norme vigenti in Ospedale e in Università.

Accanto al regolamento proprio del CCR occorrerà stabilire le modalità per l'ammissibilità dei progetti di ricerca sponsorizzati, anche al fine di prevenire le condizioni che possono generare conflitti di interesse.

Il CCR sarà a disposizione di tutti i ricercatori dell'AOUPR, dovranno pertanto essere individuate le responsabilità (gestione risorse, coordinamento, eccetera), al fine del corretto utilizzo e del pieno sfruttamento delle potenzialità.

SEMPLIFICARE I PROCESSI E GARANTIRNE LA CORRETTEZZA

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 ritardi nelle diverse fasi di attuazione di uno studio, generando confusione e talvolta demotivazione. Le Procedure Operative Standard (SOP), documenti condivisi contenenti istruzioni dettagliate per uniformare l'attuazione di una attività di ricerca specifica, costituiscono un passo fondamentale per l'ottimale gestione dei progetti di ricerca, permettendo da una parte di snellire gli aspetti burocratici e assicurare al tempo stesso la qualità in ogni momento del processo di realizzazione di uno studio; le SOP sono difatti considerate dalle linee guida internazionali, le Good Clinical Practice della ICH, come elemento indispensabile per assicurare la qualità della ricerca. La UO Ricerca e Innovazione per contribuire a garantire trasparenza e affidabilità dell'attività di ricerca intende realizzare SOP per la Ricerca, partendo dagli aspetti più spesso sollevati dai professionisti quali fonte di dubbi, confusione o ritardi per la realizzazione degli studi.

Risultati raggiunti

Nel 2012 sono state attuate 5 SOP per l'attività di ricerca:

1.AMM01 - Struttura, preparazione, approvazione e revisione delle SOP

2.AMM02A - Acquisizione delle risorse: quale iter seguire per ottenere l'autorizzazione all'acquisto o all'utilizzo di una tecnologia

3.AMM02B - Acquisizione delle risorse: arruolamento di personale addizionale necessario per la realizzazione dello studio

4.AMM03 - Divulgazione scientifica aziendale

5.AMM04B -Autorizzazione all'avvio dello studio

L'iter prevede la stesura della procedura a cura della UO Ricerca e Innovazione in collaborazione con i servizi aziendali interessati, l'approvazione del Board per la Ricerca e l'autorizzazione del Collegio di Direzione. Prima che la SOP entri in vigore, viene realizzato il relativo training per i Referenti dipartimentali della ricerca, i quali hanno il compito di favorire la diffusione e l'applicazione delle SOP nel Dipartimento.

Sebbene le questioni da affrontare con una SOP siano generalmente segnalate dai professionisti in base alle criticità da loro rilevate, si sottolinea che l'introduzione tempestiva della SOP AMM04_B è stata dettata da una richiesta effettuata dalla Regione Emilia-Romagna, in merito all'assunzione di modalità che garantiscano il rispetto delle buone pratiche di sperimentazione nell'ambito di studi con dispositivi medici con o senza marcatura CE.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel 2013 si proseguirà con la realizzazione di ulteriori SOP, e all'aggiornamento di quelle già in vigore, che deve avvenire almeno una volta all'anno come stabilito dal relativo regolamento.

Saranno inoltre messi a disposizione di tutti i ricercatori moduli standardizzati, compilabili online, per la richiesta di personale, tecnologie, servizi, eccetera nell'ambito di progetti di ricerca finanziati.

Sarà inoltre opportuno verificare la coerenza tra le SOP aziendali della ricerca, le procedure definite dal Comitato Etico e quelle predisposte dai singoli reparti ad uso interno.

Criticità rilevate

La creazione delle SOP ha richiesto un notevole lavoro di concertazione, volto a comprendere, e conciliare, le esigenze e peculiarità di tutti i punti di vista, individuando regole di buon senso che permettessero di favorire la ricerca senza però violare le norme vigenti.

Data la dinamicità delle norme e dei contesti locali, le SOP attivate richiedono un continuo aggiornamento, e conseguentemente periodico training.

Nonostante il processo di diffusione capillare delle SOP (pubblicazione dei documenti sulla intranet aziendale, giornate di training e lavoro di diffusione da parte dei Referenti Dipartimentali della Ricerca), l'adesione alle indicazioni non risulta immediata. Ciò costituisce un problema in quanto, una volta entrate in vigore, le SOP sono da intendersi vincolanti.

MONITORARE PER GARANTIRE LA QUALITÀ E RISOLVERE I PROBLEMI

L'esistenza di un buon protocollo e del parere favorevole del Comitato Etico non garantisce che, una volta avviato, lo studio venga attuato nel totale rispetto delle Linee Guida internazionali di *Good Clinical Practice* e della legislazione vigente in Italia. Possono infatti riscontrarsi inadempimenti, inesattezze o ritardi, dovuti per lo più alla non perfetta conoscenza delle complicate normative, alla sottovalutazione dei requisiti o alla mancanza di tempo e risorse. Ad esempio, possono esserci problemi nella sottoscrizione del consenso informato, nella tenuta della documentazione, nella segnalazione degli eventi avversi, eccetera. Sebbene si tratti generalmente di aspetti non sostanziali, sono tuttavia elementi importanti che concorrono alla qualità della ricerca e assicurano la tutela dei soggetti in studio, e che quindi non possono essere trascurati.
L'importanza di attuare attività di monitoraggio della qualità della ricerca è sottolineata in primo luogo dalle Linee Guida di *Good Clinical Practice della ICH*, con il duplice obiettivo di assicurare "la tutela dei diritti, della sicurezza e il benessere dei soggetti in studio,…e la credibilità dei dati".
Poiché generalmente le risorse disponibili nelle aziende sanitarie non consentono di monitorare ogni singolo progetto, le linee guida GCP indicano che l'estensione e la tipologia di monitoraggio deve essere determinata in base a considerazioni su aspetti quali l'obiettivo, la finalità, il disegno, la complessità, la dimensione campionaria e gli esiti attesi dallo studio.
Sulla base di queste considerazioni, nel 2012 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è posta l'obiettivo di istituire un'attività sistematica di monitoraggio della ricerca in corso. Tale attività non è intesa quale sistema di controllo e sanzione, ma, al contrario, quale strategia di supporto e di miglioramento, che permetta di rilevare tempestivamente i problemi e intervenire per porvi rimedio. Oltre a garantire la qualità degli studi (aderenza al protocollo di studio, adeguata informazione dei pazienti, eccetera), il monitoraggio sistematico consentirà anche di rispondere adeguatamente alle eventuali ispezioni delle autorità regolatorie (FDA, EMA, Ministero della Salute, AIFA). Infine, il monitoraggio potrà avere ripercussioni positive anche sulla cultura della ricerca di qualità, favorendo la conoscenza delle normative vigenti, sensibilizzando i ricercatori sull'importanza di aderirvi, e responsabilizzandoli in tal senso.

Risultati raggiunti
Nel 2012 è stato realizzato il monitoraggio amministrativo di tutti i progetti finanziati con fondi pubblici, attraverso la richiesta ai responsabili scientifici di una relazione annuale sullo stato di attuazione del progetto, mediante l'uso di un format che raffronta risultati attesi e ottenuti. La relazione scientifica è stata accompagnata da un report prodotto dall'UO Ricerca e Innovazione sull'utilizzo dei fondi, sempre raffrontando il piano di finanziamento con quanto realmente speso. Tutte le relazioni sono state protocollate e trasmesse agli enti pubblici di finanziamento (Regioni, Ministeri).
Relativamente al monitoraggio scientifico, l'analisi delle esperienze della letteratura ha portato alla definizione, in collaborazione con il Board della Ricerca, delle procedure delle attività di monitoraggio da attuarsi presso la AOU, comprendenti le figure coinvolte, le tempistiche e le modalità, formalizzate in una SOP apposita che entrerà in vigore in marzo 2013. Le attività di monitoraggio saranno affidate a un monitor aziendale, figura appositamente formata allo scopo.
Il lavoro ha compreso anche la messa a punto della strategia di ottimizzazione del sistema, con la definizione dei criteri per l'assegnazione dell'estensione e della tipologia di monitoraggio come richiesto dalle linee guida GCP. A tal fine si è fatto riferimento a una scala sviluppata in Francia [Journot 2011, Contemporary Clinical Trials], che permette di valutare il livello di rischio che lo studio comporta per il paziente e di stabilire di conseguenza l'intensità di monitoraggio più appropriata per ridurre tali rischi.
E' stata inoltre sottoscritta una convenzione con la CRO Quintiles, che coadiuverà la AOU nelle fasi iniziali, fornendo per il primo anno di attuazione il supporto di un monitor esperto al monitor aziendale deputato alle visite in loco.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
Si sta lavorando al fine di sistematizzare le procedure di monitoraggio amministrativo, per estenderle a tutte le tipologie di progetti (non solo finanziati con fondi pubblici) e alla verifica del rispetto dei protocolli non limitata all'utilizzo adeguato dei fondi ma anche relativamente allo stato di avanzamento, di concerto con il Comitato Etico.	Occorrerà rodare il sistema e verificare i reali benefici della modalità scelta per monitorare all'interno dei reparti la qualità dei processi. Per quanto concerce il monitoraggio amministrativo, manca un sistema automatizzato dedicato di rilevazione dei costi relativi alle attività di ricerca. Risulta quindi complesso, e oneroso in termini di tempo, monitorare in modo rigoroso l'utilizzo delle risorse assegnate alla ricerca.

AUMENTARE LA PARTECIPAZIONE A RICERCA TRAMITE LA VALORIZZAZIONE DELL'IMPEGNO

In linea con le indicazioni regionali, l'Azienda ritiene essenziale dare il giusto riconoscimento al lavoro dei professionisti, non solo relativamente alle attività assistenziali che forniscono, ma anche all'impegno dedicato alla ricerca. Generalmente, la performance dei ricercatori viene misurata tramite indici bibliometrici, dati importanti che però, come sottolinea la letteratura, possono portare a sottovalutare l'impegno dei professionisti nella ricerca, spesso non suggellato ufficialmente da una pubblicazione in riviste peer-reviewed. E' invece essenziale portare alla luce tutte quelle attività "sommerse" ma non per questo meno rilevanti per il nostro ospedale, come ad esempio: il ruolo attivo nella pianificazione/svolgimento/pubblicazione di studi, la partecipazione a formazione/aggiornamento su tematiche concernenti la metodologia della ricerca, presentazioni a convegni, attività di divulgazione scientifica, ecc.
A tal fine, nel 2012 la UO Ricerca e Innovazione ha inviato tutti i medici, biologi e farmacisti dell'Azienda alla compilazione di un breve questionario online adattato dalla letteratura, volto a rilevare la partecipazione dei professionisti, nel 2011 e nel 2012, alle diverse attività di ricerca possibili. L'incremento del grado di partecipazione del Dipartimento è stato incluso tra gli obiettivi di budget 2012.

Risultati raggiunti
Il tasso di adesione complessivo è stato del 66% (452/736). Il dipartimento di Radiologia e Diagnostica per Immagine ha registrato il maggior tasso di adesione pari all'84%, mentre il Neuroscienze il minore pari a 38%. La percentuale di professionisti che ha partecipato ad attività di ricerca, comprendendo sia quella "sommersa" sia le pubblicazioni scientifiche è stata del 48% nel 2011 e del 52% nel 2012. La quota che ha dichiarato di partecipare ad attività "sommersa" è risultata pari al 31% per il 2011 e 35% per il 2012; di questi il 18% ha anche effettuato almeno una pubblicazione nel corso dell'anno. Pertanto, utilizzando come parametro di valutazione solo le pubblicazioni scientifiche, non si rileva una quota importante di professionisti che praticano attività di ricerca, pari a circa il 15% l'anno. Tra le attività rilevanti da segnalare la partecipazione alla stesura di linee guida scientifiche (circa 10% dei professionisti) e la redazione di contributi a libri in ambito medico/scientifico (circa il 12% dei professionisti). Tra i Dipartimenti, da segnalare quello di Radiologia e Diagnostica per Immagini, in quanto a fronte di una ridotta produzione scientifica (18% dei professionisti pubblicano almeno un lavoro l'anno) si registra una identica quota che partecipa ad altre attività di ricerca.

Interventi in fase di sviluppo o in corso	*Criticità rilevate*
E' prevista la ripetizione dell'indagine alla fine del 2013 per rilevare l'attività di ricerca svolta nell'anno e confrontarla con gli anni precedenti. L'obiettivo concernente l'incremento della partecipazione a ricerca dei Dipartimenti rispetto all'anno precedente sarà incluso anche nel Budget 2013.	Il tasso di risposta al questionario è stato inizialmente basso, rendendo necessari più solleciti, effettuati sia tramite i Referenti Dipartimentali della Ricerca, sia a livello individuale. Inoltre, l'utilizzo della posta elettronica per l'invio dei questionari, pur facilitando la trasmissione, ha portato all'esclusione di alcuni professionisti, in particolare dei non strutturati, che non dispongono di una mail aziendale o universitaria.

Integrazione tra i vari sottosistemi aziendali

La ricerca non è un'attività a se stante, svolta in laboratorio o nel proprio reparto, ma implica tutta una serie di azioni e procedimenti che coinvolgono, di volta in volta a seconda delle fasi, oltre ai ricercatorii direttamente interessati alla realizzazione del progetto, diversi uffici e servizi amministrativi aziendali. Risulta pertanto necessaria l'integrazione tra tutti gli attori, che devono agire secondo piani di lavoro condivisi per assicurare un iter efficiente, senza intoppi, ridondanze, o irregolarità. E' in quest'ottica che la AOU ha avviato nel 2012 la realizzazione di Procedure Operative Standard (SOP) per la Ricerca, descritte sopra (cfr. scheda "SEMPLIFICARE I PROCESSI E GARANTIRNE LA CORRETTEZZA"). Esistono però molte procedure condivise con uffici e servizi che non sono esplicitate in SOP apposite, ma che sono tuttavia già attive e proficue.
In particolare, la UO Ricerca e Innovazione collabora a stretto contatto con il Servizio Bilancio aziendale, per tutti gli aspetti economici connessi alla realizzazione di progetti finanziati con fondi pubblici, da donazioni, elargizioni o lasciti, grazie alla presenza di una figura dedicata che svolge un importante ruolo di raccordo tra i due settori. Le attività comprendono la compilazione del bilancio consuntivo per i suddetti progetti, il continuo monitoraggio durante tutto l'esercizio e la valutazione della congruità delle richieste di acquisizioni di beni e servizi e personale con quanto stabilito nel piano dei costi, nonché la redazione di report periodici per informare i responsabili scientifici circa lo stato economico del loro studio e richiedere eventuali modifiche (richieste di rimodulazione o di proroghe). Infine, in sede di attivazione dei progetti, attraverso l'atto aziendale di avvio, viene verificata l'adesione a tutti gli adempimenti necessari (parere favorevole del Comitato Etico, registrazione nell'Anagrafe regionale della ricerca, eccetera), autorizzando così il Servizio Bilancio a procedere con le attività economiche.
E' inoltre costante e tempestivo lo scambio di informazioni con la Segreteria del Comitato Etico. In primo luogo ciò permette alla UO Ricerca e Innovazione, ormai da 4 anni, di soddisfare in modo esaustivo il debito informativo richiesto dalla RER con l'inserimento nell'Anagrafe Regionale della Ricerca di tutti gli studi approvati dal Comitato Etico, e di produrre conseguentemente report puntuali sull'attività di ricerca in corso nell'ospedale. Il continuo scambio di informazioni consente inoltre di ridurre i tempi di autorizzazione degli studi e di uniformare modalità e procedure.
Considerevole è anche l'attività svolta nell'ambito della Commissione Aziendale Tecnologie (CAT) e della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM), due organi aziendali preposti alla supervisione degli acquisti, a fini di ricerca e assistenziali. Professionisti della UO R&I partecipano attivamente agli incontri delle due Commissioni, e contribuiscono ad approfondire quesiti relativi all'acquisizione di tecnologie nell'ambito di studi clinici, o destinate alla pratica clinica ma senza sufficienti evidenze a supporto dell'utilizzo routinario. Tale approfondimento è effettuato sia tramite l'analisi critica della letteratura, sia interagendo con i servizi di volta in volta interessati per favorire la comprensione della finalità del progetto.
Infine, dal 2012 la UO R&I collabora fattivamente con l'Ufficio Legale dell'Azienda, segnalando gli studi in fase di sottomissione al Comitato Etico che necessitano di un'assicurazione ad hoc, o le situazioni in cui si ravvisano potenziali conflitti di interesse legati a vincoli sulla pubblicazione dei risultati della ricerca.

Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie

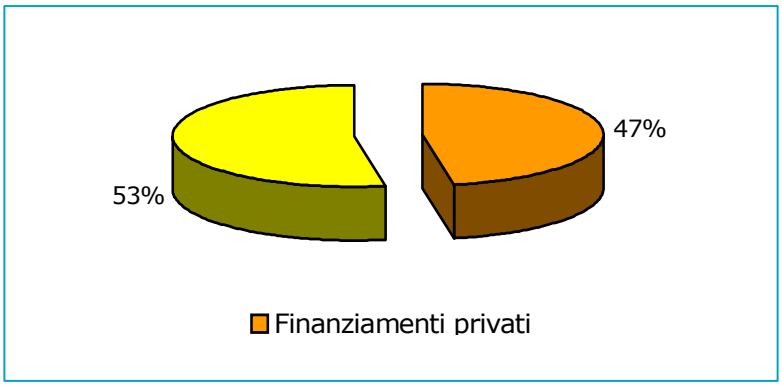
E' ovvio che fare ricerca richiede risorse, economiche e umane. La situazione economica degli ultimi anni, con la riduzione di fondi pubblici, rende ancora più urgente l'attuazione di strategie volte a stimolare l'interesse di finanziatori esterni. Per fare ciò, occorre che i potenziali sponsor vedano nell'Azienda una sede di ricerca competitiva e affidabile, dove i progetti vengono effettuati in modo efficiente, con un'alta collaborazione multidisciplinare, tecnologie all'avanguardia e il know-how necessario, e nel pieno rispetto delle regole di buona pratica clinica.
In quest'ottica, l'esistenza di network di ricerca rappresenta un elemento centrale nella capacità di acquisire finanziamenti. La AOU ha avviato da qualche anno, con la definizione del Piano per le Attività di Ricerca 2010-2012, un processo che ha permesso l'individuazione di aree di ricerca prioritarie di interesse interdipartimentale, favorendo il rafforzamento delle collaborazioni e dello scambio tra i professionisti. Nel 2011, un considerevole lavoro di sintesi delle proposte contenute nei Piani della Ricerca dipartimentali aveva portato alla definizione di 15 linee di ricerca principali (cfr. il Bilancio di Missione 2011). Nel 2012, dopo ampia discussione nell'ambito del Board per la Ricerca, queste sono state accorpate nelle seguenti 6 linee di ricerca prioritarie:

- MEDICINA PERSONALIZZATA
- FRAGILITÀ E MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE
- STUDI SPERIMENTALI PRECLINICI
- SVILUPPO E VALIDAZIONE DI TECNICHE INNOVATIVE
- MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE
- SPERIMENTAZIONI CLINICHE CON FARMACI

La descrizione di ciascuna linea di ricerca è consultabile sul sito internet aziendale [*http://www.ao.pr.it/ricerca/le-linee-di-ricerca-e-il-team/*].
Ogni linea di ricerca viene sviluppata da team che lavorano in sinergia, con competenze e background nel campo specifico, che si pongono l'obiettivo di rispondere a quesiti clinici rilevanti. Tra le linee di ricerca, l'analisi del Piano ha permesso di identificare la Medicina Personalizzata quale area prioritaria, per l'alto numero di proposte provenienti da praticamente tutti i Dipartimenti, per il carattere fortemente innovativo e per il potenziale impatto sulla salute di una vasta gamma di pazienti. Le speranze concrete offerte da una medicina che ha come bersaglio non solo la patologia ma soprattutto l'individuo, in base al singolo corredo genetico, apre la strada a enormi opportunità di cura e prevenzione per i pazienti e può anche risultare molto interessante per potenziali sponsor, pubblici o privati. La AOU di Parma è un competitore autorevole in questo campo, annoverando tra i suoi professionisti pionieri della medicina personalizzata, soprattutto in ambito infettivologico, oncologico e cardiovascolare La concentrazione degli sforzi del team in tal senso ha già dato i suoi frutti; la RER infatti, nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università, bando area 1 2011, 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. L'AOU di Parma ha potuto rispondere adeguatamente alla richiesta della RER, formulando due proposte di PS afferenti al filone della medicina personalizzata, in ambito cardiologico e infettivologico. Nel 2012 entrambi i PS sono stati finanziati, ottenendo complessivamente fondi pari a quasi 3 milioni di euro.
Infine, per aumentare le probabilità di ottenere fondi per la ricerca, pubblici e privati, l'Azienda si è impegnata anche nel 2012 nella diffusione capillare di bandi e opportunità di finanziamento (sia tramite le pagine internet e intranet, sia con incontri di presentazione ad hoc gestiti dalla UO Ricerca e Innovazione), e ha garantito una offerta formativa particolarmente mirata a rispondere ai requisiti di specifici bandi.

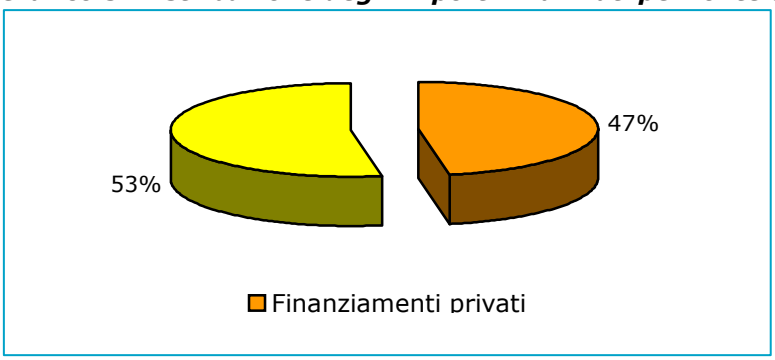
Una fonte di informazioni sulla capacità di attrazione di risorse finanziarie, in ambito di ricerca, è la consueta rilevazione annuale dei progetti attivati.
In base ai dati disponibili, complessivamente nel 2012 risultano avviati 138 progetti di ricerca, nel 30% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Rispetto all'anno precedente, si registra un lieve incremento del numero di progetti attivati (+6, pari a +5%) ma una contrazione nella quota di progetti di cui la AOU di Parma è centro coordinatore (cfr. il paragrafo "Attività di ricerca" nella la sezione 2.4 *Ricerca e didattica*).
Dei 138 studi ne sono stati finanziati 82 (59%), 17 dei quali (21%) sono coordinati dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
La quota di progetti finanziati con fondi privati (es. Aziende Farmaceutiche e Fondazioni) ha rappresentato il 47% del totale; la restante quota dei progetti avviati nel 2012 è stata remunerata, direttamente o indirettamente, mediante fondi pubblici (progetti con finanziamenti da parte di istituzioni/enti o senza finanziamenti dedicati).

Grafico 2 Distribuzione dei progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2012



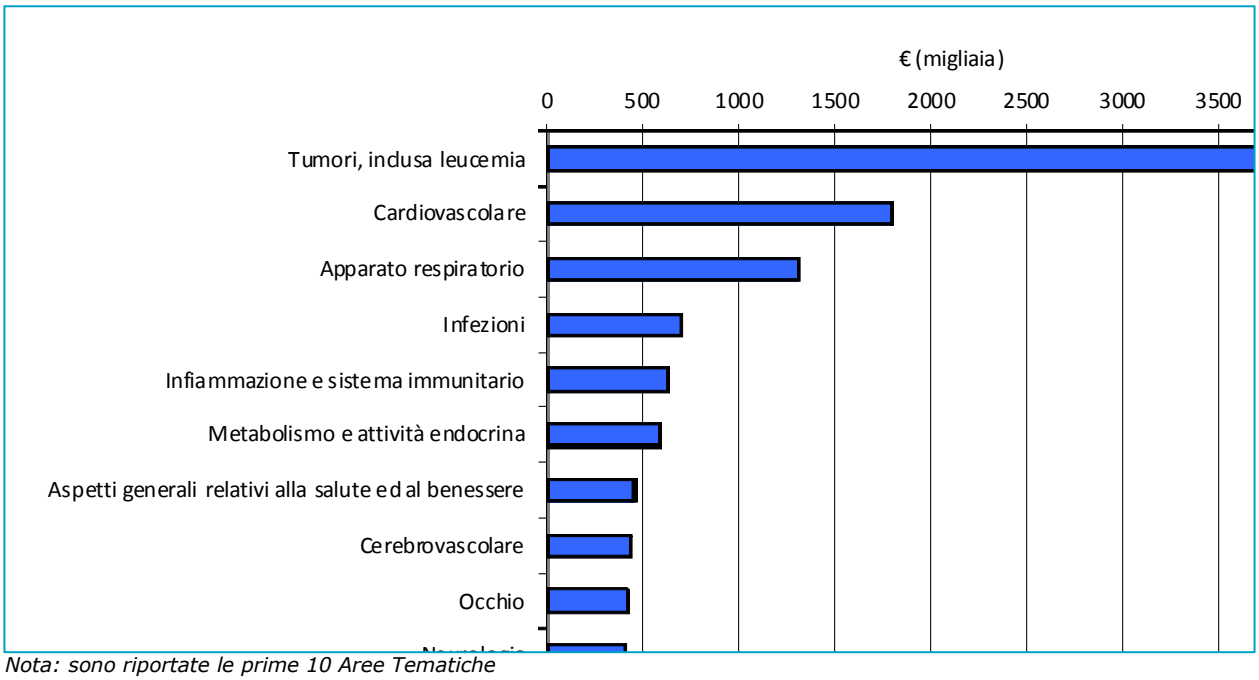
Considerando ora solamente i progetti che hanno ricevuto un finanziamento da uno sponsor (grafico 3), nel 2012 gli importi complessivamente finanziati sono pervenuti in prevalenza da finanziatori pubblici (per il 53%).

Grafico 3 Distribuzione degli importi finanziati per fonte di finanziamento, anno 2012



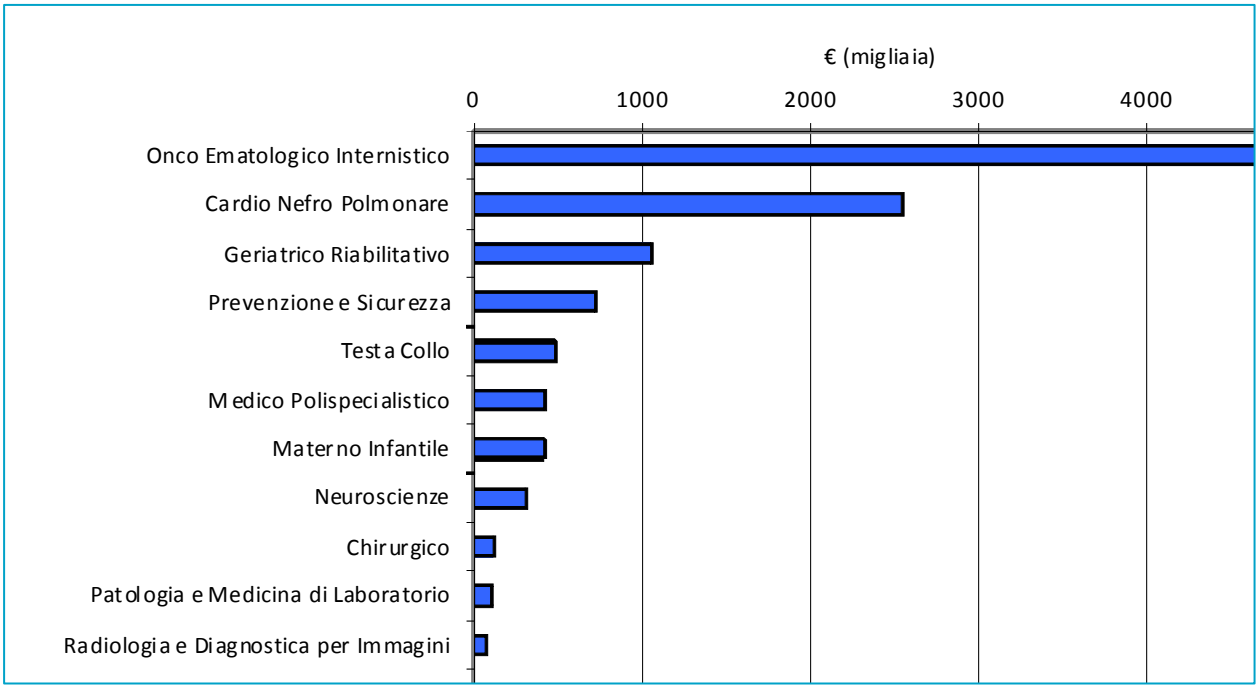
Al fine di identificare le aree di ricerca su cui si è maggiormente investito negli ultimi 3 anni, di seguito vengono presentati gli importi finanziati per area tematica del progetto e per Dipartimento del Principal Investigator.
Le aree tematiche (grafico 4) che hanno attirato più finanziamenti negli ultimi tre anni di rilevazione sono "Tumori, inclusa leucemia" (oltre 3.800.000€), "Cardiovascolare" (1.800.000€) e "Apparato Respiratorio" (1.300.000€). I Dipartimenti che hanno avuto una capacità maggiore di attrazione fondi (grafico 5) sono "Onco Ematologico Internistico" e "Cardio Nefro Polmonare".

Grafico 4 Distribuzione degli importi finanziati per area tematica, anni 2010-2012



Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche
Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

Grafico 5 Distribuzione degli importi finanziati per Dipartimento del Principal Investigator, anni 2010-2012



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 remunerate con fondi pubblici, nel triennio 2010-2012, sono stati finanziati in media ogni anno 80 collaboratori esterni (contrattisti e borsisti), che rappresentano circa il 6% dei laureati in organico.

Tabella 1 L'output della ricerca: collaboratori esterni remunerati con fondi di ricerca pubblici, anni 2010-2012

Anno di competenza					
2010		2011		2012	
Numero	Finanziamento	Numero	Finanziamento	Numero	Finanziamento
94	€ 847.670	77	€ 717.381	79	€ 519.907

Il dipartimento che ha acquisito un maggiore numero di collaboratori esterni è il Dipartimento Onco Ematologico Internistico con una media di circa 33 collaboratori/anno.

Utilizzo appropriato delle innovazioni

Sebbene probabilmente il concetto di ricerca venga prevalentemente associato ad attività sperimentali (come la ricerca di laboratorio), è indubbio che sia altrettanto importante studiare le modalità migliori per trasferire le evidenze nella pratica clinica anche in base al contesto locale (verificando strategie di implementazione, modelli organizzativi, eccetera). La RER pone da anni l'accento sull'importanza di garantire un utilizzo appropriato delle innovazioni. Tra le iniziative in tal senso spiccano l'istituzione dell'Osservatorio regionale per l'innovazione (ORI), organo con il ruolo di supporto alle Aziende nelle scelte relative al governo delle innovazioni sanitarie; il Programma PRI E-R (Programma Ricerca e innovazione Emilia-Romagna), volto all'esecuzione di progetti per migliorare l'introduzione e il monitoraggio delle nuove tecnologie (es. registri), con particolare attenzione alla collaborazione tra SSR e industria; il Programma di Ricerca Regione-Università, che accanto a progetti di ricerca innovativa finanzia dal 2007 studi di governo clinico.
Nel corso degli anni, la AOU di Parma ha collaborato attivamente alle summenzionate iniziative regionali. In particolare, nel 2012 si sottolineano i i seguenti aspetti.
Osservatorio Regionale per le Innovazioni
Nel 2012 l'Azienda ha richiesto il supporto dell'ORI in particolare per ottenere approfondimenti in merito alle evidenze a sostegno della procedura di eradicazione dell'esofago di Barrett mediante trattamento endoscopico con generatore ad alta frequenza. La revisione della letteratura disponibile ha rilevato la mancanza di una valutazione rigorosa, pertanto si è concordato che la procedura debba essere offerta esclusivamente nell'ambito di uno studio clinico, previo consenso informato del paziente che deve sottolineare l'esistenza di risultati solo parziali circa gli effetti del trattamento. Se tale studio verrà attuato, l'ORI ha offferto la disponibilità a collaborare alla stesura del background del protocollo.

Programma PRI E-R
La AOU ha aderito alla maggior parte dei database clinici mantenuti dalla Regione fin dal loro avvio. In particolare, nel 2012 ha contribuito ai seguenti Registri, come confermato dalle relazioni inviate alla UO Ricerca e Innovazione a fine anno dai relativi referenti aziendali:
- Regionale delle Angioplastiche coronariche (REAL)
- Regionale di aritmologia interventistica (RERAI)
- Regionale degli Interventi di cardiochirurgia (RERIC)
- Registro dell'Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO)
- Registro Regionale dei Traumi gravi (RRTG)
- Registro Regionale delle Gravi Cerebrolesioni (GRACER).

L'impegno dei professionisti ha riguardato sia l'alimentazione dei database, sia la partecipazione fattiva a incontri ad hoc delle relative reti regionali.

Programma di Ricerca Regione-Università
Dall'avvio del Programma nel 2007, la AOU ha visto finanziati numerosi studi rientranti nell'area 2 con un impatto sulla pratica clinica locale. Riportiamo dapprima un breve riassunto di due progetti practice-based particolarmente rilevanti, finanziati con il bando 2008-2009 e conclusi nel 2012, e a seguire i due progetti vincitori del Bando Area 2 2012.

PROGETTO INTEGRATO DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE CLINICHE E LABORATORISTICHE NEL GOVERNO CLINICO DELL'INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B (HBV) IN EMILIA ROMAGNA

BACKGROUND
L'infezione da Epatite B è un problema sanitario urgente, in considerazione anche dell'aumento dei casi registrati negli ultimi anni in Italia, soprattutto dovuti a trasmissione sessuale e l'incremento delle infezioni da importazione. La gestione clinica dei pazienti con infezione da HBV è profondamente cambiata negli ultimi anni a seguito dell'avvento di nuovi farmaci anti-virali e allo sviluppo di tecniche diagnostiche molecolari sempre più sofisticate. Queste nuove acquisizioni hanno reso sempre più complessa la gestione delle problematiche cliniche relative alle infezioni da HBV, creando il rischio di un utilizzo inappropriato dei farmaci disponibili, con il conseguente sviluppo di resistenza ai farmaci da parte del virus. Si rende pertanto necessario ottimizzare la gestione clinica delle infezioni da HBV.

OBIETTIVI
Ottimizzare la gestione clinica delle infezioni da HBV attraverso la elaborazione e l'implementazione di protocolli clinici sviluppati a partire da linee guida correnti. Inoltre, intende acquisire informazioni relative ad efficacia e tollerabilità delle terapie disponibili a lungo termine, al di là della durata del presente studio, nella pratica clinica corrente.

METODI
Studio di implementazione, attuato mediante la realizzazione di un network integrato epatologico-infettivologico-internistico e secondo le seguenti fasi: 1) creazione di una banca dati informatica nella quale sono stati immessi in modo retrospettivo e prospettico i dati epidemiologico-virologico-clinici relativi a tutti i pazienti con infezione cronica da HBV seguiti in regione; 2) elaborazione, condivisione ed implementazione di raccomandazioni cliniche per la gestione dei pazienti con infezione cronica da HBV, sviluppate a partire da linee guida correnti; 3) valutazione dell'impatto del progetto attraverso il confronto di una serie di indicatori selezionati, nel periodo post-implementazione rispetto al periodo precedente l'implementazione del protocollo.

RISULTATI
Sono stati arruolati 2527 pazienti, distribuiti nei 33 centri partecipanti.
I dati retrospettivi necessari per inquadrare e descrivere la modalità di gestione delle epatiti croniche B in Regione Emilia Romagna sono stati raccolti a partire dal 1° gennaio 2009 fino al luglio 2010. L'analisi ha evidenziato discordanze tra la pratica clinica e le raccomandazioni delle linee guida regionali, riguardo le scelte terapeutiche (tipo di terapia, durata, tempistica di inizio) e l'utilizzo della biopsia epatica. Occorre tuttavia considerare che l'epatite cronica B è una patologia complessa con ampia variabilità inter-individuale nell'andamento dell'infiammazione epatica, per cui la valutazione delle scelte cliniche adottate nei vari Centri richiede la conoscenza della storia clinica completa del singolo paziente, che solo parzialmente può essere desunta dai dati raccolti nel database. Lo studio ha mostrato inoltre una bassa adesione dei centri al monitoraggio dei comportamenti clinici per definire la risposta al trattamento.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE
Lo studio suggerisce che una strategia di razionalizzazione di comportamenti clinici basata sull'elaborazione di linee guida possa essere insufficiente in un contesto come quello emiliano in cui la gestione delle terapie anti-HBV compete a Centri clinici con livelli di esperienza estremamente eterogenei. E' necessario attuare ulteriori strategie di implementazione, come il forum informatico creato nel contesto del presente progetto con lo scopo di fornire la possibilità ai vari Centri prescrittori di farmaci anti-HBV di condividere e discutere decisioni cliniche complesse con i referenti dei Centri di maggiori dimensioni e quindi con maggiore esperienza nella gestione delle epatiti. Il progetto mostra infine come il monitoraggio dei comportamenti clinici, in particolare nel caso di studi in cui il numero dei Centri partecipanti sia elevato come nel nostro caso, difficilmente possa essere attuabile attraverso l'utilizzo di database complessi.

CLINICAL EFFECTIVENESS DELLA TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) IN CAMPO CARDIOVASCOLARE E NEUROLOGICO IN PAZIENTI CON PATOLOGIA AD ALTO RISCHIO EVOLUTIVO

BACKGROUND
L'utilizzo clinico della PET è in rapida espansione dati il maggior numero di tomografi, il progressivo upgrade tecnologico, la sintesi di nuovi radiofarmaci a target molecolare specifico, l'introduzione in Farmacopea di un panel di molecole radiomarcate via via più ampio.
Il settore di applicazione della PET a maggior impatto numerico e clinico è quello oncologico, pur crescendo in tempi recenti l'interesse per ambiti diversi come i disordini neurodegenerativi e la valutazione del rischio cardiovascolare nei quali è cruciale la caratterizzazione quantitativa di parametri biologici (rate di consumo glucidico, riserva di flusso coronarico) la cui misura mediante PET consente di modulare la terapia e monitorarne gli effetti nel tempo.
Numerosi studi di accuratezza suggeriscono l'utilità della PET in diversi contesti clinici, ma evidenze dirette dell'effetto sulla pratica clinica corrente in termini di outcome sono scarse.

OBIETTIVI
Valutare l'impatto clinico (outcome di processo e di esito) e gestionale (decision making) dell'introduzione della PET in specifici percorsi diagnostico-terapeutici gravati da ampia variabilità di comportamento nel settore cardiovascolare (pazienti diabetici con aterosclerosi sub-clinica) e neurodegenerativo (Mild Cognitive Impairment).

METODI
Nei due settori in studio (cardiologico e neurologico), i pazienti eleggibili sono stati assegnati casualmente (randomizzazione 1:1) alla gestione clinica basata sugli esiti della PET o alla gestione convenzionale (usual care).

RISULTATI
In ambito cardiovascolare, la strategia ha permesso di ottenere la identificazione precoce di compromissione severa non nota della riserva coronarica. In ambito neurologico, è stata effettuata la validazione della refertazione clinica tramite la correlazione con test neuropsicologici. E' stato inoltre istituito, nell'ambito dello studio, il laboratorio di imaging avanzato.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE
Sono stati sviluppati protocolli standardizzati di acquisizione di immagini complesse in ambito cardiovascolare e neurologico e procedure di quantificazione e parametrizzazione della distribuzione dei radiofarmaci utilizzati, diffusibili ad altre strutture della RER.
Lo studio ha portato anche alla costituzione di un team multidisciplinare (medici nucleari, fisici, TSRM, neurologi, psicologi) nonché all'acquisizione di competenze che risultano attrattive per strutture e pazienti extraRER.

APPROPRIATEZZA DI RICOVERO RIABILITATIVO IN REGIME DI DEGENZA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: IMPATTO DI UN SISTEMA ALTERNATIVO DI CODIFICA SULL'INAPPROPRIATEZZA IN ECCESSO E SUI COSTI DELLA REGIONE.

BACKGROUND
In Italia, le attività di riabilitazione ospedaliera sono classificate mediante un sistema di codifica che considera la diagnosi della patologia che ha originato la disabilità ed il tempo intercorso dall'evento indice. Non sono considerati fattori in grado di determinare il reale fabbisogno di prestazioni clinico-riabilitative e il livello assistenziale necessario. Ciò non sempre garantisce un rimborso equo e proporzionato alle risorse effettivamente impiegate.

OBIETTIVI
Il progetto intende migliorare l'appropriatezza di erogazione dei servizi dei reparti di riabilitazione intensiva nella RER, attraverso l'introduzione di uno strumento condiviso per la valutazione della complessità clinica.

METODI
Studio osservazionale prospettico di validazione. Nella prima fase dello studio sarà attuato l'adattamento trans-culturale di una scala di classificazione internazionale. Contemporaneamente, un panel indipendente di esperti, confrontando criteri di ricovero adottati dai centri partecipanti con la letteratura, definirà, secondo la metodologia del Delphi Panel, un algoritmo clinico (gold standard) di appropriatezza di ricovero in medicina riabilitativa. La rilevazione dei dati necessari allo studio avverrà in doppio cieco, sia il medico che tratta il paziente, sia il rilevatore ignoreranno l'algoritmo. Il numero di ricoveri trattati in un anno nei reparti in studio, circa 3600, risulta adeguato per assicurare una potenza del 90% e un'alfa del 2%.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE
Il progetto, pur ricoprendo un intervallo temporale relativamente breve, fornisce un modello scientificamente validato di riferimento, oggettivo ed uniforme, per la scelta del setting riabilitativo.
I centri partecipanti sono una quota importante dei reparti che operano nella RER, rappresentativi della realtà variegata attualmente presente, e i pazienti in studio sono tutti quelli della pratica clinica, ciò dovrebbe garantire la generalizzabilità dei risultati. L'inclusione dei direttori/referenti delle UO partecipanti nella fase di definizione del questionario, da sottoporre al panel di esperti per la definizione dell'algoritmo, consente il coinvolgimento attivo delle parti in causa fin dall'ideazione, ciò dovrebbe favorirne successivamente il trasferimento nella pratica clinica corrente.

UNA STRATEGIA BASATA SULL'EVIDENZA PER RIDURRE IL TASSO DI PARTI CESAREI: STUDIO DI IMPLEMENTAZIONE

BACKGROUND
Nonostante la disponibilità di raccomandazioni basate su evidenze scientifiche (EBM), si registra ancora una considerevole variabilità della frequenza di parti con taglio cesareo (TC), sia tra diverse aree geografiche, sia tra centri differenti (ospedali, cliniche private). Nel 2011 in Emilia-Romagna il tasso di TC è stato del 29%, con Parma al 37% e Rimini al 20%. Dai dati di una meta-analisi la strategia di "Audit and Feedback", risulta tra le più efficaci nel ridurre i TC senza indicazione.

OBIETTIVI
Obiettivo primario
Valutare l'efficacia di una strategia di Audit and Feedback (A/F) per favorire l'implementazione di linee guida nazionali (LG), misurata in termini di riduzione dei parti cesarei (end point primario).
Obiettivi secondari:
1. identificare ostacoli e barriere all'implementazione delle LG
2. misurare l'adesione ad ogni raccomandazione della LG attraverso l'utilizzo di un set di indicatori

METODI
Studio quasi-sperimentale, in cui il trend di TC viene analizzato nel braccio attivo (con la strategia) e nel braccio di controllo (ospedali della RER senza strategia), prima e dopo l'implementazione di A/F. Si attende un decremento del tasso di TC pari al 20%, pertanto occorre monitorare 1350 parti con TC nel braccio attivo (sia prima sia durante la strategia). Il periodo totale di intervento sarà compreso tra 14-16 mesi.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE
La definizione di Linee Guida può essere un utile strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. Purtroppo non è sufficiente la "semplice" pubblicazione/diffusione di documenti per modificare i comportamenti ma sono necessarie strategie che stimolano attivamente il medico a prendere in considerazione e ad adottare nella propria pratica le conoscenze scientifiche disponibili. Questo studio intende pertanto verificare l'applicabilità nel nostro contesto e l'impatto della strategia, in termini di riduzione dei tagli cesarei. Se i risultati saranno

positivi, la sua generalizzabilità ad altri contesti regionali/nazionali è assicurata dal carattere pragmatico dello studio, dalla presenza di tre ospedali "rappresentativi" e dalla tipologia di intervento, che richiede la raccolta di un set minimo di informazioni e la realizzazione di incontri periodici.
Lo studio produrrà inoltre informazioni importanti per la Regione, relative agli ostacoli e alle barriere incontrati dai professionisti nell'applicazione delle raccomandazioni.

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica

Per valorizzare e diffondere l'informazione scientifica, in quanto insostituibile strumento della formazione permanente e dell'aggiornamento professionale orientato al costante miglioramento dell'attività assistenziale offerta dalla nostra Azienda, è in essere un rapporto convenzionato con l'Università degli Studi di Parma, che consente ai professionisti aziendali l'accesso ai servizi e alle risorse della Biblioteca centrale della Facoltà di Medicina e Chirurgia a tutte le banche dati accademiche. Le risorse rese disponibili nella modalità online sono accessibili attraverso le postazioni di lavoro e presso quelle della Biblioteca. L'offerta è in costante potenziamento e nel 2012 comprende:

- accesso ai full text di circa 2500 riviste di valenza internazionale,
- collegamento a PubMed con link diretti ai full text disponibili,
- accesso alle banche dati Embase, Cinahl, Science Citation Index, Journal Citation Report (valutazione di periodici comprendente l'Impact Factor), Current Contents, Micromedex, Images MD (banca dati di immagini mediche), Cochrane Library, Clinical Evidence, PSYCHinfo, FSTA (scienza e tecnologia dell'alimentazione).

L'AOU di Parma, nell'ottica di condivisione e collaborazione con le altre aziende sanitarie e con l'obiettivo di rafforzare l'accessibilità all'informazione e documentazione scientifica, ha formalizzato la propria partecipazione al "Network per la documentazione in Sanità in Emilia Romagna" per costruire una programmazione condivisa di acquisizione, utilizzazione e valorizzazione della documentazione scientifica in sanità, ottimizzando l'utilizzo di risorse economiche. Nella programmazione delle acquisizioni del Network vi sono le seguenti risorse: UptoDate, Cochrane Library, Clinical Evidence, Pacchetto BMJ, Annals of Internal Medicine, Pacchetto AMA e Pacchetto riviste Elsevier.
Il Servizio Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in collaborazione con la Biblioteca di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma ha pianificato nel 2012 un'indagine sulle opinioni dei professionisti sull'utilizzo delle risorse bibliografiche disponibili in formato elettronico (banche dati e periodici scientifici), che sarà effettuata nel 2013 attraverso un questionario informatizzato e rivolta a tutti i professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Le risposte potranno fornire un contributo significativo all'aggiornamento e alla gestione delle Banche dati. Tale questionario infatti intende esplorare la conoscenza e soprattutto l'utilizzo da parte dei professionisti di banche dati specifiche per la propria professione, richiedendo anche suggerimenti e proposte di miglioramento.

Attività di formazione del personale

Un ospedale che intende favorire e promuovere la ricerca di qualità non può trascurare l'offerta formativa, calibrata a seconda delle esigenze, ma sempre volta a conferire le competenze e conoscenze indispensabili per effettuare studi metodologicamente rigorosi, eticamente corretti e condotti nel rispetto delle regole stabilite a livello internazionale. Presso l'AOU di Parma, la UO Ricerca e Innovazione ha proseguito anche nel 2012 il suo impegno nella formazione in materia di ricerca, concentrandosi quest'anno su iniziative con un taglio ancora più pratico e partendo dagli elementi di base sulla metodologia della ricerca che tutti i professionisti devono conoscere; inoltre, si è prestata molta attenzione al legame tra qualità della ricerca e opportunità di finanziamento disponibili, affinché quanto appreso durante i corsi potesse aumentare le probabilità di sottomissione di progetti a bandi e loro finanziamento.
In tale ottica, è stato realizzato il programma formativo *"Metodologia della Ricerca: una guida per cominciare",* una serie di minicorsi della durata di 3 ore con cadenza mensile, ognuno dedicato ad un aspetto chiave della ricerca: scrittura del protocollo, definizione del piano dei costi e del piano di analisi

statistica, sottomissione al Comitato Etico, monitoraggio dello studio, presentazione dei risultati e pubblicazione dell'articolo.
I corsi sono stati ideati quali moduli a se stanti, accreditati separatamente, per permettere ai professionisti di frequentare gli eventi in base all'interesse e alle loro necessità. I contenuti e le tempistiche sono stati determinati anche in base alla pubblicazione, nell'arco dell'anno, di opportunità di finanziamento pubbliche; in tal modo è stato possibile fornire ai proponenti di proposte ai singoli bandi supporto e indicazioni puntuali, applicabili immediatamente durante il loro lavoro di progettazione e sottomissione dello studio. La concretezza della formazione riferita ai reali problemi dei ricercatori è stata garantita anche dalla partecipazione in qualità di docenti di alcuni professionisti della UO Ricerca e Innovazione (biostatistici e data manager) accompagnati in due minicorsi da esperti esterni, rispettivamente della Segreteria del Comitato Etico di Parma e della CRO Quintiles (per il monitoraggio). Gli eventi avrebbero dovuto terminare in giugno, ma a causa delle numerosissime richieste, molti dei minicorsi sono stati ripetuti in una seconda edizione, posticipando la chiusura a novembre. Nel 2013 l'iniziativa verrà ripetuta, in parte modificata anche in base ai suggerimenti ricevuti dai corsisti.

Novità importante in ambito formativo della AOU è l'avvio del training sulle SOP per la Ricerca (cfr.la sezione 6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione), indirizzato dapprima ai Referenti Dipartimentali della Ricerca, incaricati di diffondere i contenuti delle SOP ai Dipartimenti, e successivamente a tutti i professionisti. Questi incontri consentono non solo di comunicare agli interessati le procedure vincolanti che occorre seguire nel nostro ospedale, ma anche di creare un ambiente culturale favorevole ed efficiente, facendo comprendere l'importanza strategica di questi strumenti e i vantaggi pratici che potranno offrire a chiunque sia coinvolto nella ricerca.
Il gradimento espresso dai partecipanti ai corsi del 2012 è stato molto elevato. Nella tabella seguente (tabella 2) si evince che i discenti dei minicorsi sono stati 242 e che i giudizi medi, formulati su una scala da 1 a 5, hanno ottenuto punteggi superiori a 4.

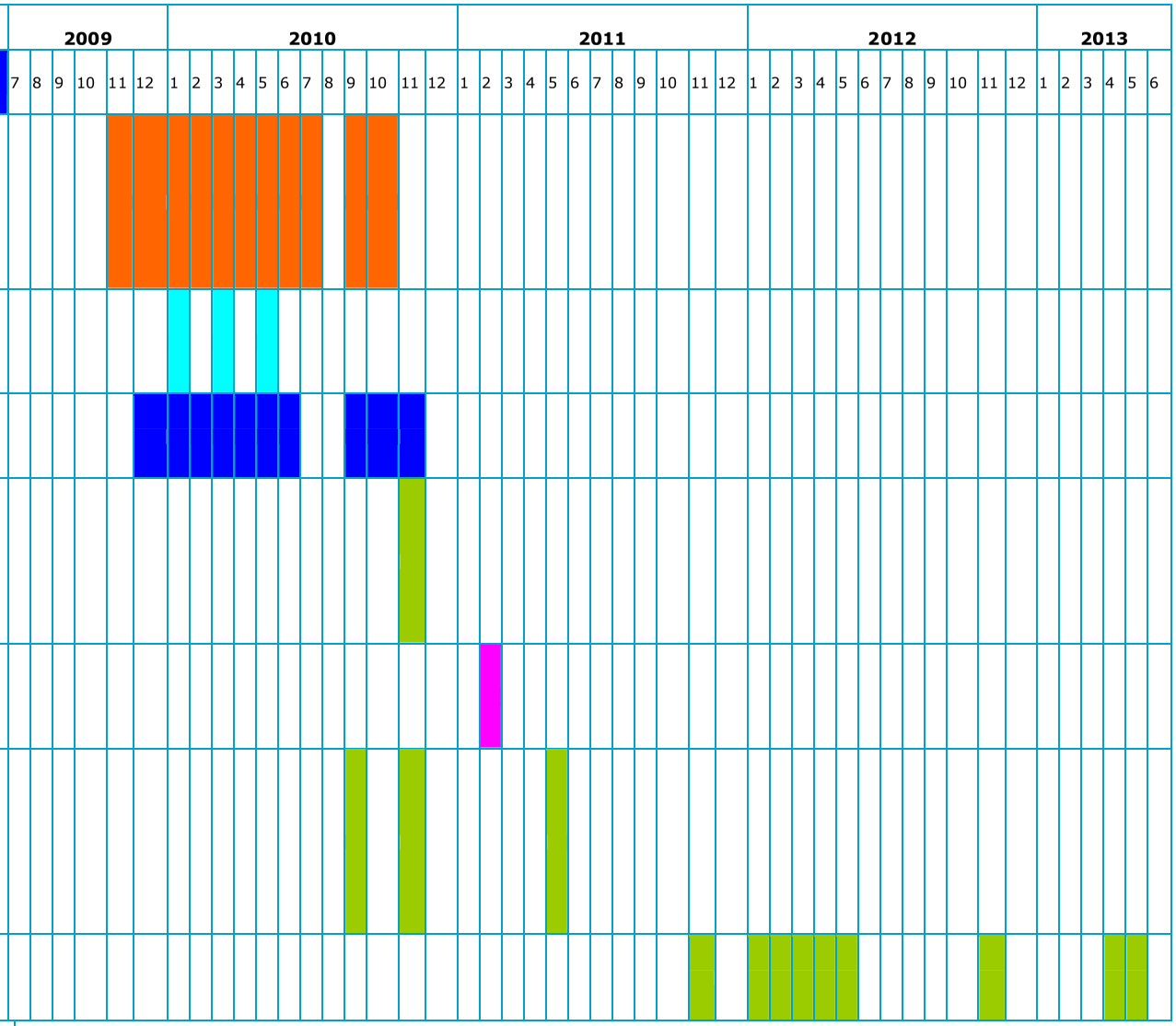
Tabella 2 Corso inerente la metodologia della ricerca tenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2012: numero di partecipanti e valori medi di gradimento

	Metodologia della Ricerca: una guida per cominciare
Totale partecipanti	242
Rilevanza argomenti	*4,4*
Qualità educativa	*4,2*
Efficacia dell'evento	*4,3*

La tabella 3 riassume l'attività formativa offerta in Azienda specificamente dalla Ricerca e Innovazione nel periodo 2009-2013. Appare evidente la riduzione delle opportunità, in linea con l'aumento delle difficoltà economiche che hanno caratterizzato l'ultimo periodo, con ripercussioni anche sui fondi devoluti all'attività di formazione sulla ricerca. Peraltro, presso la nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria è stato attivato un "Laboratorio per i sistemi sanitari e l'organizzazione dei servizi per la salute" unico in Regione (cfr. il paragrafo dedicato nella sezione 3.6).

Tabella 3

EVENTO	TITOLO	NUMERO	DURATA SINGOLO EVENTO	DESTINATARI	MODALITA'
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	Gratis per dipendenti/convenzionati Aziende sanitarie della RER e per specializzandi. €3.000 per altri. Selezione mediante questionario conoscenze statistiche e inglese
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)	Gratis per i partecipanti
Corso di perfezionamento	Ricerca psicosociale	2 edizioni		Laureati in scienze infermieristiche delle Aziende della RER	Gratis per i partecipanti. Selezione mediante valutazione curricula e titoli
Corso di formazione	Statistica per non statistici	2 edizioni	6 giornate su due settimane	Laureati in medicina, biologia, farmacia, scienze infermieristiche	Gratis per dipendenti/convenzionati Aziende sanitarie della RER e per specializzandi. €1.000 per altri. Selezione mediante questionario conoscenze statistiche e inglese
Convegno	Ricerca clinica di fase I	1 evento	1 giornata	Aperto a tutti (professionisti, rappresentanti associazioni di volontariato, cittadini)	Gratis per i partecipanti
Corso di formazione	Rispondere ai quesiti clinici	3 edizioni: una per infermieri-tecnici, una per dirigenti medici-sanitari area medica e una per dirigenti medici-sanitari area chirurgica	8 pomeriggi: 4 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	Gratis per dipendenti/convenzionati Azienda Opedaliero-Universitaria di Parma. Selezione mediante valutazione curricula e titoli
Corso di formazione	Metodologia della ricerca: una guida per cominciare	2 edizioni	7 moduli mensili (ripetuti) della durata di 3 ore	Laureati in medicina, biologia, farmacia, scienze infermieristiche	Gratis per dipendenti/convenzionati Azienda Opedaliero-Universitaria di Parma.



LEGENDA	
Convegno	
Corsi di formazione	
Corsi di perfezionamento	
Master	
Workshop	

Collaborazioni con altre Aziende della Regione Emilia-Romagna

Nei tre anni di osservazione 2010-2012 le pubblicazioni in estenso (articoli) prodotte dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono state 852; tra queste emergono circa 207 elaborati (circa 1 su 4) in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna.

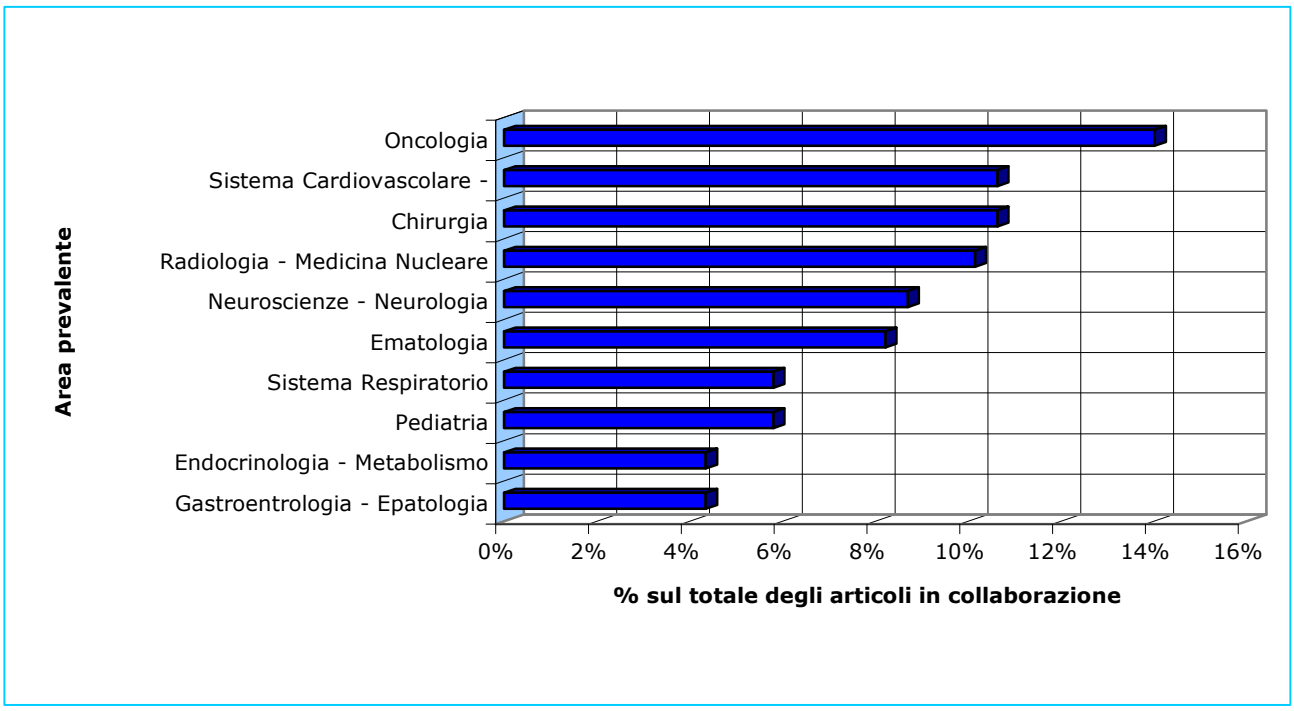
Come mostrato nella tabella seguente (tabella 4) la maggiore collaborazione è con le aziende della provincia di Bologna 13%, della provincia di Reggio Emilia 9% e Modena 8%, le altre provincie sono al di sotto del 5%.

Tabella 4 Articoli in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna

	Numero articoli in collaborazione 2010-2012	% sul totale degli articoli dell'AOU di Parma
Bologna	114	13.38%
Reggio Emilia	73	8.57%
Modena	69	8.10%
Ferrara	38	4.46%
Piacenza	18	2.11%
Forlì	17	2.00%
Ravenna	15	1.76%
Rimini	12	1.41%
Cesena	9	1.06%

Le tre aree tematiche prevalenti (grafico 7) dei 207 articoli con cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma collabora con altre Aziende della Regione Emilia Romagna sono Oncologia (14%), Cardiologia (11%), Chirurgia (11%) e Radiologia (10%).

Grafico 7 Aree tematiche prevalenti degli articoli in collaborazione con altre aziende della Regione Emilia-Romagna



Fonte di classificazione Aree tematiche : ISI Web of Knowledge

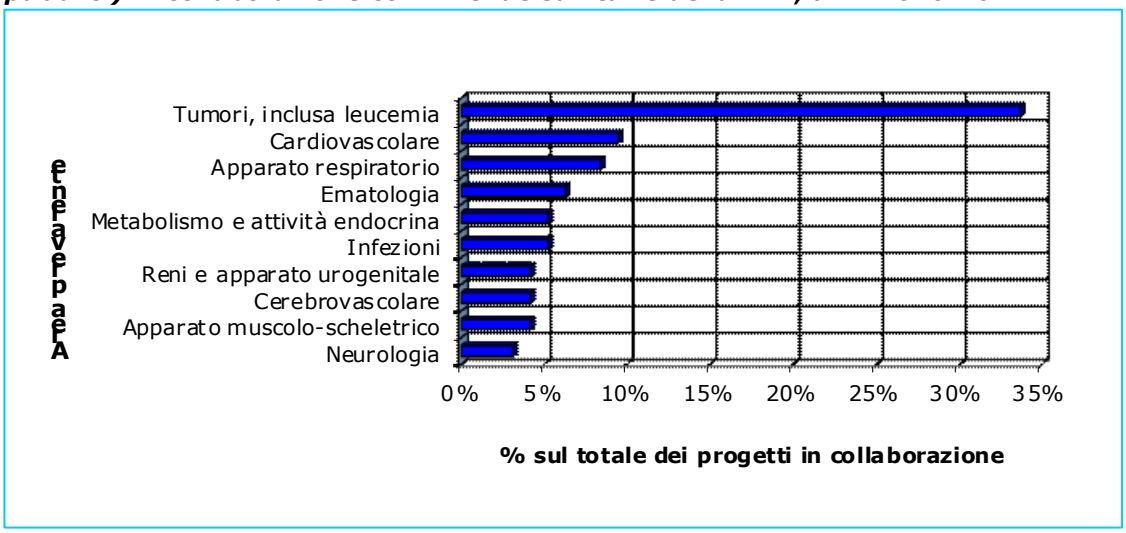
Nel triennio 2010-2012 le collaborazioni con altre Aziende regionali, in progetti finanziati con fondi pubblici o senza finanziamento, riguardano 95 studi (23% del totale).
Similmente a ciò che avviene per le pubblicazioni, si conferma una solida partnership con le altre tre Aziende Ospedaliere regionali più limitrofe. Primeggiano le collaborazioni con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (49 progetti, pari al 12%), seguono quelle con le Aziende di Bologna e Reggio Emilia (44 progetti in collaborazione con entrambe).

Tabella 5 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2010-2012 (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 Modena	49	12%
AOU di Bologna	44	11%
AO di Reggio Emilia	44	11%
AUSL di Piacenza	35	9%
AOU di Ferrara	32	8%
AUSL di Ravenna	29	7%
AUSL di Modena	23	6%
AUSL di Rimini	21	5%
AUSL di Bologna	21	5%
IRCCS IRST Meldola	18	4%
AUSL di Forlì	15	4%
AUSL di Cesena	14	3%
AUSL di Reggio Emilia	12	3%
AUSL di Parma	12	3%
AUSL di Imola	5	1%
AUSL di Ferrara	4	1%
IRCCS I.O.R.	2	0%

Le aree tematiche prevalenti dei progetti (grafico 8) 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" (34%); a seguire l'area "Cardiovascolare", con il 9%.

Grafico 8 Aree tematiche prevalenti dei progetti (senza finanziamento o finanziati con fondi pubblici) in collaborazione con Aziende sanitarie della RER, anni 2010-2012

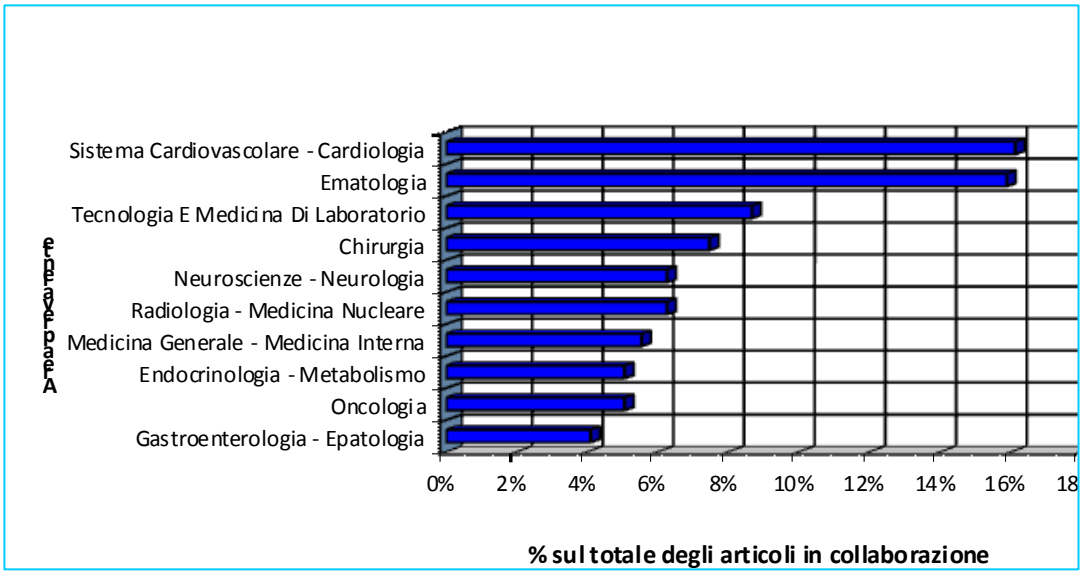


Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

Sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie (nazionali e straniere)

Nell'ultimo triennio le collaborazioni tra enti ed istituti di ricerca internazionali e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nella stesura di pubblicazioni in estenso sono state profique con circa 548 articoli. I centri internazionali in cui si è interagito maggiormente sono gli Stati Uniti (10% delle pubblicazioni) e l'Inghilterra (7%); per maggiori dettagli si rinvia al capitolo 2 sezione 2.4 del presente volume.
Di questi, le aree prevalenti risultano essere la Cardiologia e l'Ematologia, entrambe con il 16% 10% (grafico 9).

Grafico 9 Aree tematiche prevalenti degli articoli che presentano almeno una collaborazione internazionale, anni 2010-2012



Fonte di classificazione Aree tematiche : ISI Web of Knowledge

Anche relativamente ai progetti di ricerca, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha instaurato, nell'ultimo triennio, network professionali nazionali e internazionali per la realizzazione di studi (rispettivamente 106 e 25 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. A livello nazionale Milano e Roma, giocano un ruolo predominante in tale partnership (rispettivamente 69 e 64 studi in collaborazione); per ciò che riguarda i network internazionali si rileva come gran parte delle partnership coinvolgano paesi dell'Europa Occidentale.

Tabella 6 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2010-2012 (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	69	17%
Roma	64	16%
Torino	53	13%
Napoli	50	12%
Genova	50	12%
Bari	44	11%
Ancona	44	11%
Brescia	43	11%
Firenze	40	10%
Pavia	38	9%

Nota: sono riportate le prime 10 Province più frequenti

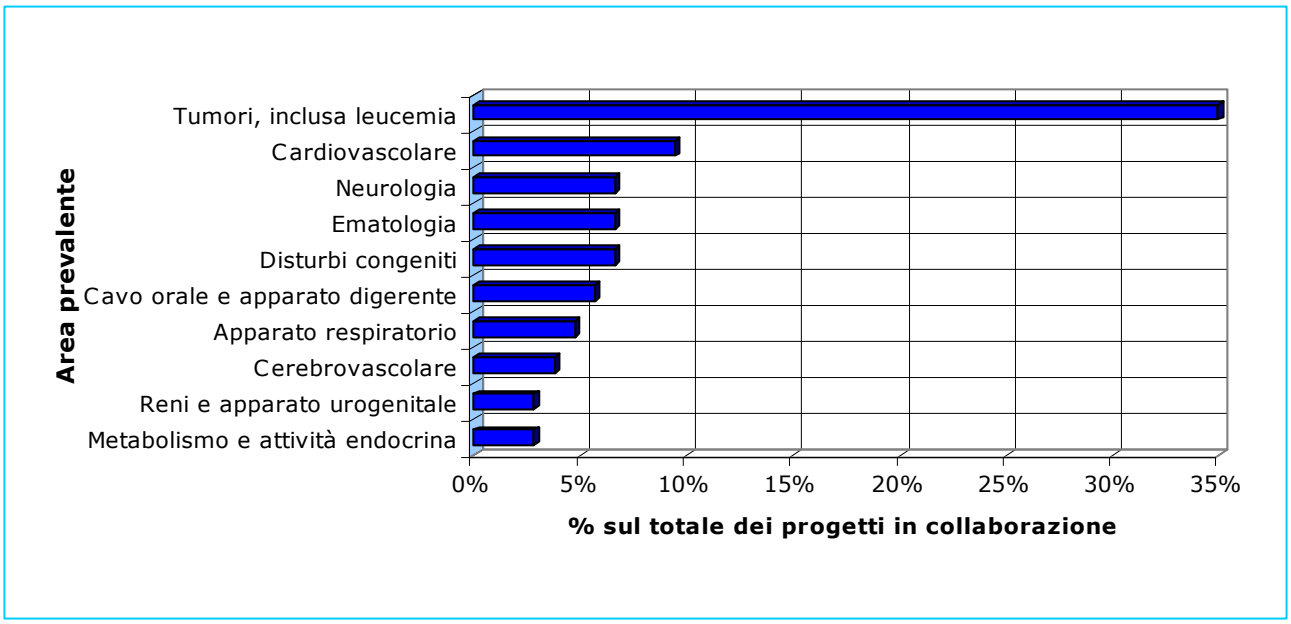
Tabella 7 Collaborazioni in progetti avviati nel triennio 2010-2012 (spontanei o finanziati con fondi pubblici) con altri centri di ricerca internazionali

	Numero progetti in collaborazione	% sul totale dei progetti dell'AOU di Parma
Regno Unito	12	3%
Spagna	11	3%
Germania	11	3%
Francia	11	3%
Paesi Bassi	9	2%
Austria	9	2%
Svezia	8	2%
Danimarca	7	2%
Belgio	7	2%
Svizzera	6	1%

Nota: sono riportate le prime 10 Nazioni più frequenti

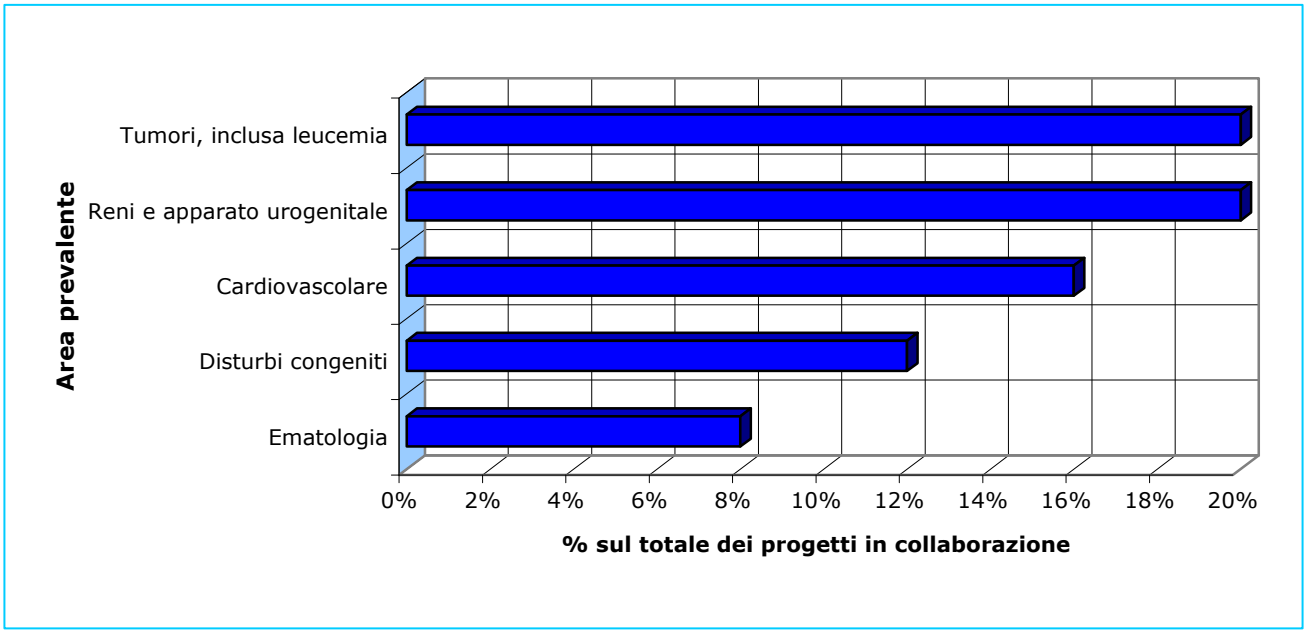
Analogamente a quanto avvenuto in precedenza, nel seguito si riportano le aree tematiche prevalenti delle collaborazioni in progetti di ricerca nazionali e internazionali (grafici 10 e 11).

Grafico 10 Aree tematiche prevalenti dei progetti che presentano una collaborazione con altri centri di ricerca nazionali, anni 2010-2012



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 nazionali, anni 2010-2012



Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System - Nota: sono riportate le prime 5 Aree Tematiche

E' necessario sottolineare, con particolare soddisfazione, le collaborazioni instaurate con centri di ricerca europei, nell'ambito dei progetti finanziati con il VII Programma Quadro, il principale strumento finanziario della Unione Europea che è in procinto di concludersi (gli ultimi bandi saranno pubblicati entro il 2013). L'elevata competitività e la rigidità dei processi di valutazione rendono l'ottenimento di finanziamenti comunitari un'impresa particolarmente lodevole. Oltre all'importante contributo economico a beneficio dell'Azienda, la partecipazione a progetti europei consente di costruire e rafforzare network multiprofessionali internazionali, garantendo lo scambio e la condivisione di conoscenze e competenze tra i team, e quindi aumentando il prestigio e l'autorevolezza dei centri partecipanti.
Di seguito presentiamo l'aggiornamento delle attività del progetto HEPACUTE, avviato nel 2010, e scopo e obiettivi del progetto Frailomic, approvato nel 2012 e le cui attività avranno inizio nel 2013.

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 UO 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'UO di 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

proteggente tipica di tali pazienti. Nel corso del secondo anno sono stati identificati mediante tali approcci sperimentali differenze significative nell'espressione di specifiche vie intracellulari di regolazione delle funzioni linfocitarie in pazienti con infezione acuta e differente evoluzione della stessa, verso la guarigione o verso la cronicizzazione. Sono attualmente in corso ulteriori valutazioni per identificare i bersagli molecolari più idonei per manipolazioni selettive volte alla correzione dei difetti immunologici tipici dei pazienti in cui l'infezione persiste cronicamente e da utilizzare a scopo diagnostico per una predizione precoce dell'evoluzione dell'epatite.

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	Mosaiques 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

FRAILOMIC

L'aumento previsto per i prossimi decenni del numero di persone anziane sarà accompagnato da un rilevante numero di individui affetti da disabilità. La disabilità è di solito preceduta da una condizione denominata "fragilità" che comprende cambiamenti associati con invecchiamento, stile di vita e malattie croniche. Per predisporre efficaci interventi di politica sanitaria è di estrema importanza prevenire la disabilità, in quanto è improbabile un recupero da tale condizione. Studi recenti sottolineano la opportunità di implementare la attuale definizione clinica di fragilità (in termini di previsione del rischio, validità diagnostica e significato prognostico), individuando innovative valutazioni integrate di criteri clinici e biomarcatori di Laboratorio.

Il Progetto FRAILOMIC è volto alla ricerca, identificazione e validazione clinica di marcatori biologici predittivi di "frailty", intesa come decadimento funzionale-psicologico nell'anziano.

Questo Progetto, finanziato dalla Comunità Europea e attivato dal 1° Gennaio 2013 con una durata di 5 anni, prevede la partecipazione in uno studio collaborativo di 20 Gruppi di Ricerca appartenenti alle categorie cliniche, di ricerca e consulenza o industriali provenienti da diversi Paesi Europei, indicati nella tabella sotto-riportata.

Il Centro Coordinatore del Progetto è il Servicio Madrileno de Salud (Spagna) e all'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma è affidato il ruolo di Partner scientifico n.16 con Responsabile Scientifico Prof Giuseppe Lippi, Direttore della U.O.C. Diagnostica Ematochimica.

La validazione da parte di questo Consorzio Internazionale di Ricerca di un profilo integrato di differenti biomarcatori di laboratorio e clinici si tradurrà in una significativa ricaduta sui Sistemi Sanitari in termini di nuovi modelli predittivi, diagnostici e prognostici applicabili in ambito clinico/assistenziale per la fragilità e il declino funzionale nei pazienti geriatrici.

Progetto FRAILOMIC: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Servicio Madrileno de Salud	SERMAS	Spain
2	World Health Organization	WHO	Switzerland
3	Life Length SL	Life Length	Spain
4	YH Youhealth AB	YouHealth	Sweden
5	Evercyte GMBH	Evercyte	Austria
6	Sistemas Genomicos SL	SG	Spain
7	Mosaiques Diagnostics GMBH	Mosaiques	Germany
8	Innovacion Desarrollo Y Trasferencia de Tecnologia SA	IDETRA	Spain
9	Niche Science & Technology LTD	NST	United Kingdom
10	University of Bedfordshire	IDOP	United Kingdom
11	Universidad Autonoma de Madrid	UAM	Spain
12	Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse	CHUT	France
13	Institut Nation de la Sante et de la Recherche Medicale (INSERM)	INSERM	France
14	Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani INRCA	INRCA	Italy
15	Azienda Sanitaria di Firenze	ASF	Italy
16	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	AOU PR	Italy
17	Universitaet Innsbruck	UIBK	Austria
18	Cardiff Metropolitan University	CMUniv	United Kingdom
19	Friedrich-Schiller-Universitaet Jena	Jena	Germany
20	Universitat de Valencia	UV	Spain

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 avviati 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 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.
Il 2012 è stato un anno di svolta sia per l'applicativo regionale che per le modalità di rilevazione dei progetti adottate all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (necessarie per alimentare il primo).
In merito alla rilevazione dei dati, per rispondere al debito informativo verso la regione, nel 2012 si è proceduto all'inserimento dei progetti di ricerca avviati nell'ultimo triennio, rendendo così la rilevazione dei dati effettivamente prospettica a partire dal 2013. Per quanto concerne le modalità di rilevazione adottate internamente, si è passati da una rilevazione diffusa, effettuata dai Referenti Dipartimentali della Ricerca e coordinata/validata dalla UO Ricerca e Innovazione (UO R&I), a una rilevazione diretta della UO R&I; ciò ha consentito una limitazione problema dei "multiple rater" (e della variabilità inter-soggetto), e garantito complessivamente una maggiore omogeneità della rilevazione.
I dati raccolti relativi ai progetti avviati nel 2012 sono stati utilizzati, per la realizzazione della reportistica annuale sull'attività di ricerca svolta dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Reportistica

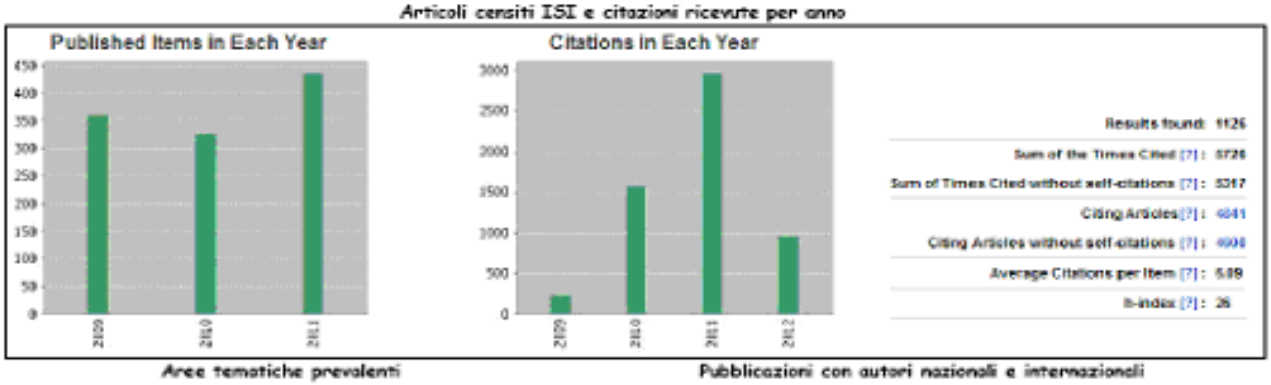
E' stato sviluppato nel 2012 un nuovo volume che presenta i risultati delle attività scientifiche dell'Azienda conseguiti nel triennio 2009-2011. Il documento si articola in report per Dipartimento e relative Strutture Complesse; ogni report è composto da grafici e tabelle, costruiti utilizzando un set di indicatori desunti dalla letteratura, scelti per la loro facilità di reperimento, di elaborazione e di interpretazione.
Rispetto agli anni precedenti la versione è stata arricchita dedicando una intera pagina alle pubblicazioni scientifiche e una ai progetti di ricerca (vedi grafici 12 e 13)
La produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presenta un trend in incremento, anche grazie al sostegno assicurato ai professionisti e alle risorse dedicate alle attività di ricerca. Particolarmente importante in tal senso risultano le opportunità offerte dalla Regione Emilia-Romagna, che destina annualmente quasi venti milioni di euro per finanziare progetti anche in aree in cui la ricerca è meno praticata. Inoltre, nel 2011, un rilevante impulso è stato fornito dal Board per la Ricerca e l'Innovazione, costituito da professionisti dell'Azienda con comprovata esperienza nell'ambito della ricerca, che ha incoraggiato la partecipazione a bandi di finanziamento e la creazione di research network.
L'ultima considerazione che si evince dall'analisi dei report è la capacità dell'Azienda di fare ricerca utilizzando tutta la gamma di approcci disponibili: dalla sperimentazione preclinica agli studi clinici controllati, all'analisi epidemiologica, fino alla ricerca sui servizi. Questa capacità va pienamente sfruttata al fine di sostenere la crescita futura delle competenze, per aiutare a rispondere a domande chiave della ricerca e per avere un impatto positivo sulla salute e il benessere della popolazione.

Grafico 12 Attività di produzione scientifica, anni 2009-2011

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

A) Produzione scientifica - Anni 2009 - 2011

Articoli censiti ISI e citazioni ricevute per anno



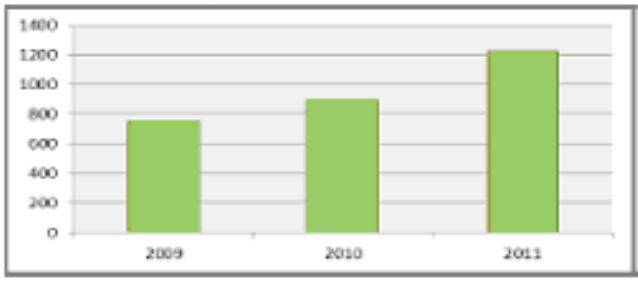
Aree tematiche prevalenti

Field: Subject Areas	Record Count	% of 1126	Bar Chart
CARDIOVASCULAR SYSTEM CARDIOLOGY	184	16.341 %	
HEMATOLOGY	131	11.634 %	
NEUROSCIENCES NEUROLOGY	105	9.325 %	
SURGERY	93	8.259 %	
ONCOLOGY	80	7.106 %	
MEDICAL LABORATORY TECHNOLOGY	72	6.394 %	
ENDOCRINOLOGY METABOLISM	61	5.417 %	
GENERAL INTERNAL MEDICINE	59	5.240 %	
RADIOLOGY NUCLEAR MEDICINE MEDICAL IMAGING	51	4.529 %	
RESPIRATORY SYSTEM	46	4.085 %	

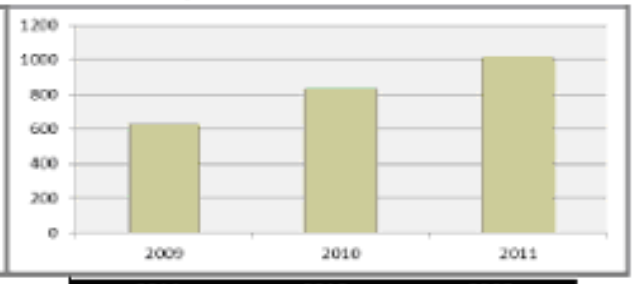
Pubblicazioni con autori nazionali e internazionali

Field: Countries/Territories	Record Count	% of 1126	Bar Chart
ITALY	1109	98.490 %	
USA	129	11.456 %	
ENGLAND	72	6.394 %	
FRANCE	65	5.773 %	
NETHERLANDS	65	5.773 %	
GERMANY	64	5.684 %	
AUSTRALIA	62	5.506 %	
SPAIN	39	3.464 %	
SWEDEN	33	2.931 %	
SWITZERLAND	29	2.575 %	

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	189	62%	148	65%	111	63%
Grado di eccellenza: articoli scientifici pubblicati su riviste censite ISI con IF > 10	13	4%	12	5%	18	10%
Grado di qualità: articoli scientifici su riviste di alta qualità per disciplina (IFN>6)	63	21%	65	28%	70	40%

Grado di partecipazione:
professionisti con almeno un articolo scientifico pubblicato su riviste censite ISI

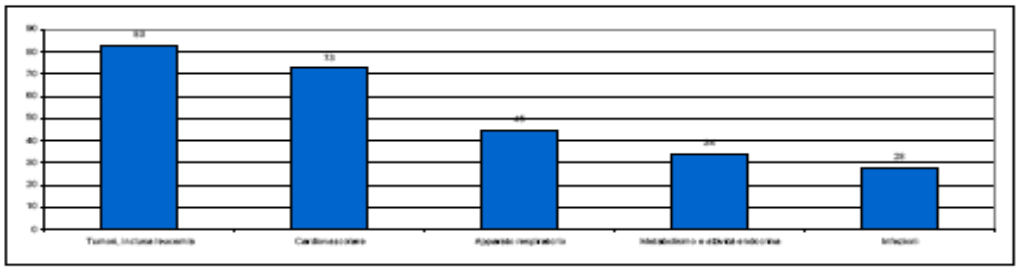
Grafico 13 Progetti di ricerca scientifica, anni 2009-2011

B) Progetti di ricerca avviati - Anni 2009-2011

	2011		2010		2009	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Totale progetti	121	100%	141	100%	196	100%
Disegno dello studio						
Sperimentazioni Cliniche Randomizzate (RCT)	37	31%	37	26%	49	25%
Altre Sperimentazioni	28	23%	25	18%	42	21%
Studi Osservazionali	56	46%	79	56%	105	54%
Mono/multicentricità						
Progetti monocentrici	27	22%	51	36%	78	40%
Progetti multicentrici	94	78%	90	64%	118	60%
di cui AOU è coordinatrice	*17*	*18%*	*18*	*20%*	*38*	*32%*
di cui con collaborazioni internazionali	*41*	*44%*	*41*	*46%*	*37*	*31%*
Finanziamento						
Progetti finanziati con fondi pubblici	18	15%	21	15%	51	26%
Progetti finanziati con fondi privati	52	43%	48	34%	59	30%
Progetti senza finanziamento	51	42%	72	51%	86	44%
Finanziamenti Pubblici	€ 1'895'017	42%	€ 1'566'645	50%	€ 3'316'114	61%
Finanziamenti Privati	€ 2'646'990	58%	€ 1'556'350	50%	€ 2'096'971	39%

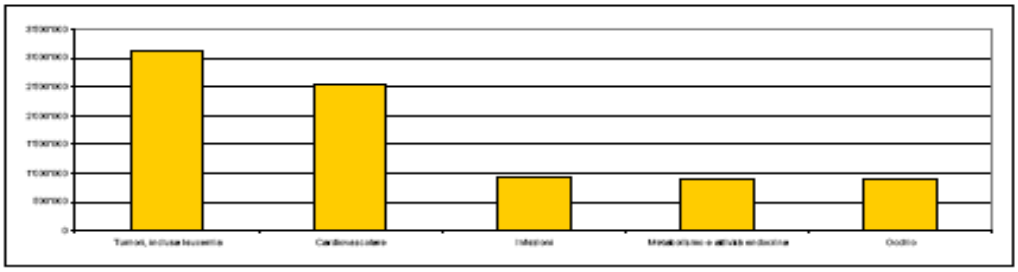
Area tematica

Numero progetti per area tematica - anni 2009-2011(*)



(*) Sono riportate le 5 aree tematiche che hanno registrato il maggior numero di progetti nel periodo considerato

Finanziamento (€) per area tematica - anni 2009-2011 (**)



(**) Sono riportate le 5 aree tematiche che hanno registrato finanziamenti maggiori nel periodo considerato

Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

"Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Il Comitato Etico è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela (D.M. 12/05/2006) 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 delle 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 Etico è chiamato a valutare ed esprimere parere in merito a diverse tipologie di studi quali:

- sperimentazione clinica di tipo farmacologico e non;
- studi osservazionali (prospettici, retrospettivi e trasversali);
- studi con dispositivi medici pre e post-marketing;
- studi di farmacogenetica-farmacogenomica.

Il Comitato prevede inoltre tra le sue funzioni quelle di:

- valutare gli emendamenti sostanziali e rilasciare parere;
- procedere a rivalutazioni periodiche degli studi approvati;
- emettere il proprio parere in merito a "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8 maggio 2003) e all'Uso Compassionevole di Dispositivi Medici in conformità al D.Lgs. 37/2010.

La Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2012 il monitoraggio amministrativo degli studi valutati dal Comitato Etico Unico per la Provincia di Parma (istituito da: Azienda Ospedaliero-Universitaria, Università degli Studi e Azienda Unità Sanitaria Locale). I risultati sono presentati in tabella 8.
Nel corso del 2012 gli studi valutati dal CE sono stati 199, in aumento rispetto all'anno precedente (+46 pari a +30%); l'incremento è dovuto in larga parte agli studi profit.
Analogamente a ciò che si è registrato nel 2011, sono le Sperimentazioni con farmaco a ricoprire l'importanza maggiore (90, pari al 45%), seguite a breve da studi osservazionali (62, 31%) e in seguito da studi senza farmaci (38, 19%). La crescita, tra gli studi sperimentali riguarda ugualmente quelli con (+55%) o senza farmaco (+46%).

Tabella 8 Studi valutati dal Comitato Etico, anni 2012-2011

	Anno 2012			Anno 2011			Variazione 2011-2012			Variazione 2011-2012		
	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit	Tot	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	90	63	27	58	21	37	32	42	-10	55%	200%	-27%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	7	1	6	4	3	1	3	-2	5	75%	-67%	500%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	38	1	37	26	1	25	12	0	12	46%	0%	48%
Studi osservazionali	62	17	45	56	19	37	6	-2	8	11%	-11%	22%
Studi di genetica	2	0	2	4	0	4	-2	0	-2	-50%	-	-50%
Prese d'atto	-	-	-	5	1	4	-5	-1	-4	-100%	-100%	-100%
TOTALE	**199**	**82**	**117**	**153**	**45**	**108**	**46**	**37**	**9**	**30%**	**82%**	**8%**

Focalizzandosi sulle sole sperimentazioni con farmaco, si rileva un notevole incremento dell'attività inerente gli studi di fase precoce (fase I e II, complessivamente +17 progetti, +94%), accompagnato da un incremento lievemente meno marcato di studi di fase III (+12, +34%) e IV (+3,+60%).

In tabella 9 sono dettagliati il numero di Parere Unici (P.U.) espressi dal CE per tipologia di studi: nello specifico sono stati espressi 60 P.U. di cui 49 con parere favorevole, 10 con parere non favorevole e 1 parere sospensivo.

Tabella 9 Parere Unici espressi per tipologia di studio nel 2012

	Pareri Unici	
	N°	%
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	11	18,3
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	6	10
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	23	38,4
Studi osservazionali	18	30
Studi di genetica	2	3,3
TOTALE	**60**	**100**

Il dato sui Pareri Unici rileva un'importante e significativa attività svolta dal CE, poichè indica che Parma è il Centro Coordinatore di uno studio multicentrico o l'unico centro in caso di studio monocentrico; per studi multicentrici, il parere unico espresso dal Comitato Etico del centro coordinatore è vincolante per la conduzione dello studio su tutto il territorio nazionale e gli altri centri partecipanti possono solamente "accettare/rifiutare" tale parere.

Tra le funzioni istituzionali del Comitato Etico è compresa anche quella relativa alla formulazione di parere al trattamento per "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8/05/2003) e per l'Uso compassionevole di Dispositivi Medici in conformità al D. Lgs. 37/2010. Nell'anno 2012 sono state sottoposte al Comitato Etico 38 richieste di "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8/05/2003), per un totale di 11 farmaci impiegati.

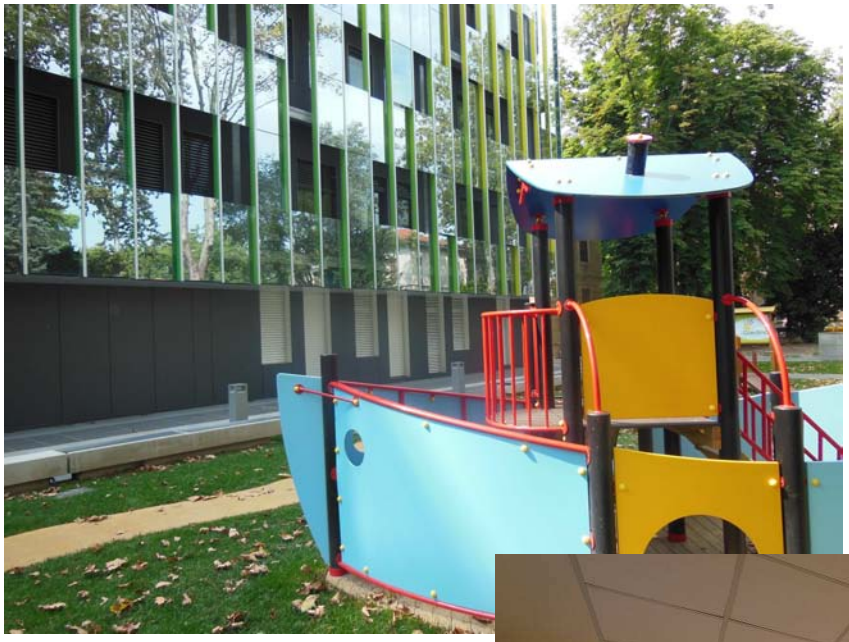
Anche per l'anno 2012, così come per l'anno 2011, la Segreteria Tecnico-Scientifica ha proseguito l'attività di monitoraggio dei follow up delle richieste di "Uso Terapeutico", da un punto di vista del profilo di efficacia, di sicurezza e tollerabilità.
Il follow up ha permesso di raccogliere tempestivamente 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.

Da rilevare infine che nell' anno 2012, è stato emanato il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 – "Decreto Balduzzi" convertito poi nella Legge 189/2012, che tra i settori di intervento prevede all'art. 12 la riorganizzazione dei Comitati Etici attenendosi ai seguenti criteri:

a. a ciascun comitato etico è attribuita una competenza territoriale di una o più province, in modo che sia rispettato il parametro di un comitato per milione di abitanti, fatta salva la possibilità di prevedere un ulteriore comitato etico, con competenza estesa a uno o più istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
b. la scelta dei comitati da confermare tiene conto della numerosità dei pareri unici per sperimentazione clinica di medicinali emessi nel corso dell'ultimo triennio;
c. la competenza di ciascun comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio sull'uomo di prodotti alimentari generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati;
d. è assicurata l'indipendenza di ciascun comitato e l'assenza di rapporti gerarchici fra diversi comitati.

7 Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Il settimo capitolo è dedicato alla presentazione di specifici aspetti dell'attività istituzionale connessa a obiettivi di particolare rilevanza per l'Azienda, ma anche per il contesto territoriale di riferimento e per il sistema regionale. L'**Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla"** è presentato nelle pagine del capitolo, che quest'anno è monotematico.



Accettazione

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

L'Ospedale dei Bambini di Parma "Pietro Barilla"

L'ospedale dei bambini è una grossa opportunità per la nostra Azienda, per la realtà cittadina, per il sistema sanitario provinciale e regionale per consolidare le preziose competenze e per sviluppare un nuovo modello di assistenza che sia costruito intorno al bambino e alla sua famiglia.
La struttura architettonica, moderna e luminosa, si completa con attrezzature e arredi che sono stati pensati non solo per dotare i professionisti di spazi di lavoro ottimali e tecnologie all'avanguardia ma soprattutto per dare una risposta a tutte le esigenze dei bambini e dei loro famigliari creando un ambiente accogliente che renda il meno traumatico possibile il disagio del ricovero.
Il nuovo Ospedale dei Bambini, infatti, è un luogo di cura altamente specializzato, nel quale le necessità cliniche, certamente prioritarie, sono considerate il primo dei tanti bisogni del bambino da soddisfare; gli elementi architettonici e strutturali sono stati definiti tenendo sempre al centro il benessere, non solo fisico, ma anche psicologico, del bambino e della famiglia, veri protagonisti, insieme a tutto il personale sanitario, della struttura di cura. Si tratta inoltre di un ospedale di formazione con un forte impegno nella didattica e sede della Scuola di specializzazione in Pediatria dell'Ateneo di Parma.
La struttura è stata pensata, progettata e realizzata per essere "amica dei bambini", con una particolare attenzione ai temi dell'umanizzazione. Questo concetto fa riferimento a un ospedale che mette al centro del suo intervento e delle sue logiche organizzative il paziente come persona con i suoi speciali e specifici bisogni che, nel caso dell'area pediatrica, è anche esteso al sistema familiare del piccolo paziente. Si è data in qualche modo continuità a una peculiare sensibilità e attenzione già presente nel nostro ospedale negli anni '60, quando il professor Laurisinch, direttore della Clinica Pediatrica, aveva voluto la presenza costante della figura materna a fianco del bambino, situazione questa che ancor oggi non è attuata ovunque. È a partire dagli anni '60 e '70, infatti, che alcuni lavori pubblicati in Inghilterra evidenziarono che la serenità del bambino-paziente era solo apparente, perché all'inquietudine e alla disperazione per l'abbandono da parte dei genitori erano subentrate la depressione e l'apatia. Fra i suggerimenti per ridurre il disagio del bambino in ospedale erano indicati la presenza del genitore e la creazione di spazi da dedicare al gioco.

L'Ospedale dei Bambini di Parma è frutto di un eccezionale accordo tra benefattori privati ed enti pubblici.
Il progetto di realizzare a Parma un ospedale pediatrico pubblico nasce infatti dall'idea originaria del Gruppo Barilla, con il coinvolgimento convinto di Fondazione Cariparma e Impresa Pizzarotti spa e accolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel 2005, i tre soggetti privati di Parma hanno istituito la Fondazione Ospedale dei Bambini, imprimendole quale scopo statutario la realizzazione del nuovo polo pediatrico a favore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Risale al 2008 la firma dell'accordo di programma, che ha dato sostanzialmente il via ai lavori di cantiere, conclusisi con la consegna del nuovo Ospedale dei Bambini alla città nel dicembre 2012.
La presentazione dell'ospedale pediatrico alla città ha visto la partecipazione del ministro della Salute e del presidente della Regione Emilia-Romagna, del sindaco di Parma, del presidente della Provincia di Parma e del rettore Università degli Studi. Nel capitolo 5 del presente volume vengono opportunamente rendicontate le azioni di informazione e comunicazione collegate all'evento inaugurale.

La struttura architettonica è operativa dalla seconda metà di febbraio 2013.
L'attivazione di questa struttura costituisce per l'Azienda e per la città un punto di partenza e non un punto di arrivo su cui dovremo ulteriormente sviluppare nel futuro ricerca, innovazione e alta professionalità.

Il progetto

La struttura ospedaliera, interamente dedicata a bambini e adolescenti, intende accogliere il piccolo paziente con grande rispetto di ogni sua esigenza: umanizzazione degli ambienti, attività ludiche ed educative, accoglienza della famiglia, sono il corollario del rigoroso percorso di cura, supportato da una dotazione tecnologica di ultima generazione e reso possibile da personale sanitario altamente qualificato, in altri termini gli elementi architettonici e strutturali si conformano all'innovativa organizzazione dell'assistenza.
L'obiettivo è di realizzare, pertanto, un modello di medicina pediatrica che prenda in considerazione tutto quanto "sta vicino" al bambino malato mentre è ricoverato in una struttura ospedaliera.
La nuova struttura ospita il cosiddetto ospedale "di notte", in cui sono presenti le funzioni che prevedono il pernottamento e la disponibilità di assistenza 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno.

Elementi fondanti che hanno caratterizzato il progetto sono:

- La completa presa in carico del bambino dal momento dell'accesso fino al termine del percorso in tutte le fasi del processo assistenziale senza soluzione di continuità, organizzando non solo il momento del ricovero ma anche tutte le fasi che seguono, sia che si tratti dei controlli successivi ambulatoriali o di day Hospital o che si tratti dell'integrazione con le altre strutture territoriali.

- L'attivazione di tutti i percorsi alternativi al ricovero cercando di ridurre il più possibile i tempi di permanenza. L'ospedalizzazione costituisce un evento traumatico per il bambino e deve essere limitata ai casi in cui è strettamente necessaria.

- Il potenziamento della risposta ai numerosi accessi in urgenza con l'attivazione di una specifica struttura dedicata alla risposta all'accesso diretto, che dispone di un triage simile a quello del pronto soccorso dell'adulto, di diversi ambulatori e di un osservazione breve.

- La costruzione di reti assistenziali integrate con tutte le specialità presenti all'interno della struttura, anche quelle dell'adulto, in modo che possano potenziare la loro vocazione pediatrica e possano svolgere l'attività all'interno dell'ospedale del bambino e la definizione di stretti rapporti di integrazione con le altre strutture provinciali e di area vasta, specie per le patologie croniche e di maggiore complessità.

- L'attivazione di modelli organizzativi più flessibili e innovativi per costruire realmente l'assistenza intorno alle esigenze dei bambini (organizzazione dell'assistenza per processi di cura, ove la definizione dei percorsi e le interazioni tra le varie componenti cliniche e assistenziali superi la logica delle suddivisioni divisionali).

- La valorizzazione dell'attività specialistica già presente e la definizione dei presupposti organizzativi per lo sviluppo di altre specialità.

L'offerta assistenziale del nuovo ospedale dei bambini di Parma origina in primo luogo dalle indicazioni che derivano dalla programmazione sanitaria regionale e locale.
In particolare il modello Hub & spoke (mozzo-raggio) adottato dalla regione Emilia-Romagna per la rete ospedaliera regionale prevede che una serie di funzioni specialistiche di secondo livello siano concentrate in centri di riferimento sovraprovinciali.
Nello specifico, le competenze specialistiche di cui dispone il Dipartimento Materno-Infantile di Parma sono tra le più ampie della Regione e la programmazione regionale assegna all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il ruolo di punto di riferimento Hub per il Centro per la Fibrosi Cistica, per la S.I.D.S, per la Terapia Intensiva neonatale, per il Diabete giovanile, per l'Ematologia, per le Emoglobinopatie, per l'Emofilia pediatrica, per l'Oncologia pediatrica, per la Sindrome di Moebius (importante riconoscimento per l'attività rivolta all'età pediatrica della struttura complessa Maxillo-facciale).

Inoltre, sono presenti in Azienda molte competenze specialistiche, aggregate o meno in macroaree funzionali, quali: allergologia, adolescentologia, anestesia pediatrica, autoimmunità, auxologia,

broncopneumologia, cardiologia, cardiologia fetale, cardiologia interventistica, centro AIDS pediatrico, centro adozioni internazionali, centro cefalea, centro celiachia, centro ipertensione arteriosa, centro epilessia, centro neurofibromatosi, centro spina bifida, centro malattie genetiche, chirurgia, angiologia chirurgica, chirurgia dei tessuti molli, chirurgia neonatale, diabetologia, dialisi peritoneale, gastroenterologia, ecografia, ecocardiografia, ecografia transfontanellare, ematologia, endocrinologia, endoscopia digestiva, immunologia, infettivologia, malattie metaboliche, nefrologia, neurologia, neuropsichiatria, oncologia, reumatologia, terapia antalgica, terapia intensiva neonatale, radioimmunodiagnostica, radiologia, terapia palliativa, urodinamica, urologia, virologia.

Obiettivi del progetto organizzativo

Sulla base delle premesse sinteticamente richiamate sono stati definiti gli obiettivi operativi del progetto organizzativo:

1. Forte attenzione all'umanizzazione degli ambienti, delle cure, dell'approccio, in modo da mettere al centro il bambino e le esigenze della famiglia in tutte le fasi del processo assistenziale.
2. Potenziamento della risposta alle esigenze del bacino territoriale con particolare riferimento alla presa in carico nei percorsi di accettazione diretta.
3. Sviluppo di integrazioni multidisciplinari e interprofessionali.
4. Valorizzazione di un'assistenza per processi di cura ove la definizione dei percorsi e le interazioni tra le varie componenti cliniche e assistenziali superi la logica delle suddivisioni divisionali.
5. Forte integrazione e collaborazione con le strutture sanitarie e sociali territoriali in una logica organizzativa ma anche di condivisione di obiettivi e risultati.
6. Valorizzazione dell'attività specialistica già presente e definizione dei presupposti organizzativi per lo sviluppo di altre specialità.

Il perseguimento di tali obiettivi ha reso necessario:

- Ripensare l'organizzazione delle strutture pediatriche definendo maggiormente le funzioni.
- Differenziare i processi produttivi legati alla risposta all'urgenza rispetto a quelli connessi all'attività iperspecialistica di alta complessità.
- Valorizzare la multidisciplinarietà degli interventi e l'integrazione professionale pensando anche alle sinergie con altre strutture dell'Azienda anche attraverso la definizione di percorsi diagnostico terapeutici.
- Attuare un modello operativo in cui il principale parametro di riferimento per il dimensionamento dell'utilizzo delle risorse sia effettuato in funzione alle esigenze espresse, e non tanto da una definizione dei posti letto.

Inoltre, occorre considerare che gli ospedali dei bambini come il nostro sono quattro ospedali in uno:

- un ospedale specializzato nel trattamento dei bambini con malattie complesse, croniche o congenite;
- un ospedale generalista per tutti i bambini del territorio;
- un ospedale rivolto alla formazione specialistica di professionisti sanitari;
- un ospedale con forte attenzione alla ricerca che permette così mantenersi all'avanguardia nella promozione della salute dei bambini

(cfr. *N A C H R I National Association of Children's Hospitals and Related Institutions*)

Nella realizzazione del progetto, accanto a questi elementi di programmazione, la scelta culturale di fondo adottata è, dunque, quella di costruire una struttura "per gradualità di cura": la possibilità di omogeneizzare nello stesso piano/area il grado di assistenza da offrire a bambini affetti da patologie diverse. Ciò presuppone la scomparsa del "reparto specialistico" dove convivono pazienti con gravità diversa ma con patologie di uno stesso organo o apparato. All'interno dell'Ospedale di notte, la massima espressione di tale principio si realizza nel terzo piano dove è stata prevista l'offerta di degenza ordinaria polispecialistica a cui afferiscono i bambini che necessitano di questo livello assistenziale sia di tipo internistico che chirurgico. In questo modello assistenziale il progetto diagnostico e terapeutico viene costruito dal lavoro di équipe dei diversi specialisti che interagiscono e si confrontano quotidianamente.

L'arricchimento culturale per i professionisti e il personale è la prima conseguenza facilmente intuibile di questo modello. Il bambino viene assistito nella sua totalità e complessità, evitando di curare il singolo organo o apparato con il pericolo di perdere la dimensione dell'individuo che soffre nella sua interezza.
Sulla scorta di tali considerazioni è stato strutturato uno schema organizzativo che prevede una struttura di Pediatria Generale e d'Urgenza dedicata alla diagnosi, cura e terapia delle forme acute, in affiancamento alle strutture specialistiche esistenti di Neonatologia, Chirurgia Infantile, Oncoematologia Pediatrica, Gastroenterologia e Clinica Pediatrica con le loro articolazioni specialistiche, che faranno parte di un'area d'elezione.

Il modello organizzativo vede la conferma delle strutture di cura già presenti nel Dipartimento Materno-Infantile e l'istituzione della Pediatria Generale e d'Urgenza al fine di assicurare una risposta qualificata e omogenea alle urgenze pediatriche che accedono direttamente in ospedale e agli accessi richiesti per approfondimenti dal pediatra di libera scelta del territorio. La struttura presta particolare cura nel mantenere una stretta collaborazione con il pediatra del territorio al fine di garantire una continuità assistenziale al bambino e alla sua famiglia. Si pone, inoltre, l'obiettivo di contenere i tempi di degenza in ospedale, avvalendosi di un approccio polispecialistico e multidisciplinare e della possibilità di accedere a procedure diagnostiche e terapeutiche in tempi brevi. Si tratta di una soluzione capace di rispondere in modo organico ed economicamente sostenibile alla diversificata criticità clinica.
Come già più volte ribadito, il filo conduttore che anima la riorganizzazione dell'ospedale è la centralità del paziente e i percorsi clinici integrati, tramite l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche.

Le specialità presenti in Azienda svolgono attività programmata di alta specializzazione per le patologie di competenza, per pazienti afferenti alla struttura mediante un percorso di elezione, operando in maniera trasversale senza posti letto di degenza ordinaria pre-assegnati. La disponibilità di posti letto alle specialità è commisurata alle effettive necessità e alle eventuali liste d'attesa presenti. In altri termini, l'organizzazione dell'area è un modello organizzativo che tiene conto della flessibilità di assegnazione dei posti letto secondo le esigenze assistenziali al fine di garantire una risposta commisurata alla variabilità della domanda e all'impegno assistenziale. L'obiettivo finale è la valorizzazione di tutte le attività iperspecialistiche. La base della "legittimazione" dello specialista non è la numerosità dei posti letto in dotazione, ma la sua competenza distintiva e l'uso della moderna tecnologia.
L'area destinata ai pazienti in elezione è un aspetto del tutto peculiare della nuova organizzazione assistenziale e si fonda sul presupposto che nella pediatria di oggi è diventato necessario acquisire analisi multidimensionali per poter dare risposte cliniche ordinate ai problemi di salute e quindi diventa necessaria la programmazione e la corretta modalità di interrelazione tra competenze disciplinari diverse e necessariamente integrate. L'area della risposta all'urgenza clinica è dunque separata da quella che si dedica ai casi specialistici e che richiedono attività multidisciplinari integrate. Il modello organizzativo è incentrato sul bambino malato, al quale offriamo un'organizzazione sanitaria che porta al suo letto il professionista di fiducia o il più esperto per la sua malattia, affiancato da colleghi e da altri professionisti, tutti esperti nella gestione dei problemi dei bambini e degli adolescenti, e particolarmente competenti in specifici settori disciplinari.

La struttura e l'innovazione tecnologica

"Un edificio amico dei bambini"
L'architettura del nuovo Ospedale è a dimensione di bambino: camere di degenza strutturate per la presenza e permanenza di un genitore, spazi ricreativi e didattici, per l'incontro e la socializzazione. Tra i criteri fondamentali seguiti dai progettisti c'è la valorizzazione della luce naturale, che permea gli ambienti attraverso ampie finestre.

I più recenti studi svolti sull'ambiente ospedaliero evidenziano che le caratteristiche architettoniche, spaziali e funzionali dell'ambiente influiscono sulla salute, sul benessere e sui risultati clinici e che, al fine

di ridurre la componente di stress causata dall'ambiente ("hospital induced distress") quali paura, ansie, eccetera, è necessario intervenire anche sulle connotazioni ambientali che provocano tali reazioni.
La condizione di malattia è un'esperienza fortemente traumatica in tutto il ciclo di vita ma in particolare nell'infanzia e, come tale, può interferire con lo sviluppo psico-sociale del bambino.
L'ospedale, attraverso l'appropriazione dei diritti dei bambini, peraltro sanciti dalle normative, e trasformando l'attenzione per l'infanzia in responsabilità attraverso atteggiamenti, procedure, tecnologie e modalità terapeutiche in linea con le esigenze proprie dell'infanzia, intende riprendere la tradizionale dimensione di luogo educativo in cui "sapienza", scienza, tecnologia e ospitalità si fondono con competenza e "compassione": una trasformazione, dunque, da "luoghi di cura" in "luoghi in cui prendersi cura".
La confortevolezza degli ambienti, in termini di spaziosità, luminosità, colore, suoni, facilità di orientamento, possibilità di spazi di privacy e spazi relazionali sono elementi che stanno assumendo sempre più importanza: l'umanizzazione degli ambienti ospedalieri passa anche attraverso l'organizzazione dell'ospedale in funzione dell'integrazione tra aspetti diagnostici, terapeutici , tecnologici con quelli relazionali della cura che coinvolgono le relazioni reciproche e il grado di soddisfazione degli utenti, dei visitatori e degli operatori.

I principali fattori fisici che possono condizionare il grado di comfort ambientale e la risposta psicologica ad un ambiente sono molteplici e comprendono:

- i suoni;
- i colori;
- l'illuminazione;
- gli odori;
- la risposta tattile alle superfici.
- le dimensioni fisiche degli spazi;
- le forme degli ambienti;
- la sistemazione degli arredi.

Di seguito vengono richiamati gli obiettivi cui il progetto ambientale ha cercato di attendere:

- Ambienti a dimensione di bambino (con particolare attenzione: ad ampiezze, volumetrie, materiali, colori e arredi non monotoni, con elementi ludici anche nelle strutture e spazi deputati a funzioni non ludiche; alla mitigazione dell'inquinamento acustico; all'illuminazione, eccetera);
- Camere di degenza strutturate per la presenza/permanenza di un genitore;
- Spazi per i genitori (sia intesi come spazi di attesa o di ristoro, che come spazi per l'assistenza e luoghi di incontro o di colloquio con il personale sanitario;
- Spazi ricreativi e didattici, per l'incontro e la socializzazione pensati per far si che il bambino non perda il contatto con la quotidianità;
- Centro di accoglienza e orientamento generale.

L'ospedale apre le porte alla città

Al piano terra sono due gli ingressi principali, distinti per funzioni: il primo conduce alla grande sala d'ingresso, con il bar e gli spazi per l'attesa, nel quale sono collocati ascensori e scale per i piani superiori; il secondo, riservato agli accessi in emergenza, consente al bambino di ricevere in tempo breve la prima visita di soccorso nell'ambulatorio del triage, dove è assegnato il codice di gravità.

Il primo piano è riservato alla struttura di Oncoematologia Pediatrica, al day hospital e alla day surgery. Al secondo piano si trovano il Comparto operatorio, la Neonatologia e la Terapia intensiva neonatale. Le stanze della degenza polispecialistica (di Clinica pediatrica, Chirurgia pediatrica, Pediatria generale e d'urgenza, Oncoematologia Pediatrica) occupano l'intero terzo piano, in cui possono essere ospitati bambini con patologie diverse e differenti gravità.

La stanza di degenza è il nucleo base nel quale viene "vissuta" la malattia e la cura. Nella stanza di degenza il bambino porta "il suo mondo" di affetti, di emozioni, di proposte (gioco, scuola, incontri) che lo aiutano a ritrovare la salute con il sostegno degli adulti-tecnici (sanitari) e degli adulti-affetto (i genitori). La stanza diviene la "casa temporanea" dove trovare le risorse personali (sicurezza, coraggio, fantasia, forza, volontà) e gli stimoli emozionali (affetto, scambi emozionali, rapporti intrafamiliari e interfamiliari) che gli permettono

di confrontarsi con la malattia e controllarne l'evoluzione e la cura. In questo contesto, tutto (la struttura architettonica, gli arredi, l'organizzazione e le modalità assistenziali) è pensato per garantire il collegamento, in termini di continuità, tra la quotidianità ospedaliera con quella che la precedeva, di garanzia di relazioni significative all'interno della vita ospedaliera, di ambienti sicuri e confortevoli e di riconoscimento non solo come "bambino malato" ma anche dotato di "risorse e parti sane".

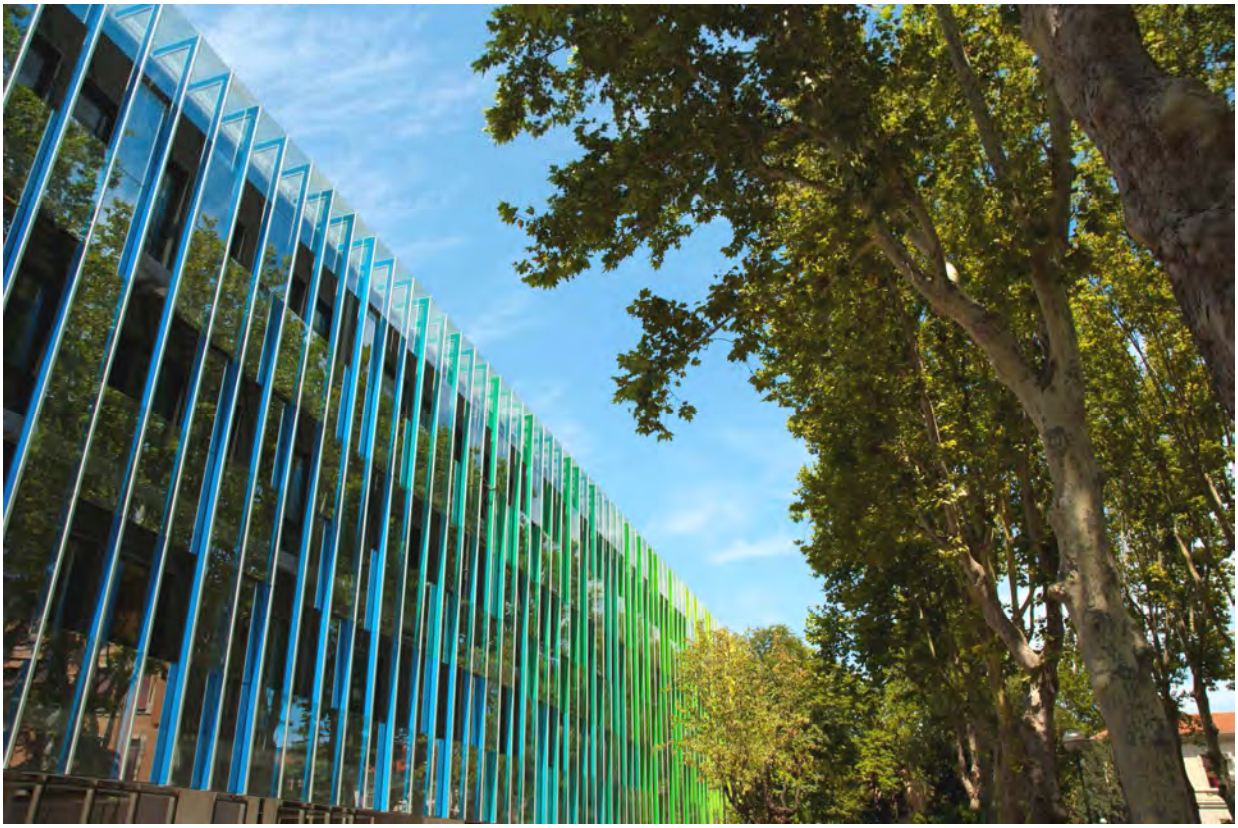
La tecnologia

Uno degli aspetti che contraddistinguono il nuovo Ospedale dei Bambini è la vicinanza della tecnologia al paziente. Riduzione dei tempi, maggiore efficacia e minori disagi per il bambino e la famiglia sono il risultato di una dotazione tecnologica di alto livello, che comprende il monitoraggio costante dei parametri vitali del paziente e apparecchiature diagnostiche di ultima generazione.

Ogni letto di degenza è dotato di un avanzato sistema di monitoraggio integrato dei principali parametri vitali, che consente al personale medico di controllare costantemente lo stato di salute del paziente.

L'area radiologica ospita il più innovativo sistema di risonanza magnetica a banda larga digitale. L'apparecchiatura ha grande versatilità clinica e la capacità di integrarsi ed implementarsi con tutte le modalità operative diagnostiche.
Grande importanza è stata riservata anche al confort del paziente in quanto le ampie dimensioni della bobina limitano il senso di claustrofobia ed ansietà e il sistema di illuminazione a led colorati fornisce un'umanizzazione dell'ambiente.

Conclusioni del Direttore Generale



Conclusioni del Direttore Generale

L'equilibrio del sistema sanitario regionale è obiettivo imprescindibile soprattutto in un tempo di forte criticità come quello attuale.
Anche a fronte delle importanti riduzioni dei finanziamenti provenienti dallo Stato per far fronte all'eccezionale crisi economica che stiamo vivendo, **i nostri cittadini hanno il diritto a servizi sanitari di qualità e universali**. A questo ha teso l'impegno e il lavoro di tutta l'organizzazione. Impegno che non è certamente limitato al 2012, anzi il 2013 risulta ancor più gravato delle difficoltà e delle complessità crescenti già evidenziate nel 2012.
Il 2012 è stato caratterizzato da diversi cambiamenti che hanno inciso, direttamente o indirettamente, sul piano economico. In primo luogo, occorre rilevare che, dal 2012, il pareggio di bilancio è da determinarsi sulla base dei criteri civilistici, ossia all'interno dell'equilibrio dovranno essere interamente ricompresi gli ammortamenti netti di competenza dell'anno. Negli anni 2010 e 2011 la condizione di equilibrio riguardava la parziale copertura degli ammortamenti, pertanto il risultato di esercizio presentava una perdita comunque coerente con l'obiettivo regionale. Nel 2012, l'Azienda ha chiuso l'esercizio con un utile pari a euro 5.880, valore in linea rispetto al risultato atteso dalla programmazione regionale e dalle disposizioni nazionali.
Non è possibile in queste note conclusive entrare nel dettaglio di tutti i cambiamenti e le evoluzioni del contesto normativo che hanno impattato sulla nostra attività quotidiana. Possiamo brevemente ricordare che, per ottimizzare e razionalizzare l'utilizzo delle risorse al fine di presidiare il governo e la sostenibilità economico-finanziaria, sono state sviluppate politiche aziendali tendenti a: promuovere il governo clinico e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse; sostenere ulteriormente 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 (come si evince dalle tante attività sviluppate in modo integrato); garantire la costante adesione alle convenzioni attive di INTERCENT-ER quale principale riferimento per le politiche di acquisto delle aziende sanitarie; contribuire alla crescita dei processi di aggregazione della domanda in Area Vasta, eccetera.

A condizioni di crisi così profonde e pervasive è necessario rispondere con coesione e collaborazione, a tutti i livelli, per questo abbiamo presentato nel capitolo 3, nel paragrafo "Le relazioni interprofessionali in area sanitaria: riscoprire la collaborazione", un progetto sulle relazioni interprofessionali che si è sviluppato su più anni e che nel 2012 è giunto a termine, ma per entrare in una seconda fase propositiva nel 2013 proseguendo e ampliando l'area di intervento anche con il coinvolgimento di nuovi dipartimenti. L'attenzione su questo tema ci pare quanto mai cruciale in quanto nella situazione critica, che più volte abbiamo richiamato, il rischio è quello di logorare e stressare i rapporti, di perdere quei legami che creano coesione e fiducia.
Già nel bilancio di missione 2011 si evidenziava da una parte la complessità della vita e dell'attività di un ospedale, che si svolge a ciclo continuo tutti i giorni dell'anno e l'importanza di sviluppare integrazione e identità di sistema. Tuttavia il difficile momento economico 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.

La trama delle relazioni istituzionali è da sempre la traccia sulla quale viene costruito il documento di rendicontazione e lo è, in modo sempre più puntuale, in quanto questa rete è l'ossatura su cui si sviluppa il nostro agire, dalla pianificazione e programmazione alla quotidiana attività di cura fino alle funzioni di controllo e verifica.
Regione, Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS), Università e Azienda USL di Parma sono, non casualmente, termini che si ripetono decine e centinaia di volte nel volume. Questa ripetizione è la misura dell'importanza che tali interlocutori hanno per noi, nella definizione delle pianificazioni pluriennali e nella programmazione annuale. In particolare, Regione e CTSS definiscono i confini del nostro contesto operativo e hanno una centrale funzione di indirizzo, controllo e verifica del nostro operato.
Si conferma anche nel 2012 l'importanza del confronto e della collaborazione con l'Azienda Territoriale, come testimoniato in diverse parti del volume, che esplicitano solo una parte di questo scambio proficuo.

Diverso il rapporto con l'Università. Pur nel rispetto delle rispettive autonomie, risulta costitutiva per la nostra Azienda la sinergia essenziale all'assolvimento delle rispettive funzioni di assistenza, didattica e ricerca, così di rilievo nel mantenimento della qualità e della capacità di innovazione.
È proprio in questa rete istituzionale che il Comitato di Indirizzo garantisce la coerenza fra programmazione aziendale e programmazione didattica e scientifica dell'Università, verificando altresì la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali e adempie al suo ruolo di orientamento e supporto dell'agire dell'Azienda con puntualità.
Il cuore pulsante della nostra organizzazione e del processo di integrazione che caratterizza un'azienda ospedaliero-universitaria è nei Dipartimenti ad Attività Integrata, di cui il Collegio di Direzione è sede del confronto e di costruzione e rafforzamento dell'identità.

Possiamo ribadire in chiusura, quanto già esplicitato lo scorso anno relativamente al fatto che se le questioni economiche paiono costituire il limite delle nostre aspirazioni e della nostra capacità di azione, il presente volume mostra, anche nel 2012, 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.

Per il futuro, possiamo confermare che integrazione e condivisione costituiscono importanti linee di sviluppo delle strategie aziendali, passando per il coinvolgimento di chi all'interno dell'Ospedale opera per garantire i servizi ai cittadini del territorio di Parma (e non solo) e, come sempre, di 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 evidentemente anche i referenti istituzionali, Università, Regione, Conferenza territoriale sociale e sanitaria e Azienda USL.

Parere del Comitato di Indirizzo

Parere del Comitato di Indirizzo

Nella seduta del 17.09.2012 è stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Missione 2012 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 e 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 dell'Azienda alla copertura dei LEA, alla promozione della eccellenza (clinica, tecnologica, organizzativa), alla integrazione con l'Università degli Studi di Parma.

Produttività, il Comitato sottolinea il ruolo positivo svolto dall'Azienda nella rete dell'offerta provinciale e regionale e rileva un incremento generale del valore della produzione.
Nel 2012, si osserva un incremento pari a 2,6% del numero di ricoveri (52.674 nel 2012), confermando un indice di complessità stabile e la messa in opera di azioni volte ad un continuo miglioramento dell'appropriatezza e alla promozione del governo clinico.
A conferma della complessità globale della casistica trattata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche nel 2012, la percentuale di ricoveri con punto DRG > 2,5 resta costantemente superiore alla media regionale di un punto percentuale.

Nella provincia di Parma il tasso di ospedalizzazione standardizzato, dopo la flessione avuta nel 2011, registra un incremento, senza però tornare ai livelli del 2010, raggiungendo nel 2012, per quanto concerne il regime ordinario, il valore di 128 per 1.000 abitanti, al di sopra della media regionale, che ha un valore pari a 125 per 1000 abitanti.
Mentre per i ricoveri in regime di Day Hospital si registra un tasso di ospedalizzazione standardizzato per la provincia in decremento.
Considerando il contributo dell'AO di Parma alla composizione del tasso di ospedalizzazione (58,2%) per il regime ordinario, si evince che l'AO di Parma costituisce l'ospedale di riferimento per l'intera provincia, e accoglie il maggior numero di casi con la più elevata complessità.

Il contributo fornito dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma alla **copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza** garantisce la fornitura del 76% dei posti letto per acuti pubblici della provincia e la fornitura del 62% della produzione provinciale per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva, e concorre a permettere alla AUSL di riferimento un costo pro-capite per livello di assistenza che, pur essendo incrementato rispetto all'anno precedente, mantiene valori inferiori alla media regionale e fra i più bassi rispetto a quelli delle Aziende Usl nel cui territorio insiste un'azienda ospedaliero-universitaria. Si consideri che, a partire dal 2011, è stata modificata la modalità di calcolo e i costi delle Aziende Usl sono stati integrati con la quota di costo eccedente il valore del ricavo derivante dalla produzione delle aziende ospedaliere.

La *mobilità attiva* resta costantemente elevata, mentre si sta riducendo la *mobilità passiva extra regionale*. A questo proposito il Comitato segnala che il numero di pazienti residenti nella provincia di Parma che non afferisce alle strutture HUB e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera di Parma è contenuto, ad eccezione delle Strutture Cardiochirurgia e Neurochirurgia per le quali si osserva una migrazione soprattutto verso la Lombardia, compensata da una mobilità attiva che si attesta, rispettivamente, al 53% e al 51%.

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 funzioni HUB dell'Azienda, per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa, 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.

Per quanto riguarda i ricoveri di residenti extraprovincia ed extraregione presso reparti che non svolgono a livello regionale funzioni HUB, ossia le unità operative d'eccellenza, si segnalano alcune Strutture

Complesse, che hanno una percentuale significativa di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione, in particolare la Chirurgia Maxillo-Facciale (67%), la Chirurgia Pediatrica (57%), e la Oncoematologia Pediatrica (52%), indicative di una elavata attrazione per la qualificata attività svolta

Il Sistema Integrato di Assistenza ai grandi Traumi (SIAT) dell'Emilia Nord Occidentale ha sede HUB presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e copre i territori di Piacenza, Parma e Reggio Emilia.
La funzione HUB esercitata dall'Azienda Ospedaliera tratta complessivamente il 30% dei casi di traumi dell'area Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (87%), alla traumatologia addominale (41%) e alla traumatologia intracranica (37%).

Per quanto riguarda l'attività di Pronto Soccorso si conferma la positiva attività di OBI (che, con 8% degli accessi in PS, rientra nelle indicazioni regionali), a fronte di un trend in continua crescita degli accessi in Pronto soccorso (+4,25% rispetto al 2011) con tempi medi di processazione in linea con la media regionale.
La percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione in OBI è del 72%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%). Anche i tempi di osservazione sono ampiamente rispettati.

Promozione della eccellenza clinica, tecnologica ed organizzativa:
In **ambito clinico**, il Comitato di Indirizzo sottolinea positivamente che l'Azienda ha proseguito le attività previste per l'implementazione della Rete delle Malattie Rare sia per le funzioni Hub (emofilia e malattie emorragiche congenite), sia per le funzioni Spoke (tra cui talassemia e anemie emolitiche ereditarie). Inoltre, si evidenzia il miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa.

Complessivamente, nel corso dell'anno 2012 l'attività trapiantologica è stata sostanzialmente sovrapponibile rispetto a quella dell'anno precedente, sia per quanto concerne l'attività di trapianto da vivente che da cadavere. I risultati dell'attività di trapianto renale da cadavere sono stati sovrapponibili a quelli dei migliori Centri nazionali ed internazionali, nonostante l'elevata complessità clinica della casistica trattata.
Inoltre, si registra l'incremento dei trapianti di cornea e dei trapianti di midollo osseo allogenici, ossia da donatore (compatibile o semi-compatibile). Questo tipo di trapianto è oggi una realtà clinica che consente di prospettare e poi di effettuare il trapianto a tutti i pazienti indipendentemente dalla disponibilità di un donatore perfettamente compatibile. Sono ancora pochi i centri, nazionali ed esteri, che lo possono effettuare.

In **campo tecnologico**, si segnala il completamento della realizzazione dell'interventistica radiologica e neuroradiologica, comprensiva della sala interventistica ibrida; la realizzazione della radiologia pediatrica e l'installazione del monitoraggio paziente per il Nuovo Ospedale dei Bambini; il completamento dell'aggiornamento dell'applicativo gestionale di cardiologia.

In ambito di **miglioramento della capacità organizzativa**, il Comitato segue con interesse l'avanzamento del 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 l'Università nella definizione di modalità omogenee di gestione e organizzazione dei professionisti universitari e ospedalieri.

Anche se ancora in definizione, il Comitato di Indirizzo manifesta il proprio interesse per il Progetto del Centro Comune di Ricerca (CCR), che prevede la realizzazione di un'area strategica con al suo interno competenze e tecnologie all'avanguardia, per effettuare ricerca di alta qualità.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca, si segnala un ulteriore incremento in termini di Impact Factor delle pubblicazioni. Inoltre, il raffronto della produzione scientifica per area tematica con altre istituzioni internazionali evidenzia un buon posizionamento dell'Azienda.
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 regolamenta 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.

Nel 2012 si sono completati i lavori del Nuovo Ospedale dei Bambini, anche se il trasferimento nella nuova struttura è avvenuto all'inizio del 2013.

Controllo della spesa sanitaria:
Il rispetto degli adempimenti sanciti dal Patto per la Salute 2010-2012 e dalle successive normative in materia di stabilizzazione finanziaria, 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 2012 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.
Il trend degli ultimi anni evidenzia un miglioramento della performance gestionale che si allinea ai valori medi regionali. In particolare il costo del lavoro che per l'anno 2011 registrava un valore pari al 53%, nel 2012 si allinea al valore medio regionale del 50%.
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.

Il Comitato di Indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2012 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 - capitolo 2.3

Tabella 3 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	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.	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. 47

Tabella 4 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	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.	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. 47

Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2012

Anno 2012		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.	65.997	7.340.430	170.853	39%	10.399.531	71%
	D2-D.Strument. no radiaz.	157.712	7.731.521	403.702	39%	19.136.764	40%
	D3-Biopsia	5.736	429.077	7.053	81%	469.823	91%
	D9-Altra diagnostica	18.696	429.473	37.121	50%	709.043	61%
	Totale	248.141	15.930.501	618.729	40%	30.715.160	52%
Laboratorio	L1-Prelievi	110.369	326.430	371.113	30%	1.102.607	30%
	L2-Chimica clinica	821.904	3.900.290	2.700.734	30%	11.306.757	34%
	L3-Ematol./coagulaz.	186.041	1.879.546	458.885	41%	3.198.959	59%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	53.863	3.016.774	57.262	94%	3.044.098	99%
	L5-Microbiol./virologia	78.421	1.059.926	217.182	36%	2.330.340	45%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	19.597	831.936	32.195	61%	1.195.194	70%
	L7-Genetica/citogen.	16.507	2.323.337	16.544	100%	2.327.098	100%
	Totale	1.286.702	13.338.239	3.853.915	33%	24.505.054	54%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.485.705	6.400.231				
	Totale	2.772.407	19.738.470	3.853.915	72%	24.505.054	81%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.568	39.300	12.596	20%	140.280	28%
	R2-RRF	11.772	98.267	140.920	8%	1.470.845	7%
	R3-Terapia Fisica	1.209	4.637	9.129	13%	26.626	17%
	R9-Altra riabilitazione	757	9.334	7.033	11%	53.979	17%
	Totale	16.306	151.537	169.678	10%	1.691.730	9%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	25.165	2.140.684	25165	100%	2140684	100%
	T2-Dialisi	10.935	1.936.413	47.959	23%	8.504.858	23%
	T3-Odontoiatria	6.669	137.100	18.383	36%	772.925	18%
	T4-Trasfusioni	1.891	137.038	2.346	81%	150.189	91%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	15.601	2.481.916	25.357	62%	4.669.800	53%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	35.685	646.085	105.006	34%	2.067.457	31%
	Totale	95.946	7.479.237	224.216	43%	18.305.914	41%
Visite	V1-Prima visita	169.983	3.354.943	425.126	40%	8.866.891	38%
	V2-Visita di controllo	134.717	2.377.008	228.043	59%	4.038.426	59%
	Totale	304.700	5.731.951	653.169	47%	12.905.317	44%
Totale		3.437.500	49.031.695	5.519.507	62%	88.123.174	56%

Fonte Banca Dati ASA – RER
Note: Dal 2012 l'attività relativa al Pronto Soccorso e all'Osservazione Breve Intensiva (OBI) non è più inclusa all'interno del flusso ASA bensì nel flusso di PS.

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 47

Tabella 7 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. 49

Tabella 8 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. 49

Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2012

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	132.896	49,57	63,02	74,42	81,09	85,48	14,52
Laboratorio	743.385	88,35	91,75	93,53	94,77	95,81	4,19
Riabilitazione	10.109	41,98	62,32	75,22	83,35	88,55	11,45
Prestazioni Terapeutiche	16.151	69,76	77,38	83,08	87,21	90,45	9,55
Visite	81.332	56,21	69,1	78,95	83,75	87,11	12,89

Fonte: Banca Dati ASA

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 49

Tabella 13 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	Riabilitazione	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. 52

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera–struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2011

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

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 52

Tabella 34 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2010-2012

Disciplina	2010		2011		2012	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
007-Cardiochirurgia	4,04	0,98	4,13	1,02	4,16	1,07
008-Cardiologia	1,57	1,1	1,7	1,18	1,64	1,12
009-Chirurgia Generale	1,44	1,08	1,36	1,02	1,36	1,01
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,57	1,16	1,71	1,19	1,79	1,22
011-Chirurgia Pediatrica	0,87	1,01	0,81	0,96	0,84	0,97
012-Chirurgia Plastica	1,32	1,04	1,29	1,03	1,32	1,05
013-Chirurgia Toracica	1,92	1,06	1,84	1,01	1,94	1,06
014-Chirurgia Vascolare	1,88	1,06	1,88	1,06	1,95	1,09
018-Ematologia	4,86	1,2	4,51	1	4,35	1,01
021-Geriatria	1,17	1,1	1,12	1,05	1,15	1,08
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,91	1,33	1,87	1,26	1,82	1,23
026-Medicina Generale	1,12	1,08	1,12	1,07	1,12	1,07
029-Nefrologia	1,45	1,09	1,36	1,02	1,31	0,99
030-Neurochirurgia	2,23	1,04	2,18	1,03	2,41	1,09
032-Neurologia	1,1	0,98	1,12	0,99	1,1	0,97
034-Oculistica	0,77	0,97	0,8	1,01	0,81	1,01
036-Ortopedia e Traumatologia	1,29	0,99	1,31	0,99	1,31	0,97
037-Ostetricia e Ginecologia	0,65	1,05	0,69	1,07	0,68	1,06
038-Otorinolaringoiatria	0,95	1	0,98	1,01	1,04	1,07
039-Pediatria	0,55	0,94	0,55	0,97	0,53	0,92
043-Urologia	1,08	0,97	1,12	1,02	1,08	0,99
047-Grandi Ustionati	2,83	0,89	2,6	0,86	2,54	0,7
048-Nefrologia Trapianti	3,41	1,56	3,34	1,56	3,17	1,42
049-Terapia Intensiva	4,54	0,94	4,83	1,03	4,78	1,03
050-Unita' Coronarica	1,88	1,12	1,94	1,14	2,06	1,17
051-Astanteria	0,77	0,83	0,82	0,85	0,88	0,89
052-Dermatologia	0,94	0,91	0,91	0,92	1,04	1,02
058-Gastroenterologia	1,14	1,02	1,12	1,01	1,1	0,98
062-Neonatologia	1,64	1,08	1,65	1,04	1,54	1
064-Oncologia	1,02	0,8	1,03	0,76	1,01	0,77
065-Pediatria e Oncoematologia	1,12	0,66	1,15	0,66	1,05	0,63
068-Pneumologia	1,28	0,92	1,4	1,01	1,43	1,03
073-Terapia Intensiva Neonat.	1,81	0,89	1,79	0,91	1,07	0,52

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Ritorno al capitolo 2.3 - pag. 60

Tabella 37 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2012

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	1.037	2	98,7	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	7,7
	Totale	1.582	6	67,6	95,3	99,6	99,6	99,8	99,8	0,2
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Az.OSP	74	13	0	93,2	100	100	100	100	0
	Totale	74	13	0	93,2	100	100	100	100	0
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Az.OSP	31	15	0	87,1	96,8	96,8	96,8	100	0
	Totale	76	14,5	2,6	90,5	98,6	98,6	98,6	100	0
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Az.OSP	177	17,5	2,8	82	97,7	97,7	98,8	99,4	0,6
	Totale	226	16	3,5	83,9	98,2	98,2	99,1	99,5	0,5
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Az.OSP	54	27	0	79,6	98,1	100	100	100	0
	Totale	122	30	0	51,6	95,1	99,2	99,2	100	0
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (RO)	Az.OSP	40	15	2,5	89,7	100	100	100	100	0
	Totale	87	12	1,1	93	98,8	98,8	98,8	100	0
Area cardiovascolare										
Coronarografia (DH)	Az.OSP	2	5	50	100	100	100	100	100	0
	Totale	2	5	50	100	100	100	100	100	0
Endoarteriectomia carotidea (RO)	Az.OSP	156	29	1,9	52,3	90,2	96,1	98,7	100	0
	Totale	174	26	1,7	55	89,5	96,5	98,8	100	0
Angioplastica - PTCA (RO)	Az.OSP	164	35	55,5	34,2	95,9	100	100	100	0
	Totale	164	35	55,5	34,2	95,9	100	100	100	0
By-Pass aortocoronarico (RO)	Az.OSP	154	8	18,8	90,4	100	100	100	100	0
	Totale	154	8	18,8	90,4	100	100	100	100	0
Area Non Oncologica										
Tonsillectomia (RO)	Az.OSP	155	168	0	9	23,9	41,3	44,5	63,2	36,8
	Totale	253	63	0	31,2	49,4	60,5	63,2	75,9	24,1
Intervento protesi anca (RO)	Az.OSP	165	133	1,2	4,3	7,4	20,2	41,1	75,5	24,5
	Totale	409	131	0,7	10,6	26,1	34	45,6	64,8	35,2
Riparazione ernia inguinale (DH)	Az.OSP	301	70	0	21,3	43,5	57,1	70,1	86	14
	Totale	753	39	0,3	43	61,1	69,1	76,6	85,2	14,8
Emorroidectomia (DH)	Az.OSP	32	61	0	34,4	46,9	75	90,6	100	0
	Totale	54	25	3,7	59,6	67,3	84,6	94,2	100	0
Biopsia percutanea del fegato (DH)	Az.OSP	19	4	78,9	100	100	100	100	100	0
	Totale	35	4	45,7	100	100	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. 63

Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2012

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	12.752	4	47,7	96,5	99,1	99,4	99,6	99,6	0,4
	Privato	211	6,5	22,3	91,5	97	99,4	100	100	0
	Az.OSP	7.546	4	48,6	99,1	99,7	99,8	99,8	99,8	0,2
	Totale	20.509	4	47,8	97,4	99,3	99,6	99,7	99,7	0,3
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Az. USL	331	11,5	5,7	78,5	95,8	98,4	99	99	1
	Privato	65	4	0	100	100	100	100	100	0
	Az.OSP	355	18	7,3	81,5	95,4	97,9	99,1	99,7	0,3
	Totale	751	14	6	81,9	96	98,3	99,2	99,4	0,6
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Az. USL	289	23	1,7	74,3	96,8	98,6	98,6	98,6	1,4
	Privato	30	10	0	93,3	96,7	100	100	100	0
	Az.OSP	182	23,5	3,3	67	93,8	98,9	99,4	100	0
	Totale	501	22	2,2	72,9	95,7	98,8	99	99,2	0,8
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Az. USL	1.329	18	2,9	79,6	96	97,4	97,9	99,6	0,4
	Privato	85	9	4,7	98,8	100	100	100	100	0
	Az.OSP	732	15	6,3	81,9	94	95,6	97,7	99,7	0,3
	Totale	2.146	16	4,1	81,1	95,5	96,9	97,9	99,7	0,3
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Az. USL	787	42	0,3	31	72,6	90,1	96,8	99,4	0,6
	Privato	141	28	0	52,5	88,7	97,9	99,3	100	0
	Az.OSP	434	33	2,1	44	84,2	96	99,1	99,5	0,5
	Totale	1.362	37	0,8	37,3	77,9	92,7	97,8	99,5	0,5
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (RO)	Az. USL	667	22	0,9	72,5	97,1	98,6	98,8	99,2	0,8
	Privato	91	12	1,1	97,8	100	100	100	100	0
	Az.OSP	435	23	1,8	69,3	90,2	93	95,3	96,7	3,3
	Totale	1.193	21	1,3	73,3	94,8	96,7	97,6	98,4	1,6
Coronarografia (DH)	Az. USL	643	12	10,6	83,3	91,7	92,5	92,9	94,6	5,4
	Privato	24	9,5	0	95,8	100	100	100	100	0
	Az.OSP	314	12	3,2	85,2	91,1	92,1	94,1	98	2
	Totale	981	12	8	84,3	91,7	92,6	93,5	95,9	4,1
Endoarteriectomia carotidea(RO)	Az. USL	518	33	2,5	46,3	71,1	87,5	92,9	98	2
	Privato	140	7	1,4	81,2	88,4	91,3	94,2	96,4	3,6
	Az.OSP	552	30,5	4,7	50	74	83,8	91,1	97,3	2,7
	Totale	1.210	29	3,4	52,1	74,4	86,3	92,2	97,5	2,5
Angioplastica - PTCA (RO)	Az. USL	1.372	12,5	13,8	83	95,2	96,8	97,5	98,1	1,9
	Privato	1.064	7	5,5	96,1	99,6	99,7	99,9	99,9	0,1
	Az.OSP	1.161	10	27,8	81,3	94,2	97	98,7	99,3	0,7
	Totale	3.597	9	15,9	86,9	96,4	97,8	98,6	99	1
By-Pass aortocoronarico (RO)	Privato	491	7	6,9	96,3	99,6	99,8	99,8	100	0
	Az.OSP	400	8	15	70,9	81,2	87,9	93,2	98,2	1,8
	Totale	891	8	10,5	85,4	91,7	94,7	97	99,2	0,8
Tonsillectomia (RO)	Az. USL	2.151	93	2,1	15,3	34,9	48,6	60,1	76,3	23,7

	Privato	389	20	0	65,8	83,5	88,9	95,6	98,5	1,5
	Az.OSP	714	120	1	9,9	23,5	39,7	50,2	66,1	33,9
	Totale	3.254	86	1,6	20,3	38,3	51,6	62,2	76,7	23,3
Intervento protesi anca (RO)	Az. USL	2.460	97	1,5	9,9	29,1	46,3	59	76,4	23,6
	Privato	2.494	26	1,3	58,1	83,2	90,6	94,5	97,7	2,3
	Az.OSP	1.949	160	1,5	7,9	14,7	25,5	37,3	56,4	43,6
	Totale	6.903	74	1,4	26,8	44,6	56,5	65,7	78,5	21,5
Riparazione ernia inguinale (DH)	Az. USL	3.573	73	0,5	23,3	44	57,5	67,8	79,7	20,3
	Privato	932	20	0,8	69	86,8	95,8	97,8	99,1	0,9
	Az.OSP	851	107	0,2	12,1	26,7	41,5	56,4	80,3	19,7
	Totale	5.356	63	0,5	29,4	48,6	61,6	71,2	83,2	16,8
Emorroidectomia (DH)	Az. USL	226	63	0,9	21	46,9	58,5	67,9	81,7	18,3
	Privato	105	10	1,9	93,2	97,1	98,1	98,1	99	1
	Az.OSP	59	61	1,7	29,3	46,6	69	79,3	86,2	13,8
	Totale	390	44	1,3	41,6	60,3	70,6	77,7	87	13
Biopsia percutanea del fegato (DH)	Az. USL	488	10	28,7	81	94,8	97,1	98,3	99,4	0,6
	Privato	1	11	0	100	100	100	100	100	0
	Az.OSP	247	5	25,1	86,5	95,7	97,3	98,9	100	0
	Totale	736	7	27,4	83	95,1	97,2	98,5	99,6	0,4

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. 63

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, Franco Aversa, Donatella Bacchieri, Barbara Benoldi, Gilda Bertolini, Paola Bodrandi*, Laura Bompani, Federica Bonfanti, Monia Boniburini, Loris Borghi, Marco Brambilla, Massimiliano Brunetti*, Catia Canali, Caterina Caminiti*, Giovanna Campaniello, Anna Carpi, Rosanna Casaroli, Katia Dardani, Mario De Blasi, Giulia De Luca, Dante Di Camillo, Francesca Diodati, Marco Diodati, Antonio Di Santo, Eleonora Maria Donadio, Simona Fontechiari, Alessandro Formentini, Demetrio Franchini, Vittorio Franciosi, Federica Gardini, Gabriella Gavioli, Monica Gazzi, Giacinto Giorgio, Antonella Giusti, Daniela Guarenghi, Giovanna Guareschi, Michela Guasti*, Elisa Iezzi, Paride Lambertini, Rita Lombardini, Mariateresa Luisi*, Michele Malanca, Barbara Marcomini, Santo Margarone, Marco Mignani, Francesca Montali, Cecilia Morelli*, Giuseppe Moroni, Giuseppe Munacò, Tauro Maria Neri, Libera Notarangelo, Laura Oddi*, Silvia Orzi, Luisa Pellegrini, Flavia Antonietta Pirola, Silvia Pizzi, Maria Puddu*, Isabella Raboini*, Gabriella Raise, Catia Robuschi, Saveria Romanelli, Davide Romano, Sonia Sabatino, Andrea Saccani, Patrizia Sangalli, Elisabetta Sartori, Luigi Sartori, Umberto Scoditti, Franco Servadei, Enrico Maria Silini, Daniela Sparvieri, Antonio Ventura, Antonella Vezzani, Daniela Vitali, Piero Vitali, Daniela Viviani, Annalisa Volpi, Emanuela Zambernardi, Alessandra Zatti, Alessandra Zanardi, Ivana Zavaroni, Rossella Zucchelli, Anna Zuccheri

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 e Chirurgia e in particolare i Direttori dei Dipartimenti di Scienze Chirurgiche (Pierfranco Salcuni), Neuroscienze (Giuseppe Luppino), Medicina Clinica e Sperimentale (Loris Borghi), Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Translazionali (Marco Vitale) 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

*i professionisti il cui nome compare colorato hanno curato l'ideazione dei capitoli, la raccolta dei materiali e la loro organizzazione