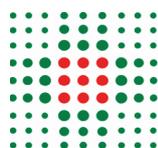
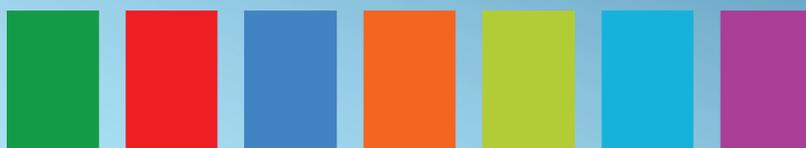




Bilancio di Missione 2014



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



BILANCIO DI MISSIONE 2014
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	9
1.3 La rete integrata dell'offerta regionale	12
1.4 Osservazioni epidemiologiche	18
2 Profilo aziendale	21
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	37
Impatto ambientale	39
2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza	42
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	42
Assistenza distrettuale	42
Assistenza specialistica ambulatoriale	43
Assistenza ospedaliera	47
Qualità dell'assistenza	65
2.4 Ricerca e didattica	68
Attività di ricerca	69
Attività didattica	76
2.5 Assetto organizzativo	80
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	87
3.1 I principi di integrità e trasparenza e la partecipazione degli enti locali	89
3.2 Universalità ed equità di accesso	90
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	90
Progetti ICT di Sanità On Line	92
Assistenza odontoiatrica	92
Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto	94
Osservatorio su equità e rispetto delle differenze	99
3.3 Centralità del cittadino	102
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti	102
La rete delle cure palliative	103
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	104
Sicurezza delle cure e qualità	104
Rischio infettivo, sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie	110
Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile	120
Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	121
Programma Stroke	125
Centro procreazione medicalmente assistita (CPMA)	125

	Efficienza gestionale	126
	Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto	126
	Azioni di razionalizzazione in ambito ICT	127
3.5	Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	128
	La riorganizzazione dipartimentale	128
	Integrazione di servizi in ambito interaziendale e di Area Vasta	129
	Riordino ospedaliero	132
	Governo clinico: Programma Nazionale Esiti	133
	L'innovazione tecnologica	134
3.6	Il Comitato di Indirizzo: integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca	134
3.7	Nota integrativa per la relazione sulla performance 2014 (sintesi)	136
<hr/>		
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	143
4.1	La "carta di identità" del personale	145
	Analisi di genere del personale	146
	Mobilità del personale	153
	Pari opportunità	155
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	156
	Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione	156
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	159
	Promozione della salute, prevenzione delle malattie	159
	Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi	160
	Gestione degli infortuni	161
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	166
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	169
	Sistema d'incentivazione del personale dirigente	169
	Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto	170
4.6	Formazione	172
	I dati di attività	172
	Progetti principali attivati	174
4.7	La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura	185
4.8	Sistema informativo del personale	185
4.9	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	186
	Relazioni sindacali	186
	Libera professione	187
	Gestione del contenzioso	189
4.10	Le azioni in tema di servizi alla persona e ai dipendenti	190
	Il nido aziendale	190
	I servizi alla persona	191
	Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro	191
<hr/>		
5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	193
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi	195
5.2	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	198

5.3	La comunicazione interna aziendale	202
------------	---	------------

6	Governo della ricerca e innovazione	203
6.1	Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	207
	Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie	213
6.2	Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	214
	Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica	214
	Attività di formazione del personale	215
	Progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie internazionali	215
6.3	Garanzie di trasparenza	227
	Anagrafe della ricerca	227
	Reportistica	227
	Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico	230

7	La Centrale Operativa 118 – Elisoccorso Area Omogenea Emilia Ovest (Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale)	233
	Il Progetto di "Centrale Operativa Emilia Ovest"	236
	Focus sul modello organizzativo della Centrale Operativa Unica	237
	La struttura e l'innovazione tecnologica	238
	Reti e percorsi clinici	240
	Dati di attività	240
	Il servizio di elisoccorso di Parma	241
	Prospettive future	242

	Conclusioni del Direttore Generale	243
--	---	------------

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



Presentazione

Spetta al Direttore Generale l'onere e l'onore di introdurre il bilancio di missione, questo corposo e complesso documento che presenta in modo ampio e articolato l'agire e i risultati dell'Azienda nel corso dell'anno precedente.

Quest'anno tale appuntamento assume un carattere particolare perché l'attuale direzione è entrata in azienda quando il 2014 era chiuso ed era stato con impegno e cura amministrato da Leonida Grisendi, direttore generale, e dell'intera direzione che ha terminato il suo mandato, cui va uno speciale ringraziamento.

È quasi un privilegio poter guardare l'anno trascorso da questa prospettiva, consente di vedere i punti di forza di questa complessa organizzazione con uno sguardo ancora neutrale, positivo. Tuttavia l'ingresso in una nuova azienda, in una nuova realtà non prevede una fase di sola osservazione e conoscenza, occorre subito entrare nell'operatività a partire dalla pianificazione e dalla programmazione.

È difficile perciò guardare all'anno trascorso senza spostare lo sguardo alla prospettiva, a quello che l'ospedale sta diventando e diventerà.

Emerge come primo elemento nelle pagine del documento, e in particolare nel capitolo 7, il cambiamento organizzativo. L'istituzione della centrale operativa unica interprovinciale del sistema 118 costituisce certamente per il nostro territorio e per quelli delle province di Piacenza e Reggio Emilia un cambiamento significativo dell'organizzazione della rete della gestione dell'emergenza. Un cambiamento reso possibile dalle nuove tecnologie a disposizione, ma soprattutto dalle persone che hanno condiviso percorsi di integrazione e messa in comune di competenze e conoscenze per consentire il concretizzarsi dell'innovazione organizzativa senza alcun disagio per l'utente finale.

Possiamo individuare nel cambiamento organizzativo una delle direttrici di trasformazione che caratterizzeranno l'agire della attuale Direzione.

Come detto, il cambiamento è possibile solo grazie alle persone che lo rendono realizzabile, effettivo, con le loro competenze, con la loro creatività, con la dedizione al lavoro, con la ricchezza delle relazioni, insomma con tutti quegli elementi che configurano il capitale intellettuale delle organizzazioni, soprattutto delle organizzazioni come quelle sanitarie in cui il valore più importante è dato da quella che viene chiamata in linguaggio economico "risorsa umana", ossia dalle persone.

Altro elemento che caratterizza in modo importante l'Ospedale di Parma sono le funzioni hub (ossia l'alta specialità sia diagnostica che terapeutica) e di eccellenza che hanno un ruolo significativo nel delineare i connotati di questa organizzazione e il suo potenziale. Tale dato va unito all'alta tecnologia, alle grandi capacità presenti nell'area dell'insegnamento e della ricerca e all'elemento architettonico, che è stato profondamente trasformato in questi ultimi anni con la costruzione del nuovo ospedale nell'area di via Volturmo e del padiglione dell'Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla".

Questo connotato importante deve essere visto in una nuova prospettiva e messo in relazione con la capacità dell'ospedale di lavorare con il territorio per costruire una rete di prossimità che prenda in carico il paziente senza soluzione di continuità. L'immagine scelta per la copertina di questo bilancio di missione, ossia la piazza della città, Piazza Garibaldi, rappresenta in modo emblematico questo obiettivo: rendere più salda la relazione dell'ospedale con la città.

Altri numerosi spunti si trovano nel volume, che non può essere affrontato come lettura integrale. Certamente è un documento utile per la consultazione, che presenta veramente innumerevoli informazioni sull'attività, sulle caratteristiche e sul funzionamento dell'Ospedale, e in effetti, il formato elettronico, che è stato già da tempo scelto per agevolare la divulgazione e ridurre i costi derivanti da una pubblicazione cartacea, consente di effettuare letture per temi di interesse o per parole chiave.

È del resto un documento in evoluzione, infatti, a partire da questa edizione abbiamo integrato nel capitolo 3 una sintesi della relazione sulla performance, primo passo della progressiva trasformazione che caratterizzerà il documento nei prossimi anni, come strumento di accountability inserito nel ciclo della performance, in linea con gli indirizzi regionali e dell'*Organismo Indipendente di Valutazione Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'ARPA della Regione Emilia-Romagna*.

La sfida di guidare un ospedale importante come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria è di grande motivazione per dare slancio al cambiamento e all'innovazione, per trasformare non tanto gli spazi che ci ospitano quanto l'idea di cura, assistenza, insegnamento, in altri termini l'idea di ospedale. Sfida che non riguarda solo la Direzione ma tutti coloro che quotidianamente partecipano alla vita dell'ospedale, come professionisti e operatori, cui va sincera riconoscenza, come pazienti e familiari, cui va la nostra attenzione e cura.

Massimo Fabi
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 quattro ambiti.

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







Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Numerose sono le disposizioni normative nazionali e regionali che nel corso degli ultimi anni hanno attivato un processo di trasformazione delle aziende sanitarie, producendo effetti significativi per l'assetto e l'attività delle aziende e caratterizzando gli orientamenti di politica sanitaria e le linee di sviluppo strategiche delle stesse aziende, nel rispetto dei vincoli economico-finanziari del sistema.

Nei paragrafi successivi del presente capitolo, la dimensione del contesto viene delineata con riferimento all'articolato sistema delle relazioni con l'Università e alla programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia e tratteggiata attraverso alcuni indicatori che definiscono la rete dell'offerta entro cui l'Azienda si inserisce.

Di seguito vengono invece segnalate alcune delibere del Direttore Generale relative al 2014 che toccano diversi 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> <http://www.saluter.it/ssr/la-legislazione-del-ssr>.

E' inoltre disponibile il sito del Ministero della Salute <http://www.trovanorme.salute.gov.it/>

Infine, a riguardo è possibile anche 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 29 gennaio 2014, n. 17 "Adempimenti connessi alla Legge 6 novembre 2012, n. 190: Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione. - Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione"
- Deliberazione del Direttore Generale 29 gennaio 2014, n. 18 "Adempimenti in ordine al D.Lgs. n. 33/2013 in materia di Amministrazione Trasparente - Adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014/2016"
- Deliberazione del Direttore Generale 16 giugno 2014, n. 155 "Adozione del Piano Formativo Triennale per la promozione della Prevenzione della Corruzione"

A livello aziendale il sistema normativo anticorruzione si è mosso nella direzione di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo e si è realizzato mediante le azioni del responsabile della Prevenzione della Corruzione (R.P.C.), cui la legge e l'intesa in sede di Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 affidano il ruolo di coordinamento della strategia di prevenzione e, tra gli altri, il compito di elaborare annualmente la proposta del P.T.P.C..

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha provveduto all'adozione del P.T.P.C. 2014-2016 con delibera n. 17 del 29 gennaio 2014. La diffusione del P.T.P.C. ha riguardato tutti i professionisti dell'Azienda ed è stata accertata la promozione della divulgazione del documento all'interno delle articolazioni aziendali. In data 29/12/2014, con riferimento alle misure di prevenzione intraprese nell'anno 2014, è stata pubblicata la "Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione" sulla base delle indicazioni fornite dall'A.N.A.C. con comunicazione del 12/12/2014 che ha definito al 31/12/2014 il termine per la pubblicazione della relazione annuale 2014.

Le misure di prevenzione realizzate nell'anno 2014, in relazione ai principi di dinamicità, modularità e progressività che contraddistinguono sia il P.N.A. che i Piani a livello "decentrato", sono stati rispondenti alle prescrizioni legislative. Le azioni, le verifiche ed i percorsi definiti nel P.T.P.C. 2014/2016 sono stati implementati in modo coerente alla graduale divulgazione e promozione del sistema in ambito aziendale.

- Deliberazione del Direttore Generale 11 febbraio 2014, n. 31 "Ricostituzione Comitato interaziendale per il buon uso del sangue, degli emocomponenti, degli emoderivati e delle cellule staminali emopoietiche"



- **Deliberazione del Direttore Generale 11 febbraio 2014, n. 32 "Recepimento della Convenzione attuativa ai sensi dell'art. 7.2 della Deliberazione della Giunta Regionale n. 927/2011 e dell'art. 8 dell'Accordo quadro per la disciplina delle relazioni tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord per la costituzione della Commissione del Farmaco dell'Area Vasta Emilia Nord"**
Si è ritenuto opportuno e importante riconfermare la scelta di istituire una Unica Commissione di Area Vasta, che si conferma quale struttura organizzativa funzionale al sistema di selezione e valutazione farmaci.

- **Deliberazione del Direttore Generale 3 luglio 2014, n. 186 "Integrazione al testo della "Convenzione attuativa ai sensi dell'art. 7.2 della Deliberazione della Giunta Regionale n. 927/2011 e dell'art. 8 dell'Accordo quadro per la disciplina delle relazioni tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord per la costituzione della Commissione del Farmaco dell'Area Vasta Emilia Nord" recepita con atto deliberativo n. 32 del 11/02/2014"**
La CF AVEN ha il compito di lavorare in modo coordinato e integrato con la CRF e con i gruppi di lavoro multidisciplinari regionali per specifiche tematiche al fine di rendere coerente ed efficiente il sistema di valutazione e selezione dei farmaci a livello regionale. La CF AVEN rappresenta il riferimento tecnico-scientifico per il processo di acquisizione dei farmaci nell'ambito di AVEN e prevede una forte interazione con la commissione regionale del farmaco.

- **Deliberazione del Direttore Generale 11 febbraio 2014, n. 33 "Recepimento del nuovo schema di convenzione con l'Istituto per i Beni Artistici, Culturali e Naturali della Regione Emilia Romagna per lo svolgimento della funzione di conservazione dei documenti informatici"**
E' stato istituito presso l'Istituto per i Beni Artistici, Culturali e Naturali della Regione Emilia-Romagna una struttura dirigenziale a livello di Servizio denominata "Polo archivistico regionale".
La Regione, anche in collaborazione con le altre pubbliche amministrazioni interessate, favorisce altresì lo sviluppo integrato della conservazione digitale dei documenti informatici e, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, svolge le funzioni di archiviazione e conservazione digitale dei documenti informatici secondo quanto disposto dall'articolo 2, comma 1, lettera f bis) della legge regionale 10 aprile 1995, n. 29 (Riordinamento dell'Istituto dei beni artistici, culturali e naturali della Regione Emilia-Romagna). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è impegnata nella progressiva dematerializzazione e digitalizzazione dei documenti; l'archiviazione digitale dei documenti cartacei rappresenta una straordinaria scommessa per il prossimo futuro; la totale scomparsa della carta fino a qualche anno fa poteva sembrare un'utopia, ma con l'emanazione del Codice dell'amministrazione digitale il Governo ha ultimato la dettatura delle regole per aziende, privati, professionisti e Pubblica Amministrazione, al fine di trasformare in formato digitale tutta la documentazione da essi prodotta.

- **Deliberazione del Direttore Generale 12 marzo 2014, n. 68 "Aggiornamento del regolamento per la catalogazione, assegnazione e tenuta dei beni mobili"**
E' emersa la necessità di provvedere ad un aggiornamento del predetto regolamento, finalizzato ad esplicitare un maggiore dettaglio dei compiti, delle responsabilità e delle procedure di gestione. La revisione è stata inoltre adottata per rendere il regolamento maggiormente aderente alle prescrizioni normative e alle procedure interne favorendo altresì una maggior semplificazione operativa.

- **Deliberazione del Direttore Generale 21 marzo 2014, n. 77 "Approvazione della convenzione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda U.S.L. di Parma per la realizzazione del nuovo Centro Distribuzione Farmaci, nell'ambito del progetto "Polo Farmaceutico Unico di distribuzione diretta e centralizzazione terapie onco-ematologiche infusionali"**

- **Deliberazione del Direttore Generale 4 aprile 2014, n. 88 "Ulteriori modifiche all'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma, adottato con deliberazione aziendale n. 221 del 22 novembre 2006 e modificato con deliberazione n. 129 del 31 maggio 2010"**
Tale atto vede la revisione organizzativa dipartimentale in un contesto generale di riorganizzazione aziendale fatta di scelte strategiche finalizzate allo sviluppo dei percorsi clinico/organizzativi efficaci e proficui per i pazienti. La nuova riorganizzazione dipartimentale favorisce le condizioni per l'innovazione e l'integrazione interdisciplinare e interprofessionale, abbattendo di fatto i confini tra le varie strutture in una logica di condivisione, di comuni risorse, per svolgere attività di ricerca,

sperimentazione, aggiornamento e formazione (cfr. il paragrafo *La riorganizzazione dipartimentale* nel capitolo 3 del volume).



- Deliberazione del Direttore Generale 9 aprile 2014, n. 92 "Adozione del Piano Aziendale per le Attività di Ricerca anni 2013-2015"
- Deliberazione del Direttore Generale 10 aprile 2014, n. 93 "Adozione del Piano Formativo Aziendale anno 2014"
- Deliberazione del Direttore Generale 10 aprile 2014, n. 94 "Nomina dei Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata e presa d'atto della costituzione del Collegio di Direzione"
- Deliberazione del Direttore Generale 14 aprile 2014, n. 98 "Riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata- Modifica degli elenchi allegati 1 e 2 all'Accordo Attuativo Locale siglato tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Università degli Studi di Parma in data 18.12.2006 - Contestuale aggiornamento degli elenchi allegati 3-4-5-6".
- Deliberazione del Direttore Generale 5 agosto 2014, n. 227 "Modifica dell'elenco allegato 2 all'Accordo Attuativo Locale siglato tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Università degli Studi di Parma in data 18.12.2006"
Richiama la delibera n. 98 del 14.04.2014 con la quale si è provveduto all'aggiornamento degli elenchi allegati all'Accordo Attuativo, a seguito della riorganizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata.
- Deliberazione del Direttore Generale 9 giugno 2014, n. 143 "Presenza d'atto della nomina del Collegio Sindacale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma"
- Deliberazione del Direttore Generale 20 giugno 2014, n. 161 "Progetto per la realizzazione della Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Ovest: Piacenza - Parma - Reggio Emilia. Recepimento del Verbale di Accordo sottoscritto in data 12 giugno 2014 tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e la Rappresentanza Sindacale del Personale del Comparto in attuazione delle linee guida di cui al Verbale di Incontro Interaziendale Area Comparto sottoscritto in data 30 maggio 2014"
- Deliberazione del Direttore Generale 11 dicembre 2014, n. 335 "Modifica della denominazione della Struttura Complessa "Centrale Operativa 118 Parma" in "Centrale Operativa 118 - Elisoccorso Area Omogenea Emilia Ovest"
Il Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle centrali operative di soccorso sanitario è finalizzato all'individuazione delle modalità operative necessarie per garantire la realizzazione di un'unica Centrale Operativa 118 di Area Omogenea Emilia Ovest Piacenza-Parma-Reggio Emilia (CO118AO Emilia Ovest) con sede a Parma, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Gli atti deliberativi qui richiamati convalidano le strategie di integrazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (cfr. il capitolo 7 del volume).
- Deliberazione del Direttore Generale 27 giugno 2014, n. 182 "Approvazione del Protocollo d'intesa, con la Prefettura di Parma, la Presidenza del Tribunale di Parma, la Procura della Repubblica di Parma, la Conferenza territoriale Sociale Sanitaria della Provincia di Parma, i Comuni Capi Distretto, il Comune di Parma, la Questura di Parma, il Comando Provinciale dei Carabinieri, il Comando Provinciale della Guardia di Finanza, la Polizia Municipale del Comune di Parma, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Ufficio Scolastico Territoriale di Parma, l'Ordine degli Avvocati di Parma, le Consigliere di Parità di Parma, il Centro Antiviolenza di Parma, per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne"



- Deliberazione del Direttore Generale 14 luglio 2014, n. 197 "Approvazione dell'organigramma aziendale, secondo il D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008 "Testo Unico" Integrato dal D.Lgs. n. 106/09 - Individuazione delle Figure Aziendali e relativi obblighi in materia di salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro"
- Deliberazione del Direttore Generale 30 luglio 2014, n. 219 "Presentazione Progetto di servizio civile nazionale per l'impiego di volontari "Sono qui per te: curare la relazione per prendersi cura della persona"
E' il Progetto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che prevede il coinvolgimento di giovani volontari. Si tratta del terzo Progetto realizzato dall'Azienda e tuttora in corso che nasce dal bisogno di "curare" la solitudine del paziente ospedalizzato. I progetti di servizio civile di Parma e provincia sono presenti nella pagina dedicata sul sito aziendale: <http://www.ao.pr.it/chiamo/trasparenza-amministrativa/servizio-civile-nazionale/>
- Deliberazione del Direttore Generale 17 ottobre 2014, n. 271 "Approvazione Accordo tra Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma e Azienda USL di Piacenza, per il reciproco utilizzo delle server farm aziendali, finalizzato alla realizzazione di un progetto interaziendale di Disaster Recovery in mutuo soccorso"
- Deliberazione del Direttore Generale 19 novembre 2014, n. 303 "Accordo di intesa per la realizzazione del Centro Comune di Ricerca - Approvazione Accordo con la Fondazione Cariparma per la realizzazione del nuovo Centro Comune di Ricerca"
Tale struttura intende rappresentare un polo di forte attrazione per l'investimento in tema di ricerca sanitaria. Tale struttura consentirà l'integrazione di competenze e risorse ospedaliere ed universitarie per lo svolgimento di studi innovativi di ricerca per il miglioramento dell'impatto sulla pratica clinica corrente
- Deliberazione del Direttore Generale 25 novembre 2014, n. 310 "Recepimento della: "Convenzione per la realizzazione della fase sperimentale del Progetto di sviluppo di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere (Progetto It.Drg)"
- Deliberazione del Direttore Generale 28 novembre 2014, n. 321 "Integrazione tra Azienda UsI e Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma. Approvazione del progetto di costituzione del Servizio Unico Provinciale in ambito sanitario per la gestione dei contratti dei servizi esternalizzati e del Progetto di realizzazione del magazzino provinciale unico per beni economici"
- Deliberazione del Direttore Generale 31 dicembre 2014, n. 353 "Costituzione del dipartimento Information and Communication Technology (ICT) interaziendale tra le Aziende USL di Parma, di Piacenza e l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. Approvazione Convenzione"
Integrazione, programmazione partecipata, riorganizzazione sono le leve utilizzate per promuovere e concretizzare le azioni e le logiche di perseguimento della riduzione costi e dell'efficienza, sia per una gestione coerente, per una omogeneizzazione di metodi e percorsi, contiguità e continuità nei servizi e nelle prestazioni. Collaborazioni professionali più intense, processi amministrativi e tecnici comuni, ovvero unificati, od almeno approcciati in modo analogo, non possono che offrire un significativo valore aggiunto al sistema sanitario provinciale, unitariamente inteso. Questi indirizzi sono le indicazioni attuative per gli anni 2013/2014 del Piano Sociale e Sanitario Regionale che invita espressamente le Aziende ad avviare un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico.



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.

Quale struttura di raccordo fra i quattro Dipartimenti, è stata istituita con D.R. 466 del 26 giugno 2013 la Facoltà di Medicina e Chirurgia, di cui è stato eletto Presidente il Prof. Gian Paolo Ceda.

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 16 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 3 di laurea magistrale (Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, Psicobiologia e Neuroscienze cognitive) 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 interdipartimentale (Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche), 1 di laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie (Scienze delle Attività Motorie, Sport e Salute).

Il numero complessivo degli studenti iscritti nei Corsi di Laurea nell'anno 2014/2015 è pari a 3965 unità, di cui circa il 29% residenti nella provincia di Parma, il 22% residenti infraregione, il 48% residenti fuori regione, e il 2% stranieri. Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, sono in essere 40 corsi, di cui 18 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi. A seguito del riassetto delle Scuole di Specializzazione generato dal 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. I medici in formazione iscritti nell'anno 2013/2014 sono 557, come declinato nel successivo capitolo 2.4. A partire dall'A.A. 2013/2014, l'assegnazione dei contratti di formazione alle Scuole di Specializzazione è stata determinata a seguito dell'emanazione di apposito D.M.

Per quanto riguarda i Corsi di dottorato, si è avuta la creazione di un'unica scuola di dottorato in Medicina e Chirurgia, che ha lo scopo di promuovere, organizzare e coordinare i corsi di Dottorato di Ricerca dell'Ateneo, terzo livello dell'offerta formativa universitaria. Sono ad oggi attivi 3 cicli di dottorato (dal 28° al 30°) con un numero complessivo di dottorandi pari a 128.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2014/2015 ne sono attivi 16 con un numero complessivo di partecipanti pari circa a 141 (1° livello) e 92 (2° livello). Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento. Nell'anno 2014/2015 ne sono attivati 4 con un discreto numero di partecipanti.

Nel complesso il numero di persone iscritte a corsi di laurea e post-laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si mantiene stabile e si aggira intorno a circa 5.000 studenti.

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 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 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:

- il mantenimento degli attuali Corsi di Laurea;
- il mantenimento degli attuali Corsi delle Scuole di Specializzazione;
- il mantenimento degli attuali corsi di Master e l'attivazione di nuovi Master nell'ambito delle professioni sanitarie;
- il mantenimento degli attuali Corsi di Perfezionamento.

In termini qualitativi si prevede:

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 riordino di tutte le Scuole di specializzazione alla luce di quanto disposto dal Decreto interministeriale del 4 febbraio 2015 n. 68, 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 2014 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 31.12.2014

Facoltà	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari	Ricercatori TD L. 240/2010	Assistenti ordinari
Personale docente afferente ai DU di Area Medico-Chirurgica	44	93	70	15	1

Tabella 2 Docenti universitari inseriti in attività assistenziali in servizio presso i Dipartimenti Universitari di Area Medico-Chirurgica alla data 31.12.2014

Facoltà	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari a tempo indeterminato	Ricercatori universitari a tempo determinato	Assistenti ordinari
Personale docente inseriti in attività assistenziali nei DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	24	65	42	2	0



Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2014 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	
	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale
2014	5	0	2	1	5	1

Tabella 4 Ricercatori a Tempo Determinato di cui all'art. 24 co. 3 L. 240 del 30 dicembre 2010, nell'anno 2014 afferenti ai DU di Area Medico Chirurgica inseriti in attività assistenziale presso i DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Anno	Ricercatori a Tempo Determinato di cui all'art. 24 co. 3 L. 240 del 30 dicembre 2010	
	Cessati	Nuovi inserimenti in attività assistenziale
2014	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".

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 2013/2014 n. 211 dirigenti ospedalieri hanno svolto attività di docenza e tutorato per le Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria Medico-Chirurgica.

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:

- 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,
- convenzione con l'Università degli Studi di Cagliari, Scuola di Specializzazione in Fisica Medica, e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma - UO Fisica Sanitaria.

Sempre ai fini di didattica integrativa è attiva la convenzione con la Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Parma per quanto attiene la Scuola di specializzazione in Farmacia Ospedaliera ed è attiva



la convenzione con l'Università Sacro Cuore di Roma, per quanto attiene la Scuola di specializzazione in Fisica Medica.

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.

Dall'analisi del tasso di ospedalizzazione standardizzato emerge che la provincia di Parma, nel corso del 2014, registra valori pari a 159 per mille abitanti (tabella 5 e grafico 1) in aumento rispetto all'anno precedente, sia in relazione all'attività di degenza ordinaria che di Day Hospital chirurgico, di 8 punti. Per entrambi i regimi si osserva un valore superiore alla media regionale.

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 61% della popolazione parmigiana, tabelle 6 e 7) con un valore in incremento rispetto all'anno precedente; l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma è superiore (16,6%) rispetto 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 7), è possibile desumere che la percentuale di cittadini che si rivolge a strutture extra provincia risulta più bassa (13%) della media regionale (16,7%).

Tabella 5 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2012-2014

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	
2012	128	20	24	44	172	125	19	19	38	164
2013	113	17	21	38	151	111	17	17	34	146
2014	121	15	23	38	159	116	16	19	35	151

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 2013

La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012.

I tassi dell'anno 2014 sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2014.

Grafico 1 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione, anni 2013-2014





Tabella 6 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2012-2014

Anno	% ricoveri presso presidi AUSL di Parma		% ricoveri presso presidi AOU di Parma	% totale ricoveri entro la provincia	% ricoveri in altre province RER		% ricoveri fuori regione	% totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2012	16	15	57	87	5	0,7	7	100
2013	16	14	57	87	5,1	0,8	7,2	100
2014	16,4	16,6	61	94	5	0,8	7,2*	100

Fonte: Banca dati SDO - 13° invio.

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

NON sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2014 in contestazione.

* Il dato si riferisce al 2013

Tabella 7 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anno 2014 - 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
16,4	16,6	61	5	0,8	7,2*	48	11,7	30	8,4	2	6,4*

Fonte: Banca dati SDO

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

NON sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2014 in contestazione.

* Il dato si riferisce al 2013

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2014

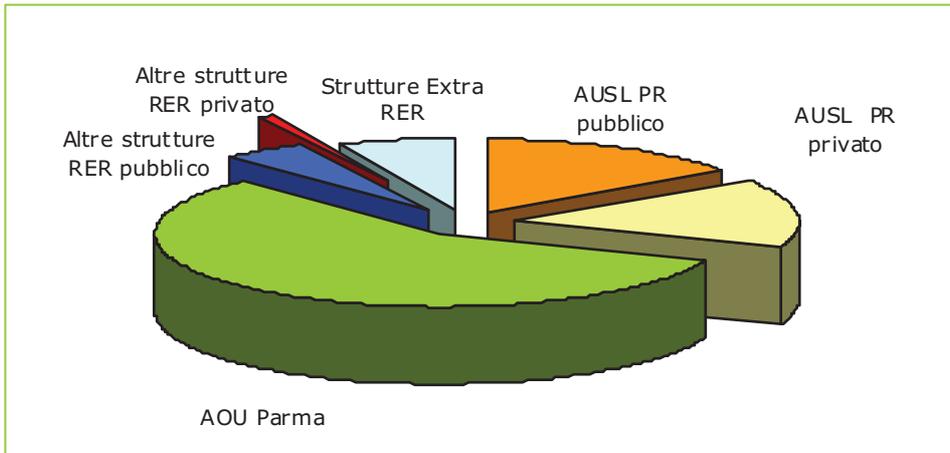
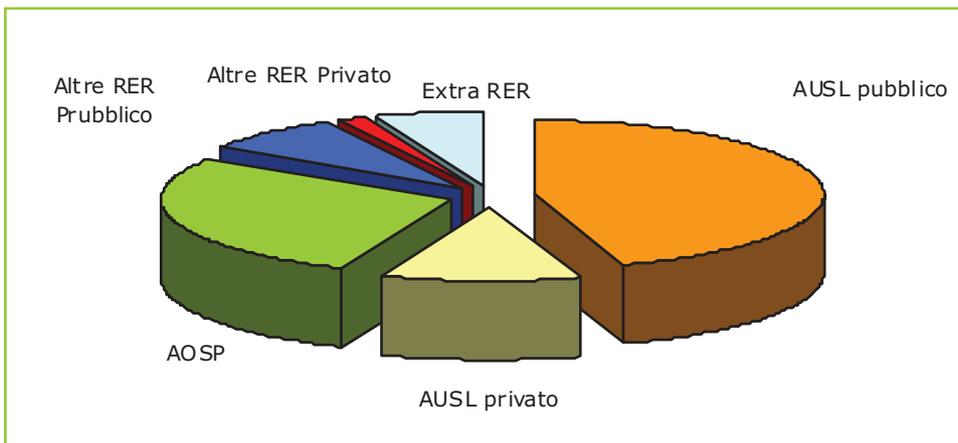


Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2014





La capacità di attrazione di un ospedale viene espressa mediante l'indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria nel corso del triennio mantiene una sostanziale stabilità.

Tabella 8 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere dalla popolazione – confronto AOU Parma e Aziende ospedaliere della RER, anni 2012-2014

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
2012	AOU PR	47,8	31,2	10,7	10,2
	AOSP RER	44,8	30,1	9,6	15,6
2013	AOU PR	48	31,6	10,4	10,1
	AOSP RER	44,5	30,3	9,8	15,4
2014	AOU PR	47,7	31,6	10,3	10,4
	AOSP RER	44,1	30,9	9,9	15,2

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 2014

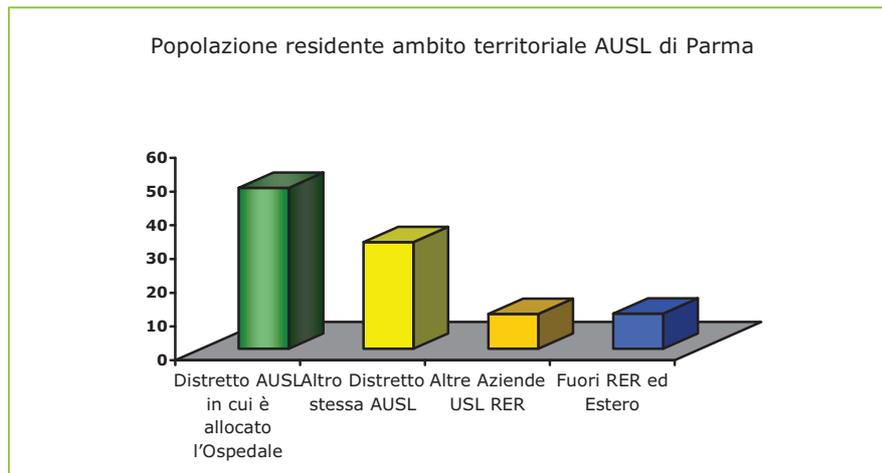
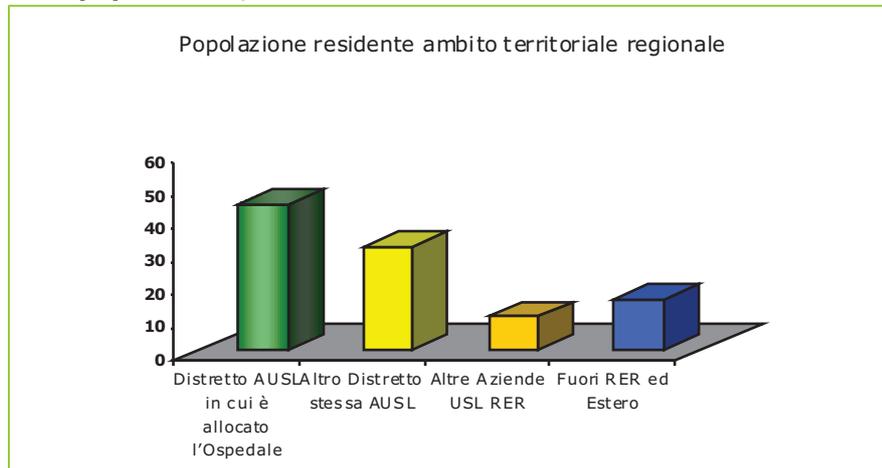


Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2014





Relativamente all'attività erogata in **regime ambulatoriale** (tabella 9 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 nel corso del 2014, in provincia di Parma, il consumo di prestazioni ambulatoriali risulta uno dei più bassi a livello regionale con un valore dell'indicatore di 12.336 prestazioni annue per 1000 residenti, decisamente inferiore a quello di riferimento regionale (pari a 13.792 prestazioni).

Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione, anni 2012-2014

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
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
2013	PR	1.359	8.431	418	496	1.344	12.049	3.617
	RER	1.398	10.044	404	441	1.288	13.574	3.531
2014	PR	1.443	8.632	405	482	1.374	12.336	3.704
	RER	1.395	10.296	386	440	1.276	13.792	3.497

Fonte: Banca dati ASA

Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2014

Sono esclusi i dati di mobilità passiva extraregionale per l'anno corrente

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2014

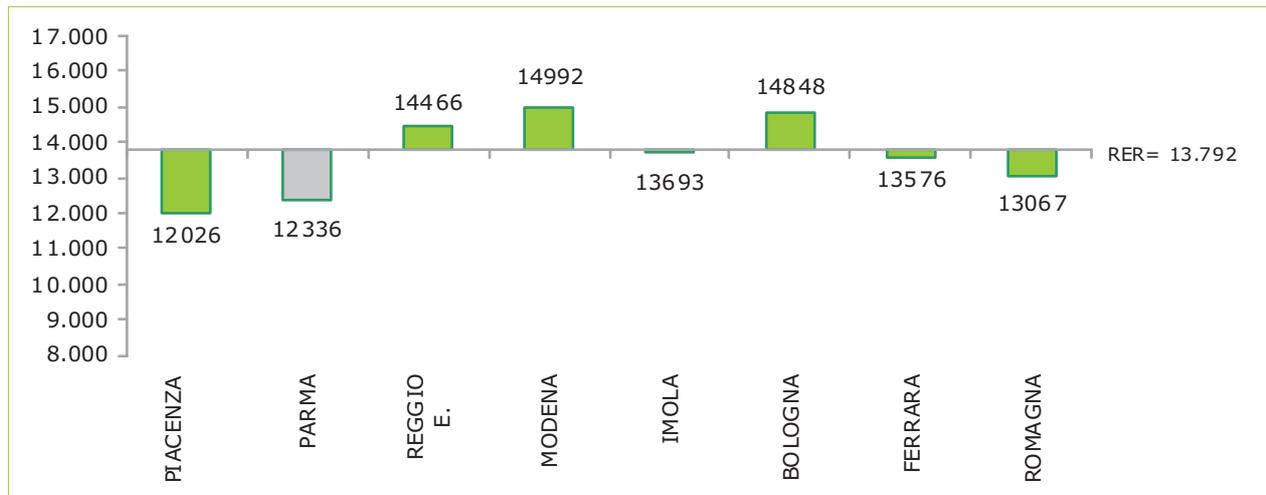
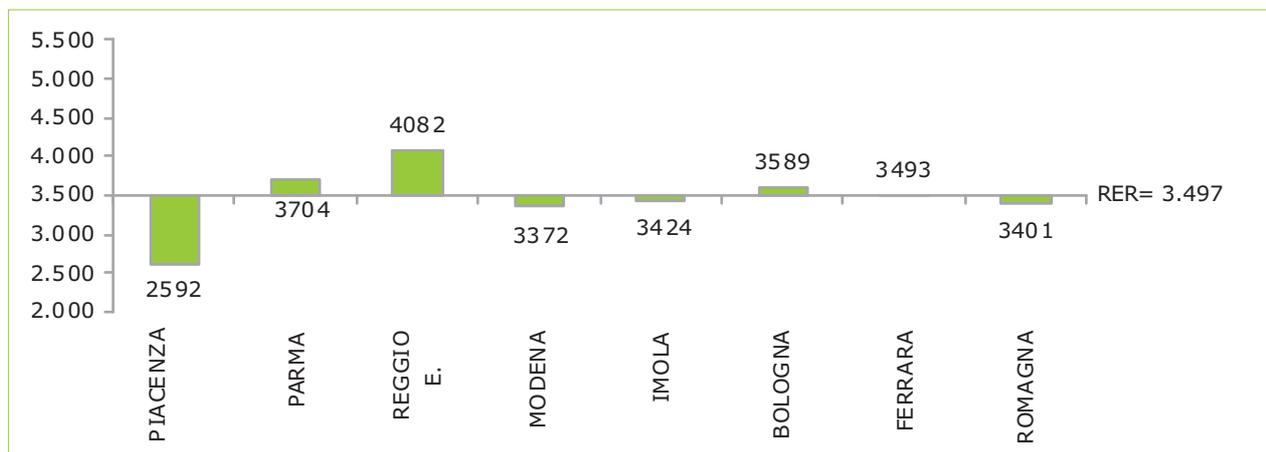


Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2014





Dall'analisi dell'indice di dipendenza della popolazione (tabella 10), si evince che i parmigiani si rivolgono in modo significativo all'Azienda Ospedaliero-Universitaria del capoluogo di provincia, che ha erogato, nel 2014, il 39,5% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti (escluso l'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda Usl). Il dato medio regionale mostra invece un andamento in cui le Aziende Usl emergono come i maggiori erogatori a favore dei cittadini residenti (67,3% delle prestazioni).

Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2012-2014

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda ospedaliera che insiste sul territorio	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2013)*
2012	PR	51,2	39,9	3,1	5,8
	RER	64,5	22,3	7,4	5,9
2013	PR	52,5	39,2	2,9	5,4
	RER	64,9	21,5	7,5	6,1
2014	PR	51,9	39,5	3,0	5,7
	RER	67,3	21,2	5,3	6,2

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

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

* Non sono disponibili i dati di mobilità passiva per l'anno corrente. Sono stati utilizzati i dati dell'anno 2013

Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2014

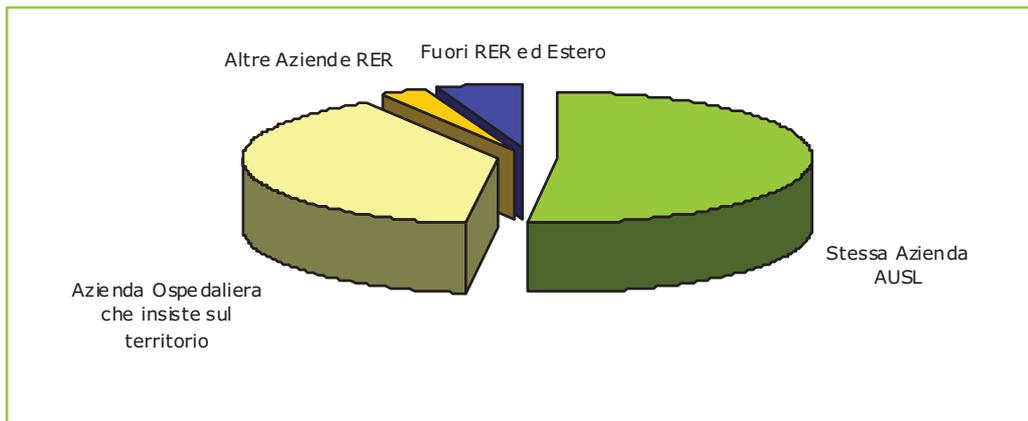
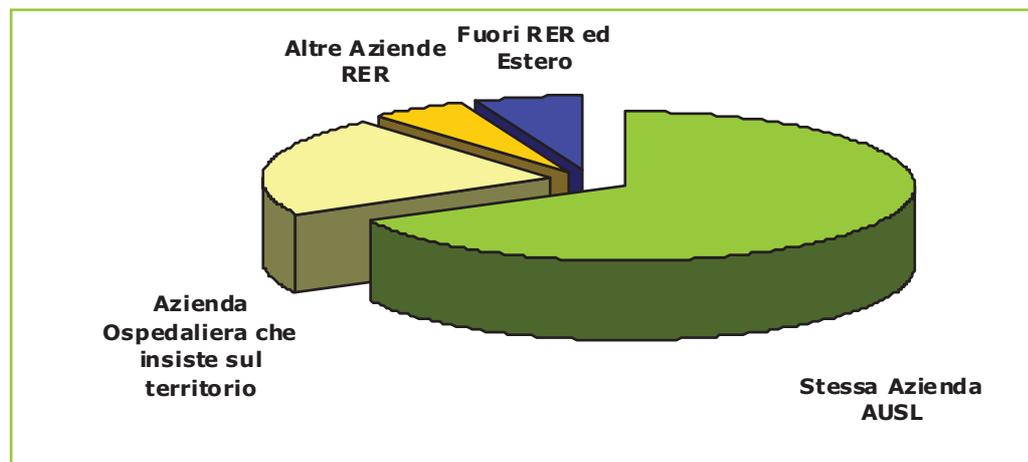


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2014





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 11 e grafico 10).

Tabella 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e delle Aziende ospedaliere della regione dalla popolazione, anni 2012-2014, 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
2012	AOU PR	50	28	10	11,6
	AOSP RER	48	33	8,6	10,4
2013	AOU PR	50,6	28,2	9,9	11,2
	AOSP RER	47,8	33,2	9,0	10,1
2014	AOU PR	50,0	28,6	9,9	11,4
	AOSP RER	47,9	32,4	9,2	10,5

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 2014

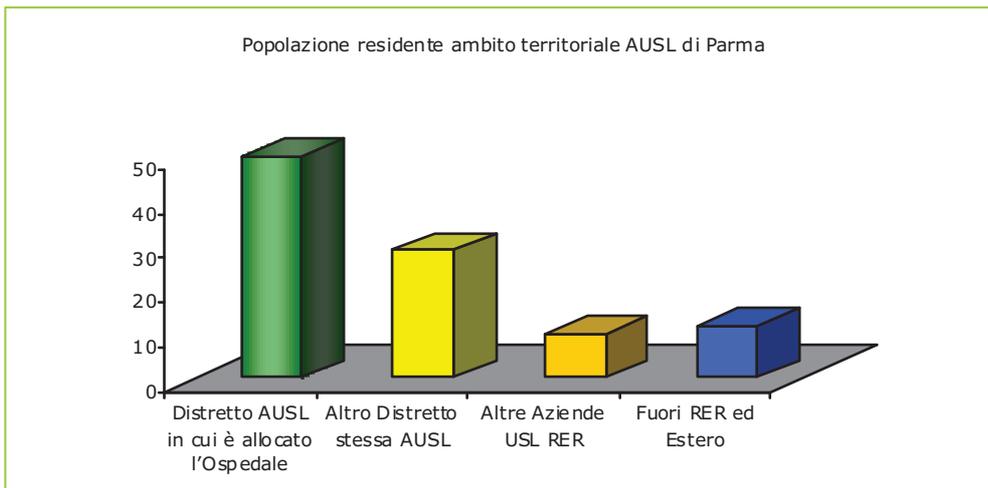
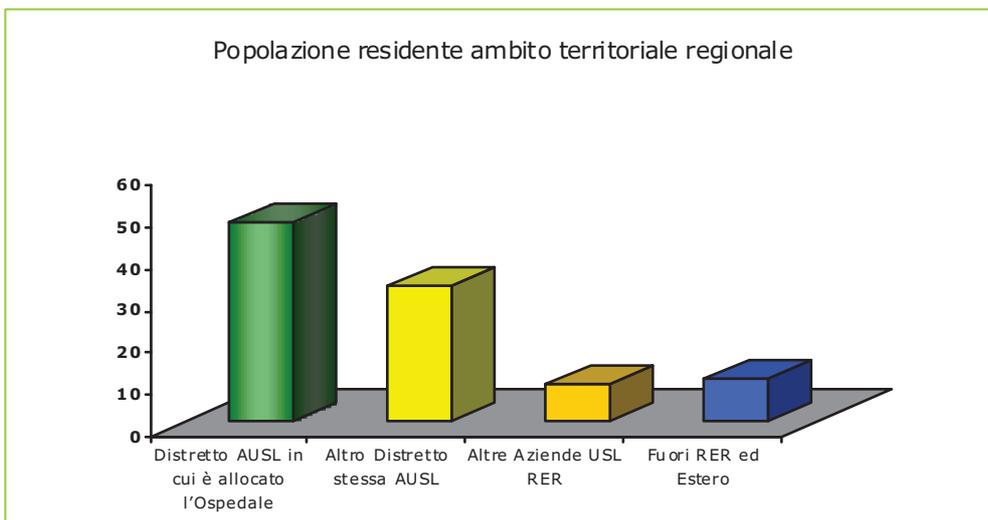


Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle aziende della RER dalla popolazione, anno 2014





1.4 Osservazioni epidemiologiche

Attività hub

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

Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua. Questo modello organizzativo, adottato dalla Regione Emilia-Romagna con il piano sanitario 1999-2001 (D.G.R. 22.7.2002 n. 1267) riconosce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.

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

Tabella 12 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 è 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 Cardiocirurgia	Cardiocirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/Interventistica)	Altre Unità Operative del Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività HUB per la funzione Cardiocirurgica 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



Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
			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	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Centrale Operativa Emilia Ovest: Parma, Piacenza, Reggio-Emilia		La rete dell'emergenza territoriale è garantita dal sistema delle Centrali Operative 118 attraverso un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, coordinato da una centrale operativa che gestisce tutte le chiamate per necessità urgenti e di emergenza sanitaria. Le centrali Operative in Emilia-Romagna sono tre a copertura di tre specifici bacini d'Utenza: Emilia Ovest, Emilia est e Romagna. La centrale Operativa Emilia Ovest, il cui bacino d'utenza è rappresentato dalle province di Parma, Piacenza e Reggio-Emilia e che fa capo dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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)			
La rete per l'assistenza a bambini e adolescenti con malattia rara		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 specifica per l'assistenza ai minori con malattia rara. Si tratta di 197 patologie che riguardano l'apparato digerente, l'apparato scheletrico, l'oculistica, la dermatologia, i difetti cromosomici, le malformazioni con o senza ritardo mentale, il sistema nervoso.
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	Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico (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	Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico (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)



Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Terapia del dolore	Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico (2° Anestesia e Rianimazione – Centro di Terapia del Dolore)		Nel 2014 (D.G.R.1783/2014) viene definito l'assetto della rete regionale della terapia del dolore attraverso l'individuazione di 2 Centri Hub e 15 Centri Spoke . I centri Hub operano a supporto degli Spoke in coerenza al principio di appropriatezza e di clinical competence. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attraverso il Centro di Terapia del Dolore della 2° Anestesia e Rianimazione, è stata individuata quale centro Hub Regionale per la cura del dolore cronico 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 caratteristiche e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale.

È una rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica economico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale.

Il capitolo è articolato su cinque ambiti.

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







Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

La sostenibilità economica

Le politiche sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in questi ultimi anni sono state vincolate dalle scelte dettate dalle disposizioni del Governo e della Regione al fine di razionalizzare la spesa pubblica, garantendo nel contempo l'invarianza dei servizi ai cittadini attraverso processi di miglioramento e di innovazione per il miglioramento della qualità, della qualificazione e della sostenibilità del sistema sanitario regionale.

Questa sezione analizza gli indicatori per l'analisi della sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale al fine di poter rilevare:

- le precise cause gestionali che hanno portato alla determinazione del pareggio di bilancio
- l'incidenza dei costi dei vari fattori produttivi sui ricavi aziendali
- il recupero di efficienza e produttività dei processi caratteristici.

I dati economici utilizzati per l'elaborazione degli indici sono stati rilevati dal conto economico riclassificato, elaborato a livello regionale per il triennio 2012-2014.

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

Per l'anno 2014 viene confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, sia per le Aziende sanitarie che per il S.S.R. nel suo complesso.

Considerare questo vincolo è quindi indispensabile per comprendere le ragioni di alcune scelte strategiche, nonché gli indispensabili compromessi costo/beneficio alla base delle modalità di erogazione di qualsiasi servizio.

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 la necessità di garantire nell'esercizio 2014 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve quindi assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2014, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Tale criterio di analisi dell'equilibrio economico-finanziario ha comportato la necessità di assicurare un pareggio di bilancio per cui anche nell'anno 2014 gli ammortamenti non sterilizzati rientrano nel vincolo di bilancio, unitamente agli oneri conseguenti all'applicazione del D.Lgs. n. 118/2011.

Il risultato di esercizio al 31 dicembre 2014 evidenzia un utile di euro 4.127 che risulta in linea rispetto al risultato atteso dalle disposizioni nazionali del D.Lgs. n. 118/2011.

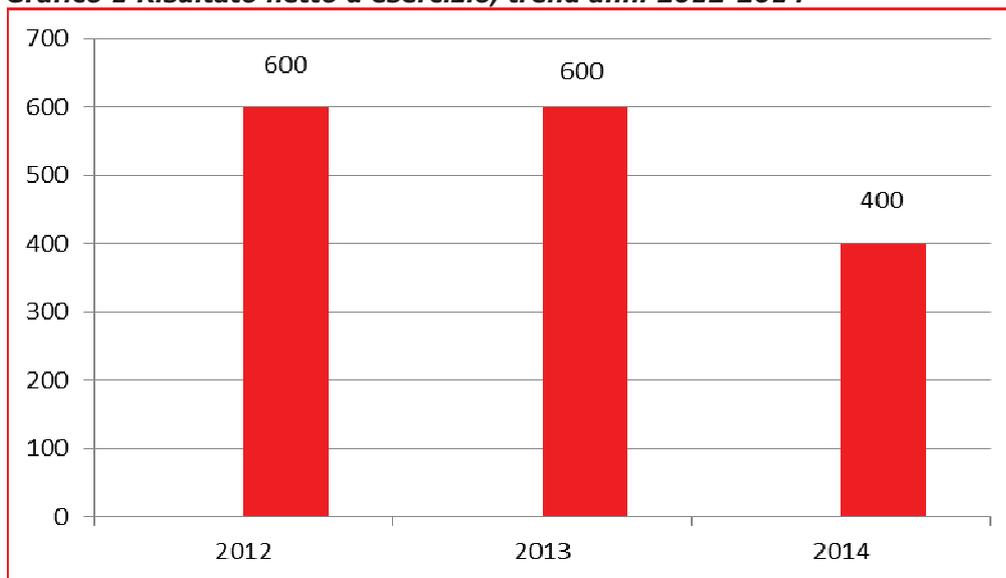
Verifica del rispetto della condizione di equilibrio

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Risultato netto d'esercizio	6	6	4

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro.



Grafico 1 Risultato netto d'esercizio, trend anni 2012-2014



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: 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 (componenti di reddito finanziarie, straordinarie e le imposte).

Da un confronto degli indicatori degli anni di riferimento, nel 2014 si evidenzia che la gestione caratteristica ha una incidenza di segno negativo sul risultato netto ma decisamente inferiore al 2013. L'aumento dei ricavi ed in particolare dei "ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria" indica un importo superiore di 3,754 mil. rispetto alle previsioni. Nell'ambito dei costi si registra un aumento sui beni sanitari e sulle manutenzioni rispetto all'esercizio pregresso. La gestione non caratteristica rappresenta, invece, il contributo a carattere episodico alla formazione del bilancio di esercizio. Risultano infatti in calo gli interessi di mora dalle ditte fornitrici di beni e servizi e gli oneri addebitati dall'Istituto Cassiere per l'anticipazione corrente.

In relazione alla voce "Contributi in conto esercizio", la motivazione tra le risultanze consuntive e i valori di preventivo, si spiega principalmente con i seguenti motivi:

- 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 4,586 milioni (DGR n. 1735/2014);
- assegnazione regionale del contributo di euro 5,994 milioni in base alla rideterminazione del riparto per l'anno 2014 (DGR n. 1735/2014);
- assegnazione regionale del contributo di euro 1,237 milioni per rettifica contributi investimenti 2015 (DGR n. 1735/2014);
- assegnazione regionale del contributo di euro 4,044 milioni per Emergenza 118 (DGR n. 1901/2014);
- assegnazioni regionali per i Programmi di Ricerca Regione-Università per euro 0,083 milioni (DGR n. 108/2014).

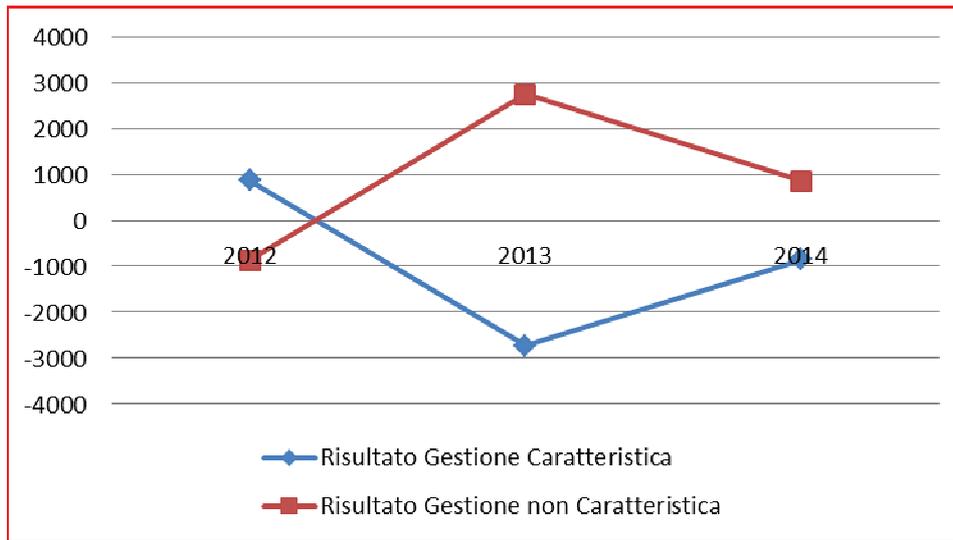


Tabella 1 Valori assoluti dei risultati della gestione caratteristica, non caratteristica e risultato medio (trend anni 2012 - 2014)

	2012	2013	2014
Risultato Gestione Caratteristica	874	-2.733	-856
Risultato Gestione non Caratteristica	-868	2.739	860
Risultato Netto	6	6	4

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro.

Grafico 2 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica, anni 2012-2014



Trend della performance della gestione caratteristica dell'Azienda a confronto con il trend regionale

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.

Nell'anno 2014 il risultato della gestione caratteristica, pur mantenendo il segno negativo, è decisamente ottimizzato rispetto al 2013. Dal grafico 3 si evidenzia il costo del lavoro come il dato di maggior impatto sui principali aggregati di fattori produttivi ma decisamente inferiore all'anno precedente. I beni strumentali hanno subito un decremento rispetto al 2013 mentre si registra un incremento nell'acquisto dei beni di consumo sanitari (+8,748 mil.) dovuto essenzialmente ai prodotti farmaceutici (farmaci ad altissimo costo).

I costi amministrativi subiscono un aumento passando dal 2,1% del 2013 al 2,3% del 2014 ma decisamente inferiore alla media regionale; il costo dei servizi subisce un aumento dello 0,8% in parte legato a contributi in conto esercizio vincolati e in parte per l'ammodernamento delle apparecchiature informatiche e sanitarie, per lavori, servizi e forniture destinate al completamento della nuova Ala SUD.

Grafico 3 Principali aggregati di fattori produttivi/Ricavi disponibili, anno 2014

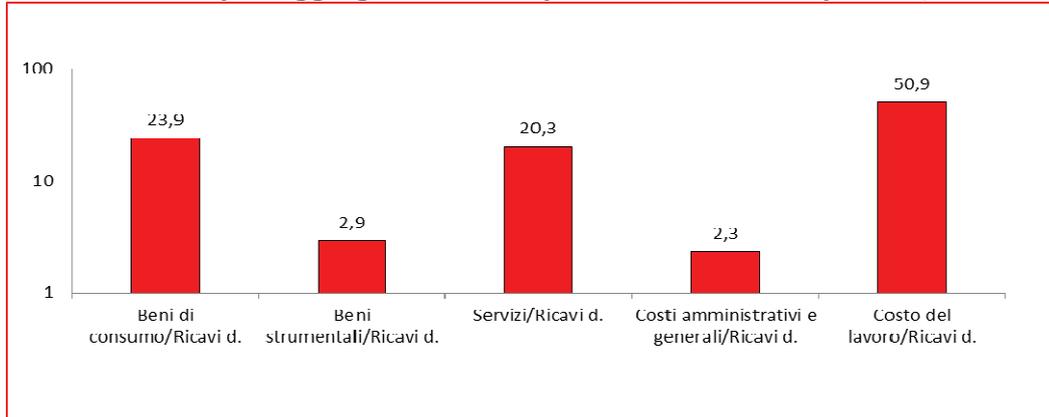
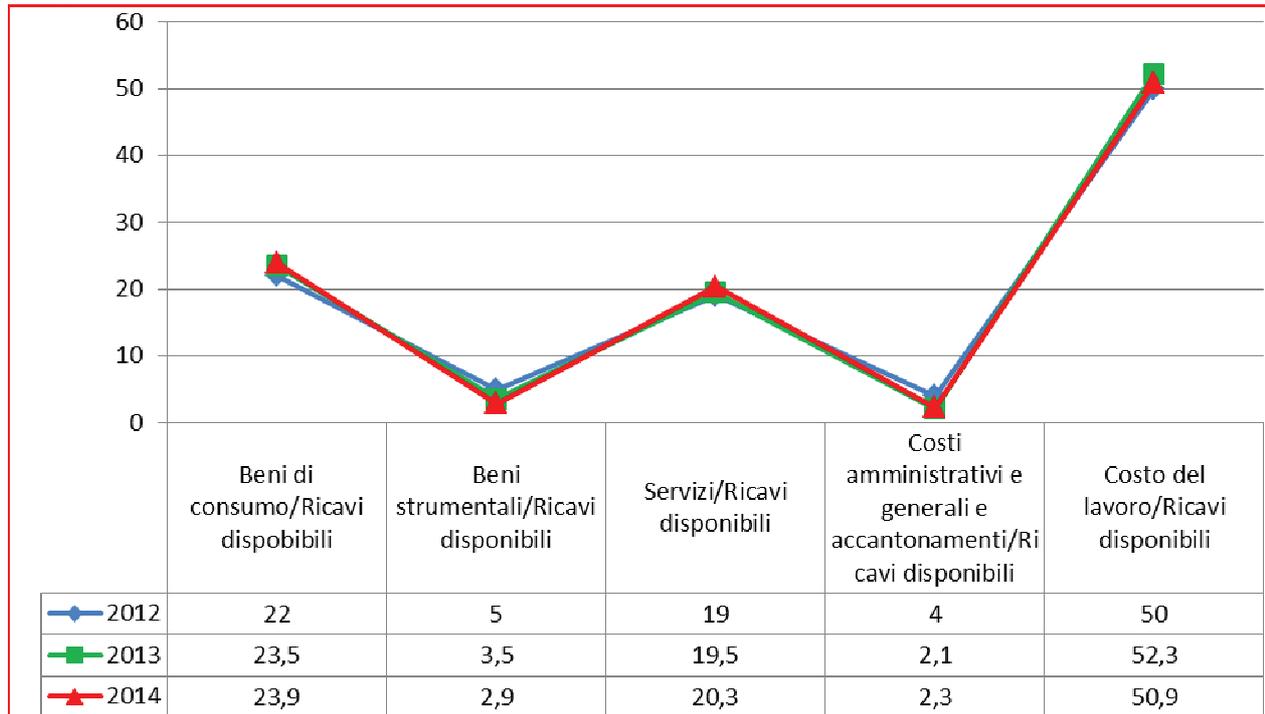




Grafico 4 Risultati della gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili, confronto anni 2012-2014



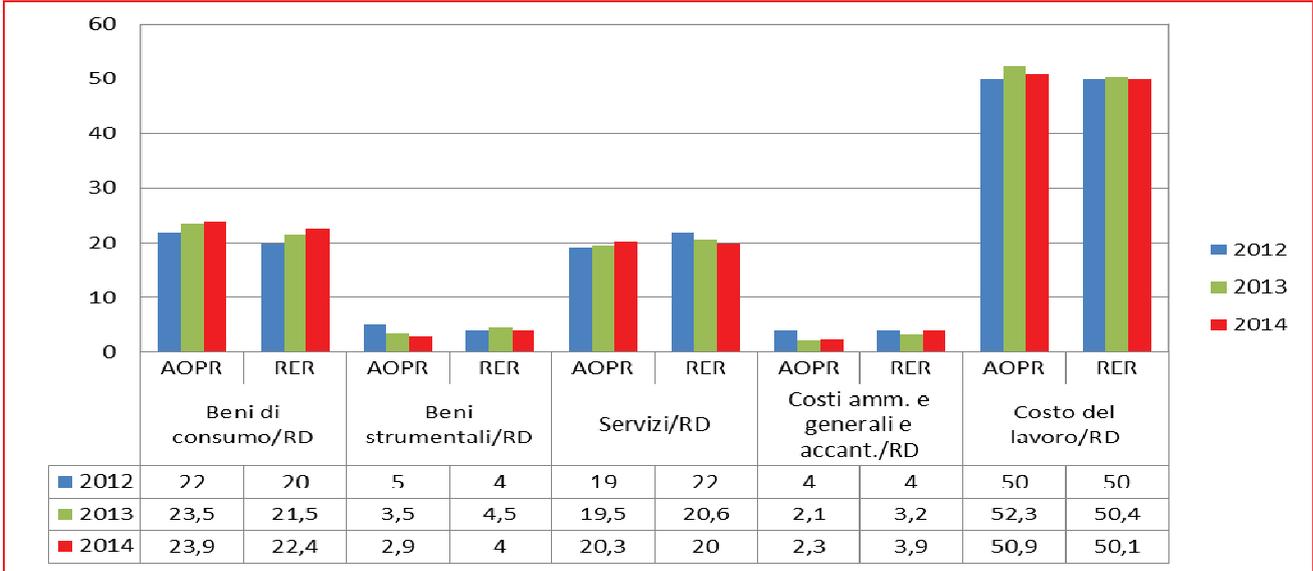
Assorbimento di risorse per aggregazione di fattori direttamente impiegati nel processo di produzione aziendale, nell'ultimo triennio e rispetto ai corrispondenti valori medi regionali

Il trend osservato è correlato in particolare ad un incremento degli accordi di fornitura con la AUSL di Parma oltre che ad un perfezionamento continuo dell'allocazione di alcuni costi comuni tra le diverse tipologie assistenziali (ad esempio costi del personale o di servizi non sanitari), altresì al processo di trasferimento di attività dal regime di ricovero diurno (day hospital, day surgery) al regime ambulatoriale. Durante l'anno 2014 si è provveduto quindi 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. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con l'Azienda USL, allo scopo di garantire una 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 relative alla qualificazione e promozione dell'appropriatezza, tema approfondito anche in sede di stesura dei Programmi attuativi aziendali e del Piano di Produzione provinciale di attività ambulatoriale, nonché la predisposizione e programmazione del piano straordinario come previsto dalla D.G.R. 1735/2014 per il contenimento dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale. L'attività erogata in regime ambulatoriale nell'anno 2014 mostra rispetto l'anno precedente, un incremento sia in termini di numero di prestazioni (+2% pari a +102.917 prestazioni) che di importi economici (+4% pari a +2.329.187 euro).

Massimo è stato l'impegno nella valutazione dei bisogni sanitari garantendo complessivamente i volumi di attività concordati nell'Accordo di fornitura per soddisfare il fabbisogno territoriale, e nel monitoraggio costante dei tempi di attesa attraverso la rimodulazione dell'offerta di prestazioni programmate, urgenze differibili e urgenze h 24, sulla scorta dello scostamento del tempo di attesa dallo standard regionale.



Grafico 5 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con regione, anni 2012-2014



Struttura dei costi aziendali

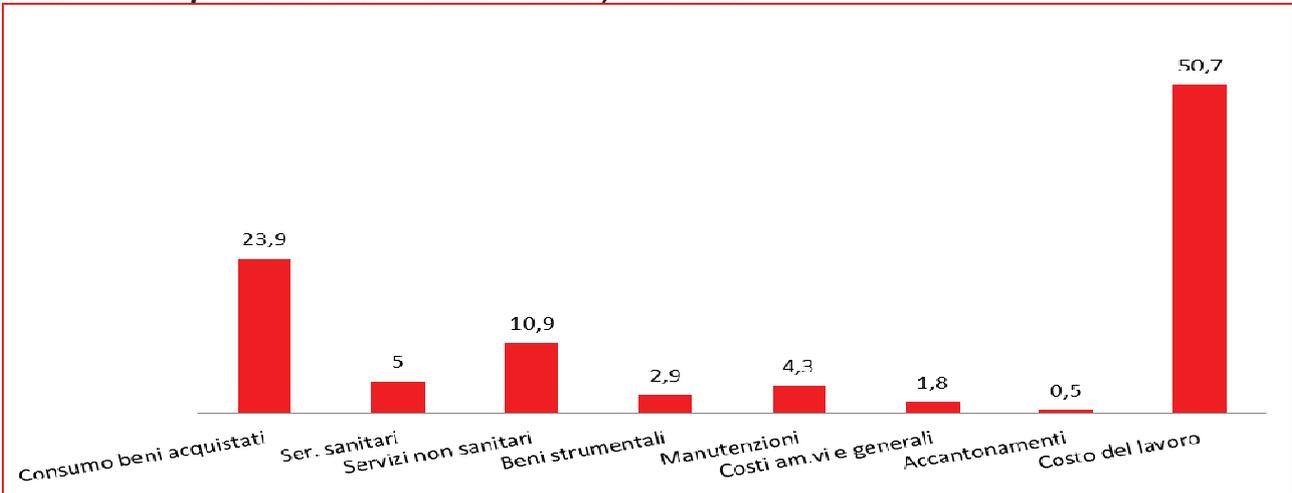
L'analisi descrive l'incidenza dei costi di produzione aziendale suddivisi per macroaree rispetto ai costi complessivi. Dal grafico 6 si evidenzia il costo del lavoro come il dato di maggior impatto sui principali aggregati di costi complessivi ma in calo rispetto al 2013. Tale risultato è correlato agli effetti positivi di alcune politiche quali il contenimento dei costi variabili, perseguito anche attraverso un uso più attento dei materiali di consumo, attraverso una maggiore attenzione al rapporto qualità prezzo e mediante un massiccio ricorso alle gare.

Per i Servizi sanitari, l'aggregato evidenzia un incremento complessivo dei costi rispetto al 2013. A tale incremento hanno contribuito i maggiori oneri rispetto alle previsioni per "Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie", dovuto principalmente all'attivazione di contratti e borse di studio finanziati con risorse finalizzate e non considerati nel Bilancio preventivo. Si registrano anche maggiori oneri per lavoro temporaneo rispetto a quanto preventivato che è risultato necessario per la fruizione delle ferie estive.

Nell'aggregato dei servizi non sanitari, decisamente inferiore all'anno precedente, tra le variazioni più significative si segnalano il decremento della voce "riscaldamento" che comprende anche le spese di condizionamento locali in conseguenza all'andamento stagionale delle temperature.

Nel corso del 2014 l'incidenza dei costi di manutenzione ordinaria che prevede i costi per la manutenzione ordinaria delle strutture edilizie, degli impianti e delle apparecchiature tecniche e sanitarie e dei software, registra un aumento del 0,6% rispetto all'anno precedente; i maggiori costi si rilevano soprattutto per la manutenzione edile, impiantistica e sulle tecnologie biomediche.

Grafico 6 Composizione dei costi di esercizio, anno 2014

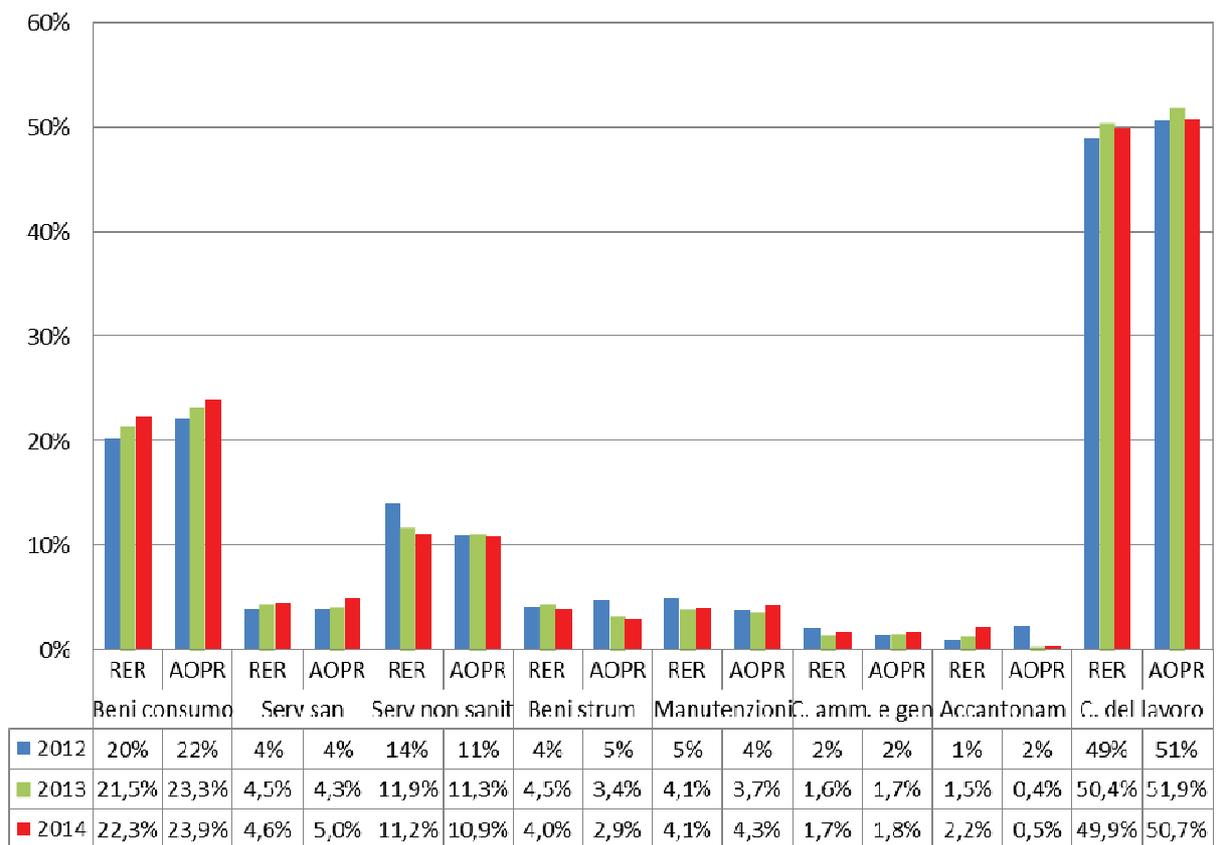




Riguardo ai costi della produzione, si registra un incremento nell'acquisto dei beni di consumo sanitari dovuto essenzialmente ai prodotti farmaceutici (farmaci ad altissimo costo).

Riassumendo le considerazioni espresse sui singoli aggregati, emerge che le risultanze nel triennio 2012/2014 dei vari fattori produttivi sul totale dei costi aziendali è sostanzialmente allineata con i dati regionali.

Grafico 7 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali sul totale costi, confronto con RER, anni 2011-2014



Gli obiettivi in materia di acquisto di beni e servizi sono stati definiti con Aven nell'ambito della pianificazione annuale degli acquisti condivisi e con la Direzione aziendale e sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- l'Azienda ha mantenuto ai massimi livelli l'adesione alle convenzioni Intercent-ER e ha attivamente partecipato alle gare di Area Vasta, in particolare seguendo come capofila ben quattordici gare.
- Sono stati effettuati a livello aziendale ingenti acquisti legati a finanziamenti regionali/statali per complessive 97 procedure tra gare europee e acquisti sottosoglia.
- È stato reso operativo il percorso di condivisione delle gare di servizi economici, definito con l'Azienda AUSL di Parma, mediante espletamento della prima gara in programmazione (servizio di call center).
- La costante attività di monitoraggio della spesa relativa ai beni sanitari, pur nel massimo rispetto della qualità, ha consentito per il 2014, anche a fronte di significative riduzioni di finanziamento legate all'applicazione delle leggi di c.d. spending review, il rispetto delle previsioni di bilancio.



La sostenibilità finanziaria

L'analisi fornisce un quadro, in forma sintetica, della situazione finanziaria che ha caratterizzato la gestione aziendale; non vi è dubbio che la sostenibilità della gestione da un punto di vista finanziario è una componente fondamentale dell'equilibrio dell'Azienda.

La sostenibilità finanziaria 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.

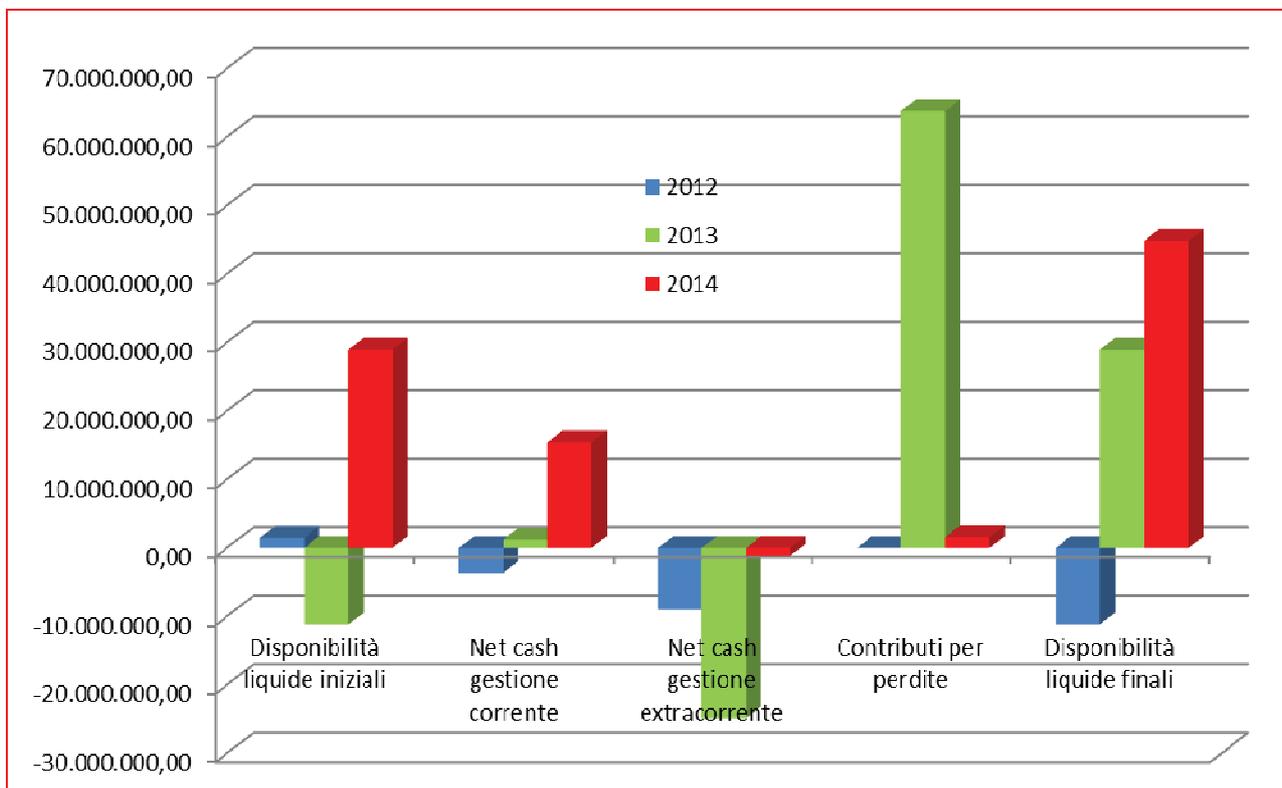
Riguardo inoltre la gestione finanziaria, le cui risultanze sono in linea con le previsioni, si segnala l'azzeramento degli oneri per interessi passivi sull'anticipazione dell'Istituto Cassiere.

Come mostra la tabella, le disponibilità liquide di fine esercizio hanno permesso il mantenimento ed il miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

Tabella 2 Rendiconto finanziario

	2012	2013	2014
Disponibilità liquide iniziali	1.484.417	-11.153.001	28.979.480
Net cash gestione corrente	-3.670.710	1.172.647	15.432.828
Net cash gestione extracorrente	-8.966.709	-24.844.176	-1.120.214
Contributi per perdite	0	63.804.010	1.542.843
Disponibilità liquide finali	-11.153.002	28.979.480	44.834.937

Grafico 8 Rendiconto finanziario di liquidità





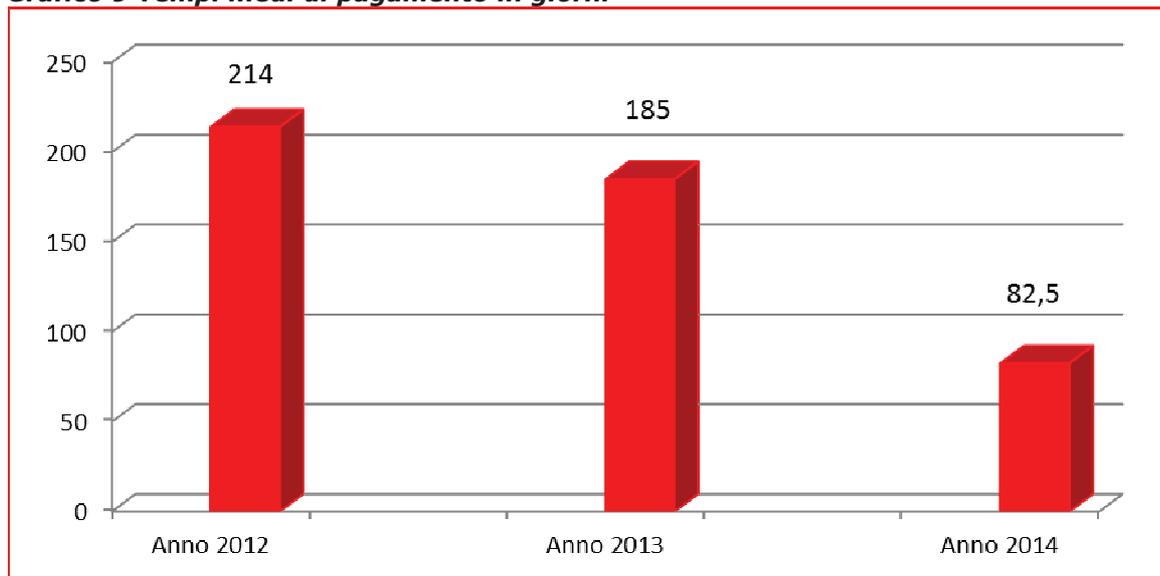
Durata media dell'esposizione verso fornitori

L'indicatore della tabella mostra la durata media dell'esposizione verso fornitori; esprime cioè il tempo che intercorre tra il sorgere del debito e il suo effettivo pagamento.

La gestione finanziaria dell'anno è contraddistinta da un significativo pagamento dei debiti v/ fornitori di beni e servizi, che ha portato ad una netta diminuzione dei tempi di pagamento.

Allo stesso tempo il risultato del rendiconto finanziario evidenzia creazione di liquidità da parte della gestione aziendale che si concretizza a fine anno con un importante incremento rispetto all'esercizio precedente delle disponibilità bancarie e di cassa, quindi, in conclusione, le disponibilità liquide di fine esercizio dovrebbero permettere il mantenimento, se non un leggero miglioramento, dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi.

Grafico 9 Tempi medi di pagamento in giorni



La sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori per l'analisi della sostenibilità patrimoniale sono volti a misurare la solidità patrimoniale dell'Azienda attraverso l'esame della struttura degli investimenti, delle dinamiche che caratterizzano gli stessi, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti nonché 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

La situazione di equilibrio strutturale è rappresentata da un patrimonio immobilizzato coperto da finanziamenti a medio/lungo termine e dal patrimonio netto.

Analizzando le voci nel dettaglio, rispetto al biennio precedente, il 2014 vede per l'attivo un andamento sostanzialmente stabile. Per il passivo si rileva una riduzione dei debiti a breve termine, dovuto alla riduzione dei debiti verso Aziende Sanitarie e verso fornitori. Stabili i debiti a medio/lungo termine; aumenta invece il patrimonio netto.

La struttura patrimoniale relativa agli ultimi tre esercizi viene proposta, di seguito, in termini percentuali ed espressa graficamente.



	2012		2013		
	ATTIVITÀ	PASSIVITÀ	ATTIVITÀ	PASSIVITÀ	
Liquidità immediate e differite	35%	47%	33%	29%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	12%	3%	11%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	63%	41%	65%	60%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

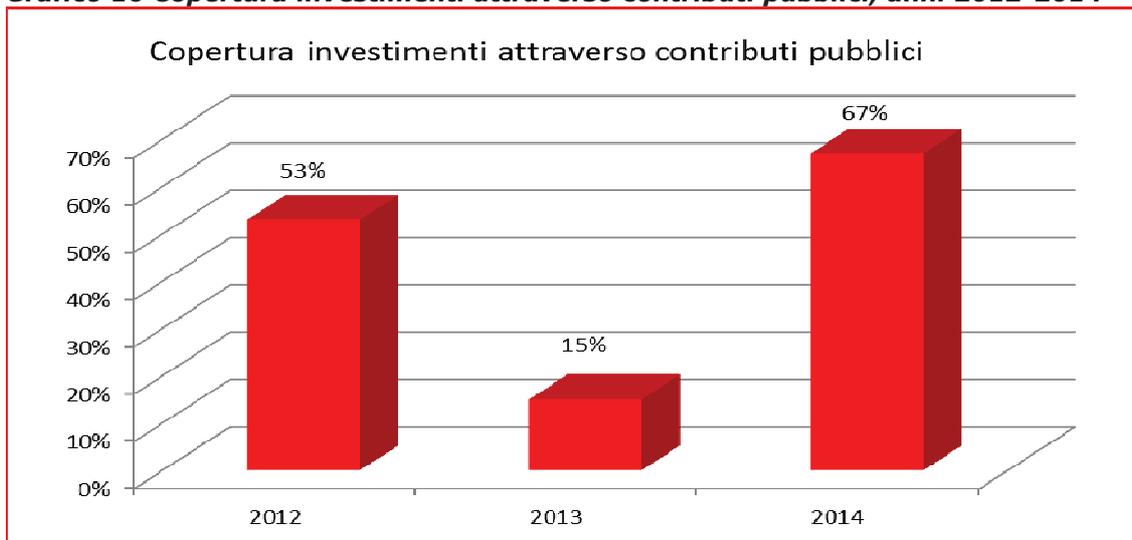
	ATTIVITÀ	PASSIVITÀ	
	2014		
Liquidità immediate e differite	31%	28%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	11%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	66%	61%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITÀ	100%	100%	TOTALE PASSIVITÀ

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 all'Azienda coprono gli investimenti realizzati nell'anno.

	2012	2013	2014
Totale investimenti	30.698.000	33.278.000	10.857.393
% Copertura investimenti attraverso contributi pubblici	53%	15%	67%

Grafico 10 Copertura investimenti attraverso contributi pubblici, anni 2012-2014



Una quota rilevante dei finanziamenti è stata assicurata da contributi statali e regionali in conto capitale (ex art. 20 Legge 67/88 e programmi regionali straordinari di investimenti in sanità). E' da rilevare una quota di donazioni e contributi da soggetti privati mentre la restante quota è stata garantita tramite risorse a carico dell'Azienda (contributi in conto esercizio e alienazioni).



Rappresentazione dei nuovi investimenti effettuati nell'esercizio: 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 a una allocazione sempre più efficace ed efficiente degli investimenti, ai fini del contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Tabella 3 Valore assoluto nuovi investimenti, anni 2012-2014

	2012	2013	2014
Fabbricati e terreni	6.520.597	26.735.429	2.696.656
Impianti e macchinari	392.534	127.110	411.717
Attrezzature sanitarie e scientifiche	7.521.261	2.080.453	3.675.942
Mobili e arredi	1.988.505	281.817	656.554
Altre immobilizzazioni materiali	371.688	247.386	1.588.130
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	13.194.563	3.433.361	1.411.969
Altre immobilizzazioni immateriali	706.914	318.588	414.693
Migliorie su beni di terzi	2.000	53.671	1.731
Totale	30.698.061	33.278.000	10.857.394

Nel corso dell'anno 2014 si è proceduto a lavori o all'acquisizione di attrezzature varie (apparecchiature sanitarie, arredi, strumentazioni informatiche, etc.), poste fuori uso per impossibilità di riparazione o per inaffidabilità, esclusivamente per garantire la continuità assistenziale e la sicurezza.

In questo esercizio, le unità di intervento hanno coinvolto il Poliblocco IV Lotto (Ala Sud); sono state aggiudicate tutte le gare e, nel primo semestre 2015, sono state trasferite le attività sanitarie di area medica e specialistica, che erano ubicate presso i Padiglioni Nefrologia e Rasori. Il Programma Odontoiatria giunto alla sua terza fase, ha visto la consegna dei nuovi locali da parte dell'Università degli Studi di Parma e nell'anno 2014 si è proceduto all'installazione delle nuove attrezzature. La nuova Centrale di cogenerazione ha visto l'avvio dei lavori nell'agosto del 2014 e si prevede la conclusione entro la fine dell'anno 2015.

Sono stati avviati inoltre "interventi per l'adeguamento prevenzione antincendi" ed è stata bandita e aggiudicata la gara per l'espletamento dei lavori presso il Padiglione Ortopedie.

E' stato intrapreso un importante ammodernamento tecnologico e delle apparecchiature informatiche; l'intervento intende garantire elevati standard di qualità, il miglioramento prestazionale, l'uso sicuro ed appropriato delle tecnologie sanitarie ed informatiche con particolare rilevanza agli aspetti di adeguamento e potenziamento dei servizi e delle infrastrutture ICT. Nello specifico, il nuovo programma permetterà l'adeguamento dei sistemi server a migliori livelli di sicurezza informatica ed efficienza e l'adeguamento a migliori livelli di affidabilità e prestazioni dell'infrastruttura di rete interna nel perseguimento degli obiettivi di continuità operativa.



Grafico 11 Valore degli investimenti in valore assoluto, anni 2012-2014

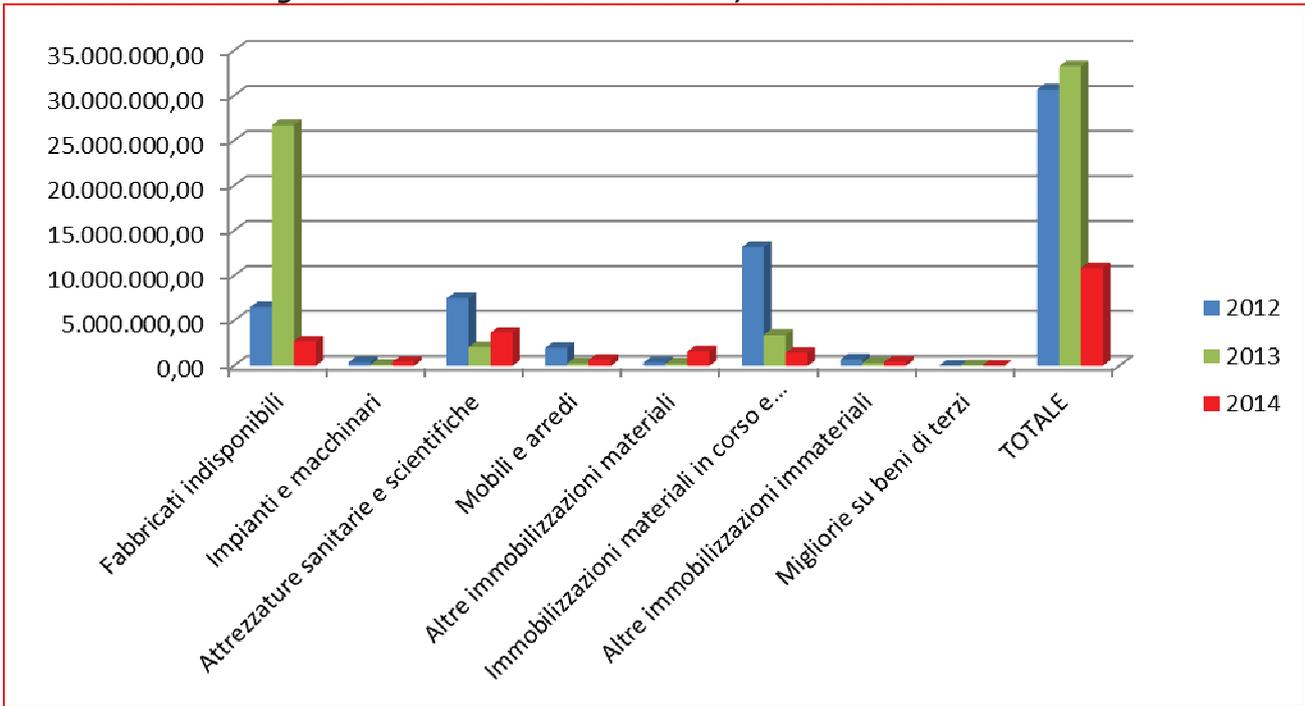
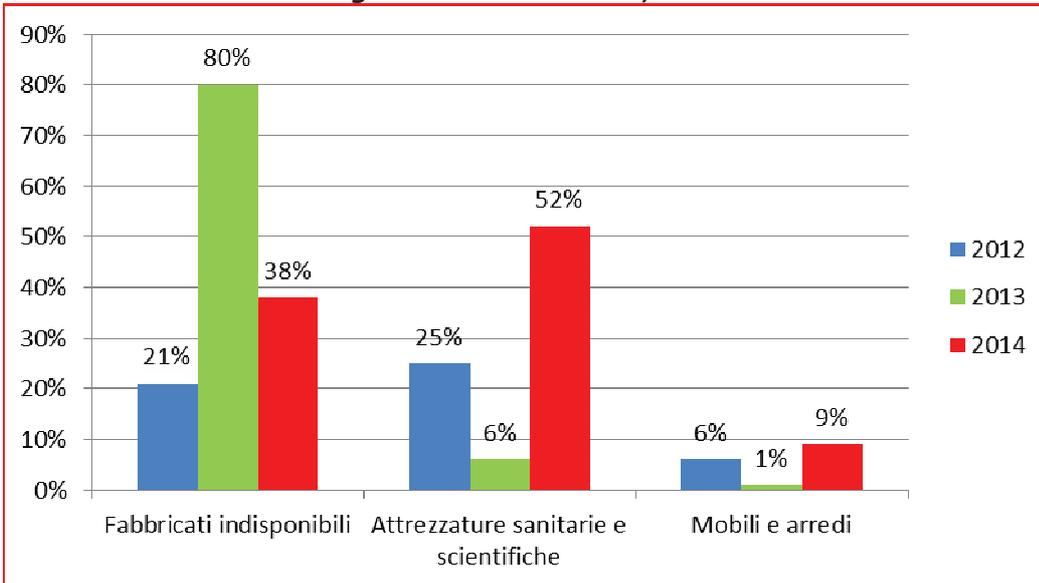


Grafico 12 Percentuale degli investimenti trend, anni 2012-2014

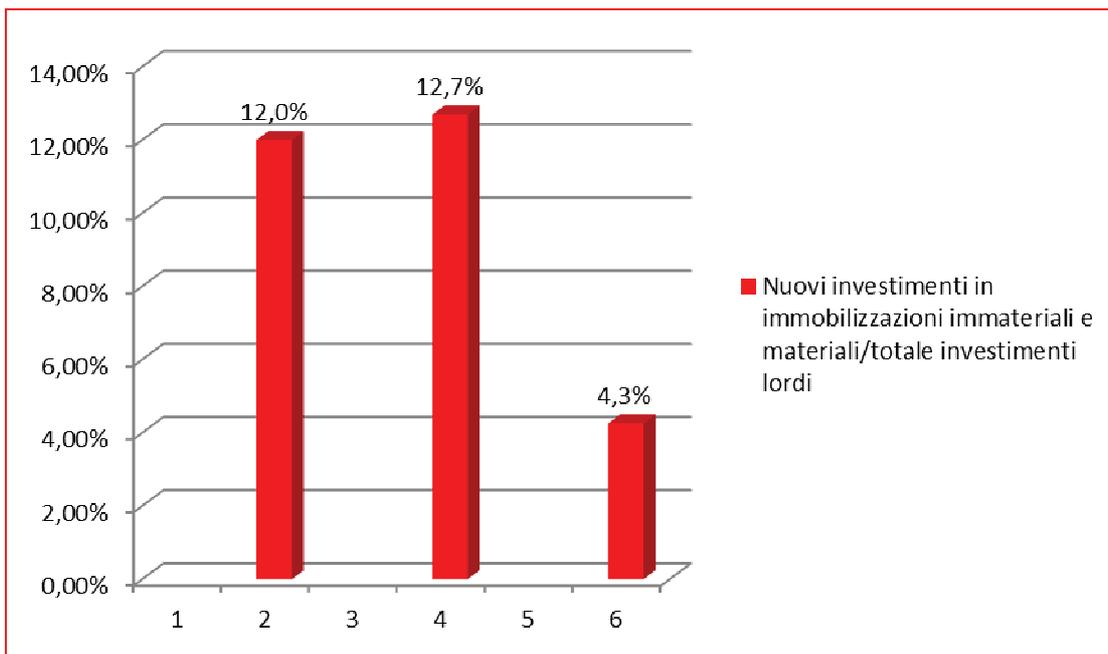


Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

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.



Grafico 13 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale, anni 2012-2014 (nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi)

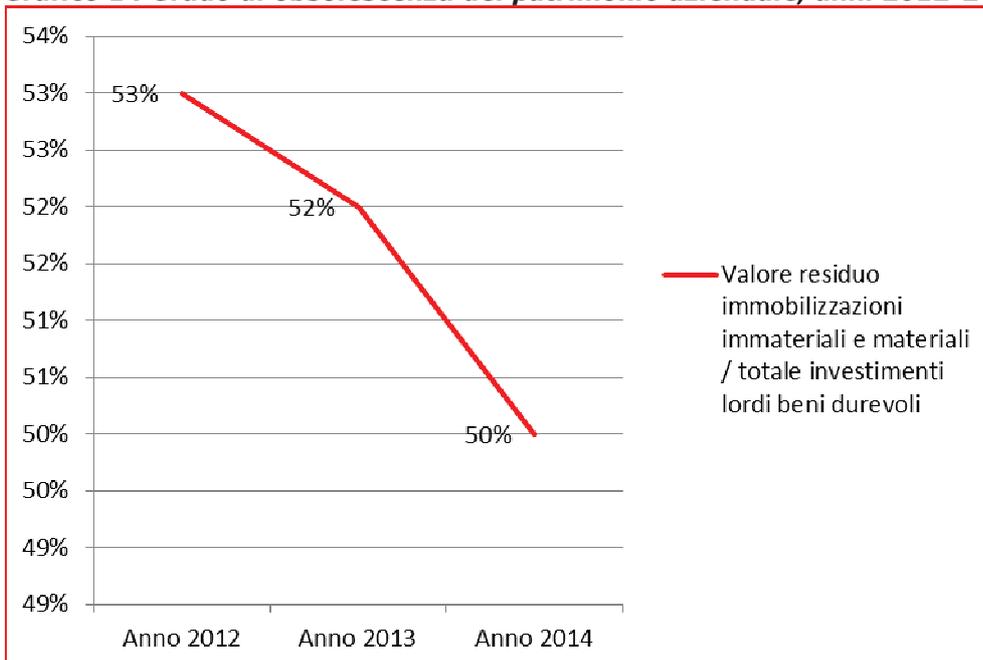


Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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

	2012	2013	2014
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	53%	52%	50%

Grafico 14 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, anni 2012-2014





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. Il grafico sopra riportato mostra, per il periodo di riferimento, un dato in progressiva contrazione. L'indicatore è infatti complementare al valore analizzato precedentemente: più alto è livello di rinnovo del patrimonio dell'Azienda, minore sarà la tendenza all'obsolescenza degli stessi beni durevoli.

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 si è mantenuta sostanzialmente stabile nel 2014, passando da 3.727 a 3.786. 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'87% risiede sul territorio provinciale (con una minima flessione -0,3% rispetto al 2013), mentre l'8% proviene da altre regioni e il 5% ha la residenza in altre province della 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 2014

	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Altro personale
Ruolo sanitario	2485	136	120
Ruolo professionale	8		1
Ruolo tecnico	929	52	4
Ruolo amministrativo	174	2	20
Totale	3596	190	145

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

Nella popolazione lavorativa dell'Azienda sono presenti 92 lavoratori stranieri; di questi, 65 provengono da paesi dell'Unione Europea (in maggioranza dalla Romania), mentre 19 lavoratori di provenienza extra-europea sono paraguaiani.

Lavoratori stranieri	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014
Intra UE	54	57	59	65
Extra UE	33	28	27	27
Totale	87	85	86	92



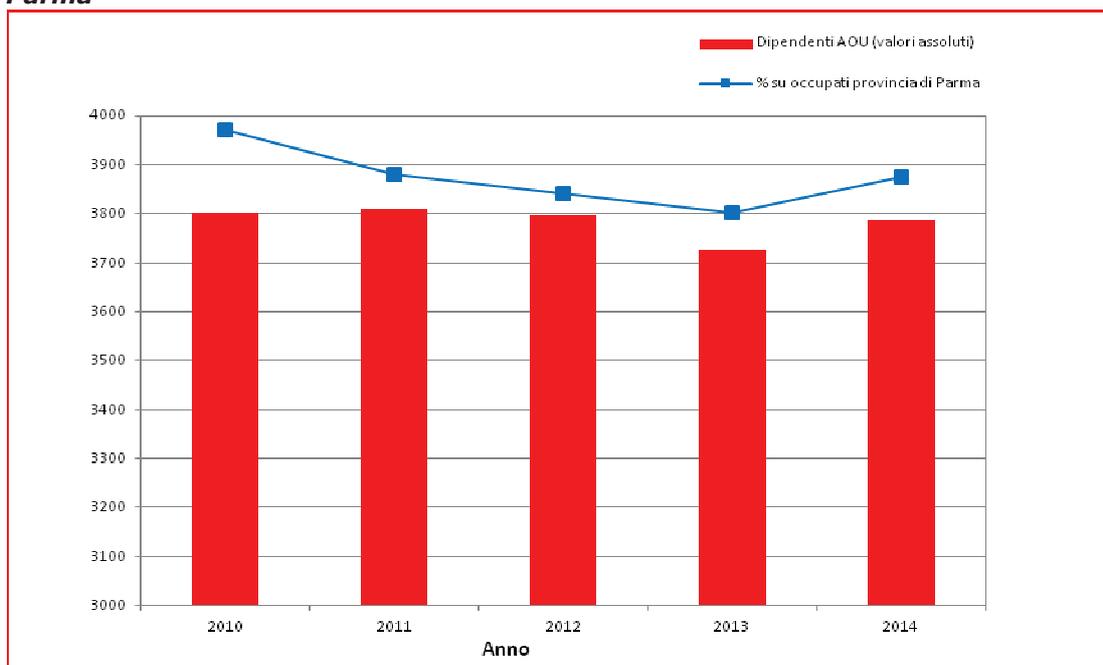
Rimane stabile a 105 il numero di lavoratori appartenenti alle categorie protette che, come mostra la tabella seguente, ha presentato negli ultimi anni un trend positivo.

31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014
68	93	98	100	105	105

Si conferma un ruolo di rilievo per l'Azienda nel mercato del lavoro locale, come illustrato 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 è ritornata a crescere nel 2014 rispetto agli anni precedenti (+0,06 sul 2013), sebbene la popolazione lavorativa aziendale sia rimasta negli anni tutto sommato stabile, con variazioni di poche decine di unità. Nel 2014, secondo i dati a disposizione [Fonte: Occupati e tasso di occupazione Serie storica 2004-2014 dal Portale per la statistica della provincia di Parma - rilevazione Istat campionaria sulle forze di lavoro], il numero degli occupati in provincia di Parma ha subito una flessione rispetto all'anno precedente.

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



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 2014 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 167.288 (valore in migliaia). A questi, devono essere aggiunti 6.990 migliaia di € per il costo sostenuto dall'Azienda per tutto il personale universitario in convenzione.

Nel 2014, gli universitari in convenzione con l'Ospedale passano da 217 a 203, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 2 Universitari in convenzione suddivisi per ruolo, anno 2014



Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	178
Ruolo tecnico	6
Ruolo amministrativo	19
Totale	203

Occorre inoltre ricordare che gli iscritti a corsi di laurea e post-laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma che frequentano l'area ospedaliera sono nel complesso circa 5.000, numero che si è mantenuto stabile nel corso degli anni.

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, dei corsi di Dottorato post-laurea e dei Master. Nel capitolo 1, il paragrafo 1.2 è invece dedicato al sistema delle relazioni con l'Università con una sintetica presentazione della programmazione didattica.

Passando a considerare i rapporti di fornitura che l'Azienda intrattiene con il territorio, si conferma nel 2014 che circa un quinto (19,5%) 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 2012-2014

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Ambito territoriale di Parma	€ 33.020,6	€ 34.145,8	€ 36.399,5
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 9.825,6	€ 10.292,7	€ 15.026,4
Totale Regione	€ 42.846,2	€ 44.438,5	€ 51.425,9

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

L'importo complessivo del 2014 relativo alle classi di beni e servizi indicate ammonta a 186.663,9 migliaia di euro, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 27,55% 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.

Nel corso dell'anno 2014, l'Azienda ha ricevuto 109 contributi tra donazioni e lasciti. Il numero maggiore di donazioni (59) proviene da singoli cittadini. Trentanove sono invece le donazioni pervenute da associazioni, 1 da scuole, 10 da imprese, fondazioni o enti. Il valore economico della generosità di tante persone si aggira intorno ai 473.000 euro, cui vanno aggiunte donazioni di attrezzature sanitarie, di autoveicoli e altri mezzi di trasporto, di attrezzature informatiche e di beni strumentali diversi per un valore complessivo di 501.923 euro, da parte di singoli cittadini, associazioni ed imprese. Inoltre l'Azienda ha ricevuto donazioni vincolate ad investimenti per un totale di circa 1.346.000 euro, di cui l'importo più rilevante, circa 863.000 euro, è relativo ad eredità destinate all'attività oncologica, mentre 398.000 euro circa provengono da Fondazione Cariparma (dei quali 300.000 euro sono destinati per la realizzazione del Centro Comune di Ricerca), 74.000 euro da privati, 10.000 euro dalla Fondazione Banca Monte Parma.

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 (ad esempio con la tradizionale distribuzione di doni ai piccoli ricoverati, grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio) e le varie attività ludiche e ricreative proposte ai giovani pazienti in diversi momenti, coronate nel giugno 2014 dalla visita del dottor Hunter



"Patch" Adams, che ha dedicato alcune ore ai piccoli pazienti in occasione della sua presenza a Parma per una convention, creando divertimento e sorpresa e coinvolgendo tutti, bambini, adolescenti, familiari e personale sanitario.

Non è, comunque, possibile misurare attraverso questi dati il reale valore, in termini di fiducia e di impegno, del coinvolgimento 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. Si tratta di una fitta e intensa rete di relazioni e iniziative. Vi sono a riguardo diversi spunti in tutto il volume, in particolare richiamiamo la collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (di cui si tratta in modo più approfondito nei capitoli 3 e 5) e il "Giardino riabilitativo dell'Ospedale" presentato nel capitolo 5 del volume. Inoltre, l'Azienda ha partecipato attivamente alle iniziative della Prefettura di Parma per la revisione del protocollo di intesa per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere (cfr. sia il capitolo 1 che il capitolo 3).

Tuttavia per dare adeguata evidenza a questa ricchezza di relazioni non sarebbero probabilmente sufficienti le pagine di questo volume.

Considerato il contesto specifico e il fine istituzionale di questa rendicontazione si evidenzia, anche per il 2014, 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 culturale e sociale.

La Scuola in Ospedale

Nell'anno scolastico 2013-2014 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 ed ai ragazzi in particolare 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 lo studente 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 2013-2014 ha seguito **310 alunni di scuola secondaria di 1° e 2° grado** degenti presso i reparti pediatrici. **I bambini della scuola primaria** sono stati in **totale di 393**.

Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso un servizio scolastico 703 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, adattando continuamente la didattica alle condizioni psico-fisiche degli alunni, utilizzando anche strumenti alternativi al libro di testo: computer, tablet, software didattici, schede.

Le lezioni frontali sono organizzate considerando anche momenti di attività integrative: ricerche su Internet, visione di filmati, eccetera; sono state proposte attività laboratoriali coinvolgenti e mantenuti contatti regolari con le scuole di appartenenza.

Le richieste di intervento scolastico sono arrivate anche da altri reparti specialistici in cui i bambini sono stati ricoverati: Nefrologia, Medicina Riabilitativa, Rianimazione. Tra gli obiettivi fondamentali della scuola in ospedale vi è il momento dell'accoglienza durante il quale le docenti raccolgono ed offrono tutte le informazioni utili per avviare una relazione positiva.

Istruzione domiciliare

Nel corso del 2013/14, è proseguita l'attività del **progetto di domiciliazione**: la Scuola in Ospedale ha dato il supporto e l'informazione necessari alle scuole di appartenenza di 5 alunni di scuola secondaria di secondo grado e di 4 alunni di scuola primaria; gli alunni sono stati seguiti in Istruzione Domiciliare direttamente dagli insegnanti delle rispettive scuole di appartenenza.

Il progetto, finanziato dall'Ufficio Scolastico Regionale E.R, garantisce il diritto allo studio degli studenti ospedalizzati (C.M. 353/98), ne attenua l'isolamento e permette loro di mantenere il contatto con i compagni e gli insegnanti della scuola di appartenenza. Per una buona riuscita del progetto è fondamentale la collaborazione con il personale sanitario che si realizza anche in specifici incontri di



équipe medico-psico-pedagogica. A tali incontri partecipano: il Direttore della struttura in cui il bambino è ricoverato, i medici, la caposala, la psicologa di reparto, personale infermieristico e ausiliario, assistente sociale, insegnanti d'Ospedale.

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. La data della serata commemorativa nel 2014 è stata il 9 dicembre all'Auditorium Paganini di Parma. Alla serata hanno partecipato anche i ragazzi della sezione musicale dell'I.C. Ferrari e altre realtà artistiche delle nostre scuole di Parma. Sponsor della manifestazione è stata l'Associazione VOB (Volontari Ospedale dei Bambini). La serata è stata organizzata dall'insegnante di Educazione Musicale Marzia Fusi.

Progetto "Concordia Magistra Vitae "

E' proseguito anche quest'anno il progetto Concordia Magistra Vitae che ha visto il coinvolgimento di docenti di Scuola Secondaria di Secondo grado. Nell'anno scolastico 2013/2014 sono stati coinvolti **12** docenti per accompagnare il percorso di studi di **18** studenti degenti presso il reparto di Oncoematologia Pediatrica e di Degenza Pediatrica. Il progetto, coordinato dalla 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 apprezzati dai docenti delle rispettive scuole di appartenenza. I docenti che fanno parte del progetto appartengono ad una rete che di anno in anno viene integrata da nuovi aderenti. Questa rete comprende sia docenti in pensione che docenti attualmente in servizio presso vari Istituti di scuola superiore di Parma, in buona parte volontari. Vengono chiamati al bisogno, a seconda di quelle che sono le esigenze scolastiche dei diversi alunni ricoverati. Il loro ruolo è proprio quello di permettere a ragazzi con medie e lunghe degenze di portare avanti lo stesso percorso scolastico dei compagni di classe della scuola di appartenenza.

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, 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

Politiche per l'uso razionale dell'energia

Si riportano di seguito, in sintesi, le azioni attuate nel corso del 2014 per il perseguimento degli obiettivi fissati in tema di politiche energetiche.

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.

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 € 7.661.514,55 a fronte di una spesa di € 7.852.515,02 sostenuta nel 2013.

La tariffa media ponderata dell'energia elettrica ha avuto un calo di circa il 10,82% nel 2014 rispetto al 2013. Sono tuttavia aumentati tutti gli oneri di dispacciamento e distribuzione. Tali oneri, incrementati del 11,91% rispetto al 2013 hanno comportato da soli un incremento di costo di quasi € 405.000,00 su base annua.



È proseguito per tutto il 2014 il monitoraggio mensile dei consumi di acqua potabile e di energia elettrica. Con riferimento al monitoraggio di energia elettrica nel 2014 si evidenzia un calo dei consumi del 3,4% rispetto all'anno precedente, riferibile prevalentemente ai mesi di luglio, agosto e settembre per una stagione estiva globalmente più mite.

Relativamente ai consumi d'acqua, nel 2014 si è registrato un considerevole decremento rispetto al 2013 pari al 16,3%. La riduzione dei consumi è attribuibile alla riparazione di perdite occulte avvenute in gennaio.

Relativamente ai consumi di metano, nel 2014 si è registrato un calo dei consumi rispetto al 2013, pari al 23,4%, portando il consumo ad un valore più basso di quanto registrato a partire dal 2006.

Il calo è tuttavia strettamente riconducibile ad una stagione invernale complessivamente molto mite, con un calo del fabbisogno termico di quasi il 20%.

A seguito dell'aggiudicazione della gara per il "Multiservizio Manutentivo e Servizio Energia per gli immobili di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma", sono stati eseguiti i seguenti interventi di efficientamento:

- realizzazione di un pozzo per il raffreddamento della centrale frigorifera con acqua di falda, senza utilizzare acqua del pubblico acquedotto, con un risparmio previsto di 60.000 mc di acqua;
- l'eliminazione dei ventilatori a servizio delle UTA del padiglione Centrale, piano terra, con un risparmio di quasi € 25.000 su base annua;
- installazione dei contatori di acqua calda su tutti i padiglioni;
- inizio dei lavori per realizzare una centrale di trigenerazione;
- installazione inverter su torri evaporative centrale frigorifera;
- sostituzione n. 2 caldaie in centrale termica con altre più performanti;
- sostituzione n. 2 UPS a servizio del padiglione Centrale con altri a maggiore efficienza.

Sono inoltre allo studio ulteriori misure per la riduzione dei consumi, quali:

- cogeneratore da 100 kW a servizio del nuovo DH oncologico in via di progettazione;
- riqualificazione centrale termica con interventi di coibentazione.

In particolare l'appalto ha per oggetto tra l'altro la progettazione definitiva/esecutiva, la realizzazione e la successiva manutenzione di un impianto di trigenerazione "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 19.000 MWh/annui, pari a quasi il 45% del fabbisogno dell'Azienda. I lavori sono iniziati ad agosto 2014.

È stata garantita la costante partecipazione al Gruppo Regionale Energia e la compilazione del sistema del monitoraggio AEM regionale il 02/05/2014.

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

In occasione della XXII Conferenza Internazionale tenutasi a Barcellona (23-25 aprile 2014) promossa dalla rete Health Promoting Hospital dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è stata presentata l'esperienza "Interventi di efficientamento energetico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma" (Energy efficiency measures into the University Hospital of Parma).

Gestione rifiuti

Il tema dei rifiuti rappresenta un importante capitolo delle politiche interne gestionali delle Aziende Sanitarie, chiamate da un lato a garantire la tutela ambientale e la sicurezza di pazienti e personale e, dall'altro, ridurre gli oneri derivanti dalle operazioni di raccolta e smaltimento delle varie matrici di rifiuto.

I dati di produzione annuali, uniti alle importanti dimensioni della nostra realtà aziendale, determinano la necessità di un presidio costante di tale articolata e complessa tematica, in piena sintonia con gli obiettivi del D.G.R. 217/2014 e nel rispetto delle specifiche linee di indirizzo regionale D.G.R. 27 luglio 2009, n. 1155.

Risultati raggiunti

Nel corso del 2014, i Referenti aziendali hanno garantito la partecipazione agli incontri periodici del



Gruppo Regionale Gestione Ambientale e Gestione Rifiuti Sanitari, al fine di garantire la continuità e l'allineamento della programmazione locale, attuata tramite il Gruppo Aziendale Gestione Ambientale, alle linee di indirizzo regionali.

Le attività di monitoraggio e verifica legate alla corretta gestione dei rifiuti sono proseguite, realizzando complessivamente 102 sopralluoghi, sia presso le unità operative/servizi, sia nei punti di raccolta centralizzati.

È stato mantenuto il flusso dei dati di produzione rifiuti (kg) e costi sostenuti, relativi all'anno 2014, per singolo CER prodotto, tramite l'utilizzo dell'applicativo CUP 2000 - Monitoraggio AEM (Ambiente Energia e Mobilità), nel rispetto delle tempistiche dettate dai Referenti Regionali.

In linea con le indicazioni della D.G.R. 217/2014 è stato raggiunto l'obiettivo di riduzione della produzione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. I dati complessivi mostrano infatti un *trend* in diminuzione rispetto agli anni precedenti (Kg/gg.degenza). Particolare attenzione è stata data al corretto conferimento di pannoloni e sacche da diuresi, matrici significative in termini di produzione soprattutto nelle degenze.

È continuata la promozione della raccolta differenziata di alcune matrici (es. carta, plastica, pile, toner, eccetera), sollecitando le UU.OO. ad una maggiore attenzione e realizzando interventi di miglioramento volti a facilitarne la gestione nei punti di produzione. Non è possibile fornire dati precisi sulle quantità di carta e plastica, ritirate nell'ambito del servizio di raccolta urbana, a cura della Ditta incaricata sul territorio comunale; è comunque utile precisare che nel corso dell'anno è stato riscontrato un costante incremento delle quantità conferite, in quanto si è ritenuto opportuno presidiare costantemente i punti centralizzati dei padiglioni, per evitare accumuli di rifiuti nelle aree cortilizie.

Ad un anno dall'installazione nella Mensa Aziendale dei sistemi di trattamento al punto d'uso di acqua di rete refrigerata in alternativa alle bottiglie di acqua minerale, i dati raccolti appaiono confortanti, soprattutto in termini di riduzione delle emissioni, conseguenti alla diminuzione di produzione di bottigliette PET (risparmio materia prima) e dei trasporti delle stesse dal luogo di produzione al luogo di consumo. Il consumo di bottigliette da 0,5 lt. è stato ridotto di 250.000 unità su base annua.

Anche quest'anno in relazione all'elevato numero di apparecchiature di laboratorio presenti, al rinnovo continuo del parco macchine, alle nuove tipologie di contratti in service, si è provveduto a classificare i reflui prodotti nelle UU.OO. coinvolte ed è stata confermata ai Referenti regionali, la disponibilità a partecipare ad un tavolo di lavoro, per la definizione delle LG regionali sul tema.

Argomento di particolare interesse è stato la gestione delle RAEE (Rifiuti Apparecchiature Elettriche ed Elettroniche) in ambito Aziendale. I dati di produzione hanno imposto l'attento monitoraggio e la predisposizione di apposita procedura di classificazione e smaltimento.

Da marzo 2014 il sistema SISTRI (Sistema Informatizzato sulla tracciabilità dei Rifiuti) è entrato nell'operatività per i Produttori con l'implementazione del cosiddetto "sistema binario" e cioè l'inizio di un periodo transitorio di adeguamento tra gli adempimenti cartacei, tuttora in vigore, ed i nuovi adempimenti informatici. La nostra Azienda si è adeguata alle nuove disposizioni provvedendo all'aggiornamento delle procedure interne, conformandole alle indicazioni contenute nei Manuali di Riferimento del Ministero dell'Ambiente. Inoltre è stato necessario modificare il sistema organizzativo-gestionale dei rifiuti, in stretta collaborazione con le ditte coinvolte nel trasporto e smaltimento, ai fini di ottemperare alle nuove disposizioni legislative.

L'implementazione del nuovo sistema a livello aziendale ha reso necessario realizzare incontri di informazione/formazione per il personale amministrativo direttamente coinvolto nell'immissione dei dati. Inoltre, con le altre strutture presenti in AVEN, sono stati realizzati specifici incontri di approfondimento per uniformare le modalità di gestione a livello territoriale e favorire l'adeguamento alla complessa normativa SISTRI.

L'Azienda ha collaborato alla raccolta dei dati utili alla realizzazione della gara IntercentER di prossima assegnazione. In tale contesto sono stati realizzati i sopralluoghi preliminari con le ditte che hanno partecipato alla Gara. L'Azienda al momento non è direttamente coinvolta e l'adesione è prevista nel corso del 2015 alla scadenza dei contratti in essere.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il gruppo gestione ambientale ha predisposto iniziative di formazione sui temi della sostenibilità ambientale (gestione rifiuti, mobilità sostenibile, risparmio energetico, eccetera). A queste iniziative, organizzate per il 2015, è prevista la partecipazione in qualità di relatori dei Referenti Regionali.

Nel prossimo autunno è prevista l'adesione alla gara Intercent-ER per lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi, con priorità a quelli a rischio chimico (scadenza cottimo fiduciario a settembre) e, a seguire, i rifiuti a rischio infettivo.



Il nuovo capitolato richiede la riorganizzazione delle modalità di consegna dei contenitori nei reparti e la relativa raccolta nelle UU.OO., servizi attualmente ricompresi nei contratti in essere, ma non previsti nel nuovo. Per tale ragione sarà necessario valutare le soluzioni organizzative utili a sopperire alle criticità evidenziate, con un'integrazione dei servizi esclusi, nei contratti di fornitura esistenti (Logistica).

L'adesione alla nuova gara permetterà il monitoraggio dei dati di produzione per singola UU.OO./Servizio, partendo dai RSPRI; questo consentirà un'analisi più dettagliata della produzione decentrata e di porre in essere interventi di miglioramento mirati, ove necessario, per ridurre ulteriormente la produzione.

La piena operatività del Sistema Sistri dovrebbe realizzarsi a fine anno: continueranno pertanto le attività correlate alla messa a regime del nuovo sistema, tenendo conto di eventuali aggiornamenti del Ministero.

E' stato inoltre previsto il coinvolgimento attivo dei Dirigenti/Preposti, ai quali verrà chiesto di ipotizzare e presentare, sotto forma di schede progetto, azioni di miglioramento da realizzare nelle strutture di afferenza, volte ad ottimizzare la gestione dei rifiuti tenendo conto delle peculiarità interne.

L'apertura della nuova struttura aziendale Ala Sud e la ricollocazione dei Reparti/Servizi all'interno del nuovo edificio, richiederà la definizione dei punti di stoccaggio rifiuti all'interno delle UUOO e a piè di Padiglione, l'organizzazione della gestione delle tipologie di rifiuti prodotti e un potenziamento delle attività di controllo, soprattutto in fase iniziale, per verificare l'aderenza alle nuove disposizioni gestionali.

In collaborazione con i Servizi aziendali coinvolti nelle varie gare di appalto, si ritiene utile un approfondimento riguardo l'opportunità di inserire nei capitolati di gara delle nuove apparecchiature, la certificazione a cura delle ditte fornitrici, contenente i dati sul consumo energetico, sulla classificazione dei rifiuti prodotti, compreso il vincolo di ritiro delle apparecchiature sostituite, con oneri a carico del fornitore.

2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2014 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.

Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

L'andamento dei consumi e dei costi relativi per farmaci suddivisi per categoria terapeutica come da classificazione ATC nel confronto tra 2013 e 2014 è presentato nella tabella 2. In particolare la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (ATC L) ha fatto registrare nel 2014 un aumento della spesa relativa di circa il 10 % rispetto a quella del 2013.

Tale incremento è correlato all'immissione in commercio di farmaci oncoematologici innovativi ad alto costo per stadi avanzati/metastatici della malattia, ad un aumento della casistica relativa a trattamenti di più lungo periodo e di pazienti in trattamento con farmaci biologici per malattie autoimmuni e trattamenti antiretrovirali. Hanno inciso, inoltre, i trattamenti di pazienti affetti da malattie rare, che seppur numericamente poco rilevanti hanno un impatto significativo sui costi dei farmaci.

La categoria dei "Farmaci del sangue" (ATC B) ha fatto registrare un aumento della spesa rispetto al 2013 con particolare riferimento al trattamento di pazienti emofilici critici (vedi dettaglio all'interno del Capitolo 3 - Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica).

La categoria dei farmaci per organi di senso (ATC S) ha registrato un mantenimento di spesa derivante dai trattamenti intravitreali con Lucentis (ranibizumab), Eylea (aflibercept), Ozurdex (desametasone). La autorizzazione AIFA di luglio 2014 per la reintroduzione della terapia intravitreale con Avastin



(bevacimumab) a costi rilevantemente più bassi per l'indicazione maculopatia senile ha in minima parte mitigato la spesa per la Classe ATC S.

Tabella 2 Costi e consumi medicinali e altri prodotti terapeutici classificati in base all'ATC, confronto anni 2013 e 2014

ATC	Descrizione	Numero unità		diff. % unità 2014-2013	Valore economico		diff. % valore 2014- 2013
		2014	2013		2014	2013	
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	248.788	267.617	-7%	17.269.057	15.645.141	10%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.798.968	1.662.623	8%	10.575.995	9.785.471	8%
B	Sangue e organi emopoietici	2.264.960	2.243.553	1%	5.277.160	4.494.405	17%
S	Organi di senso	65.424	65.285	0%	1.403.314	1.491.510	-6%
V	Vari	696.147	650.672	7%	971.216	950.329	2%
N	Sistema nervoso	1.289.597	1.235.815	4%	588.428	700.420	-16%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.347.322	1.402.882	-4%	603.769	572.178	6%
M	Sistema muscolo-scheletrico	370.699	368.836	1%	235.403	419.192	-44%
R	Sistema respiratorio	288.766	290.575	-1%	391.633	342.925	14%
C	Sistema cardiovascolare	1.513.249	1.501.087	1%	180.393	164.689	10%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	408.189	405.679	1%	145.457	137.051	6%
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	77.085	82.047	-6%	107.866	120.125	-10%
D	Dermatologici	83.277	81.475	2%	117.805	110.155	7%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	39.741	44.426	-11%	29.753	33.113	-10%
Totale		10.492.212	10.302.572	2%	37.897.249	34.966.704	8%

Non sono presenti i farmaci privi di classificazione ATC (es. farmaci galenici, farmaci esteri)

N.B.: i valori economici sono al netto dell'IVA

Fonte: database aziendale Sisifo

Nel 2014 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda ha raggiunto il numero di 19.910 pazienti assistiti pari a 1.827.771 unità posologiche erogate pari ad un valore 397.648 € [fonte AFO RER con IVA].

Per quanto riguarda i farmaci in compensazione, l'importo complessivo erogato è stato nel 2014 pari a 27.190.976 € [fonte: flusso Mobilità Attiva RER].

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 2014 il contributo dell'Azienda alla produzione provinciale è stato pari al 60% mantenendosi stabile rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio, il contributo dell'Azienda è complessivamente pari al 70%. In tali prestazioni è compresa l'attività di assorbimento dei punti prelievo cittadini dell'Azienda Territoriale, la cui attività nel 2014 ha registrato un lieve incremento (1%) in termini di numero di prestazioni e di 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 2012

Vedi appendice capitolo - 2 pag. III



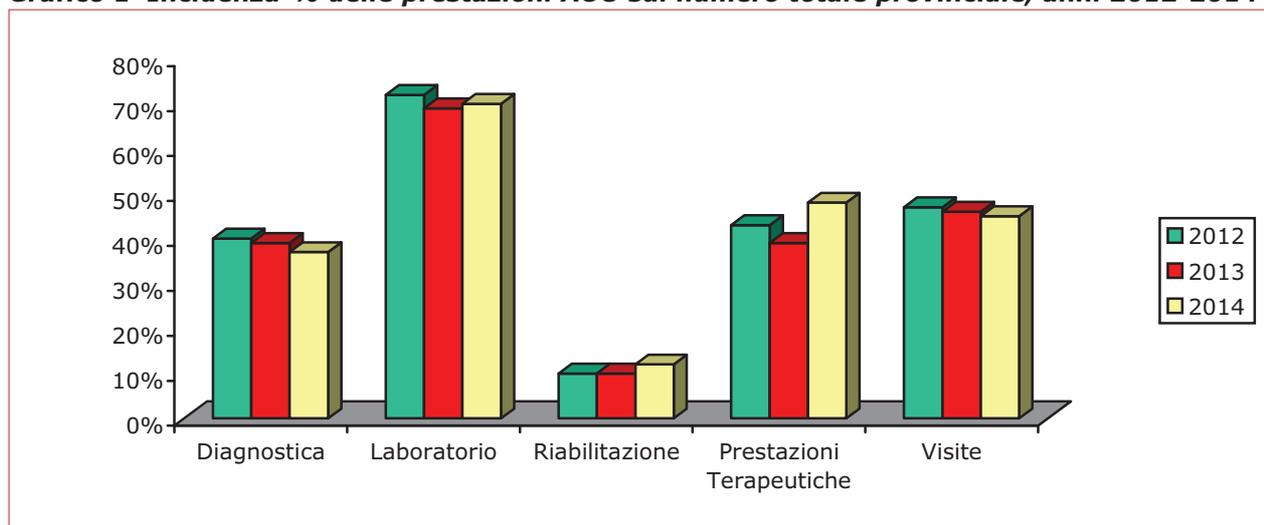
Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2013

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 2014

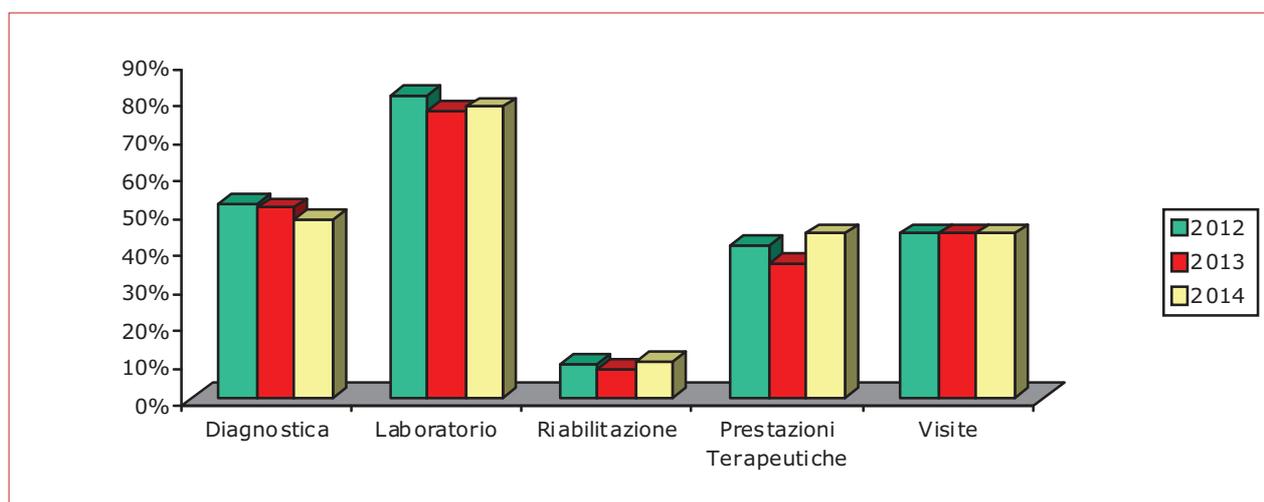
Vedi appendice capitolo - 2 pag. V

Grafico 1 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale provinciale, anni 2012-2014



Fonte: Banca Dati ASA - RER

Grafico 2 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale, anni 2012-2014



Fonte: Banca Dati ASA - RER

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

Relativamente alle prestazioni critiche, l'Azienda nel 2014 ha mantenuto intorno al 30% il proprio contributo alla produzione provinciale in relazione al volume delle prestazioni erogate. L'Azienda è infatti impegnata a garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre che nella continua e fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.

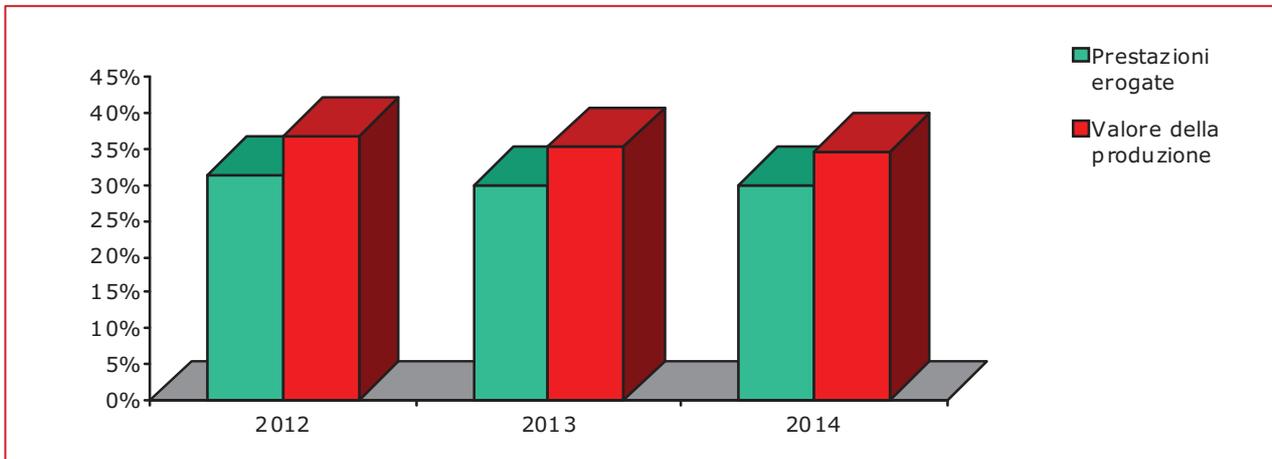


Tabella 6 Volumi e valore delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale, anni 2012-2014

Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2012	186.475	31%	8.860.592	37%
2013	178.559	30%	8.629.656	35%
2014	182.122	30%	8.634.643	35%

Fonte: Area riservata BdM

Grafico 3 Percentuale prestazioni critiche erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2012-2014



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 aderenza alle disposizioni regionali e a quanto programmato nel Piano Attuativo Locale, ha attivato anche nel 2014 percorsi di Day Service Ambulatoriale di diverso livello e specifici per patologia per un totale di 52.921 prestazioni.

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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2012-2014 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 in linea con la media regionale garantendo più del 66% delle prestazioni entro i 60 giorni.
- **Laboratorio:** l'indice di performance nel 2014 è in lieve flessione rispetto all'anno precedente sia per le prestazioni erogate entro i 30 giorni che per quelle erogate entro i 60 giorni.
- **Riabilitazione:** l'indice per le prestazioni di riabilitazione ha registrato un incremento nel corso del 2014 con valori del 43% entro i 30 giorni dalla prenotazione e il 75% per le prestazioni erogate entro i 60 giorni.
- **Terapeutiche:** nel triennio 2012-2014 si è assistito ad un incremento significativo dell'indice di performance per le prestazioni terapeutiche che registrano un valore pari al 71% entro i 30 e 85% entro 60 giorni dalla prenotazione
- **Visite:** l'indice di performance 2014, sia per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione che per quelle erogate entro i 60 giorni, è in lieve flessione rispetto all'anno precedente.



Tabella 7 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2012
 Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

Tabella 8 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2013
 Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

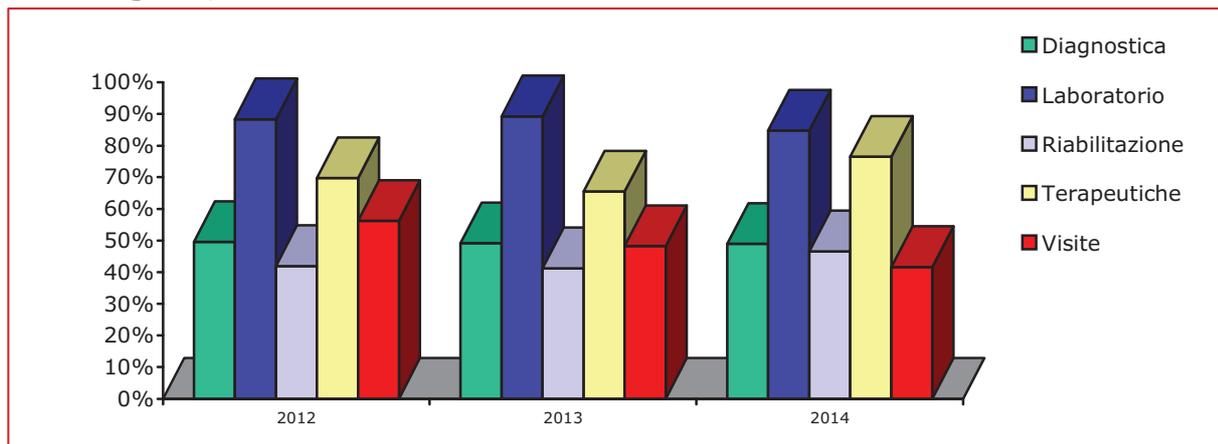
Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2014
 Vedi appendice capitolo 2 - pag. VI

Tabella 10 Tempi di attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SS.N. % prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, aa 2012-2014

Tipologia prestazioni	2012		2013		2014	
	% 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	49,57	74,42	49,17	68,67	47,88	66,04
Totale laboratorio	88,35	93,53	89,26	94,7	88,01	93,19
Totale riabilitazione	41,98	75,22	41,27	72,62	43,17	74,99
Totale terapeutiche	69,76	83,08	65,52	79,87	71,08	84,71
Totale visite	56,21	78,95	48,23	73,77	39,58	69,76

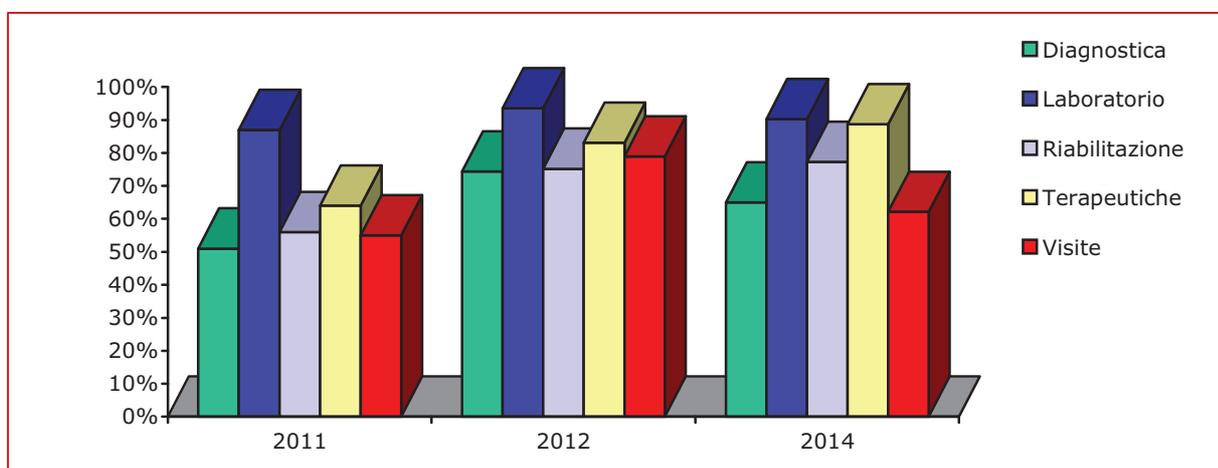
Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 4 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma tempi di attesa % prestazioni entro 30 giorni, anni 2012-2014



Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 5 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 60 giorni, anni 2012-2014



Fonte: Banca dati ASA



Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2014 in Azienda sono state erogate 38.146 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 2013.

Tabella 11 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2013

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
2013	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica	452.886	98%	7.875	2%	460.761
Dipartimento Medico Geriatrico e Riabilitativo	38.374	98%	887	2%	39.261
Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico	252.642	94%	14.985	6%	267.627
Dipartimento Materno-Infantile	132.198	95%	7.414	5%	139.612
Dipartimento Diagnostico	3.040.427	100%	5602	0%	3.046.029
Totale	3.916.527	99%	36.763	1%	3.953.290

Fonte: Banca dati aziendale, attività specialistica ambulatoriale

Tabella 12 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2014

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
2014	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica	493.509	98%	7.915	2%	501.424
Dipartimento Medico Geriatrico e Riabilitativo	45.297	97%	1541	3%	46.838
Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico	255.317	94%	16.831	6%	272.148
Dipartimento Materno-Infantile	129.998	95%	7.044	5%	137.042
Dipartimento Diagnostico	3.145.328	100%	4815	0%	3.150.143
Totale	4.069.449	99%	38.146	1%	4.107.595

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 di posti letto per acuti è di 1.718, di cui 1.361 presenti in strutture pubbliche e 357 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 60%. 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 nel corso del 2014 si è mantenuta stabile rispetto all'anno precedente con un valore pari a 2,60. L'indicatore per la provincia di Parma è pari a 4,97 (a livello regionale si attesta intorno a 4,21) e presenta un trend in decremento passando dal 5,19 del 2012 all'attuale 4,97. La distanza complessiva dallo standard indicato dalla Legge 135/2013 (cosiddetta "Spending review"), che prevede 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 0,7 per riabilitazione, è di 1,27.



Tabella 13 Assistenza Ospedaliera – struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2012

Vedi appendice capitolo 2 - pag.

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera–struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2013

Vedi appendice capitolo 2 - pag.

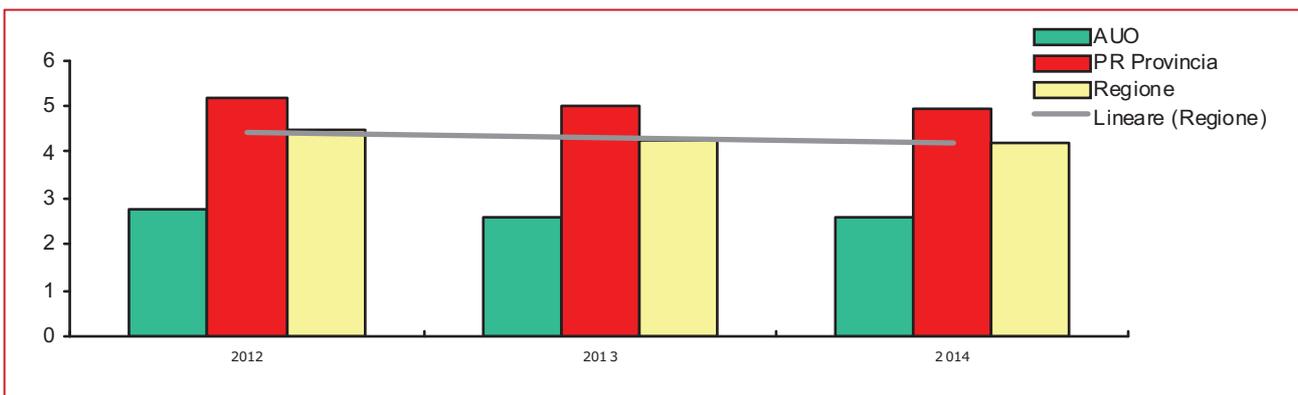
Tabella 15 Assistenza Ospedaliera–struttura dell’offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2014

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(*)		Post-acuti		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accreditati e non accreditati						
AUSL Parma	330	6	34	370	357	-	245	85	682	-	-	-	-	-
AOU Parma	1.031	15	108	1.154	-	-	-	-	-	2,32	0,28	0,03	0,24	2,60
Tot. Parma	1.361	21	142	1.524	357	-	245	85	682	3,87	1,10	1,60	0,50	4,97
Tot. Regione	12.393	668	1.163	14.224	2.857	235	890	828	4.544	3,42	0,79	0,35	0,44	4,21

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 1.01.2014 - 4.452.830.

Per il calcolo dell'indicatore PL*1000 abitanti si sono utilizzati solo i letti 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 il 10,6% della dotazione totale dei posti letto ordinar

Tabella 16 Percentuale posti letto hub definiti a livello regionale

Discipline di ricovero		posti letto ufficiali al 31/12/2014	% posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	2,2%
47	Centro Ustioni	8	0,9%
48	Nefrologia / Trapianti	8	0,9%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	14	1,5%
30	Neurochirurgia	40	4,3%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	3	0,3%
73	Neonatologia T.I.	6	0,6%
Totale Funzioni hub		99	10,6%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2014*		930	100%

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



Attività Hub

Nel 2014, dei 2.951 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 28% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell'Emilia-Romagna, mentre nel 15% dei casi si è trattato di cittadini residenti in altre regioni.

La maggior quota di ricoveri extra-provincia viene trattata presso il Centro Ustioni (45%), e presso la Cardiochirurgia (36%), mentre l'attrazione dei residenti fuori regione è prevalentemente esercitata dalle funzioni di Nefrologia/Trapianti (41%) e di Neurochirurgia (23%), 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 2014

Discipline di ricovero	Ricoveri in AOU	di cui			
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
7 Cardiochirurgia	705	251	36%	35	5%
47 Centro Ustioni	141	64	45%	13	9%
48 Nefrologia / Trapianti	216	41	19%	89	41%
49 Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	570	93	16%	38	7%
30 Neurochirurgia	1.142	348	30%	262	23%
18 Centro Trapianti Midollo Osseo	39	2	5%	5	13%
73 Neonatologia T.I.	138	32	23%	6	4%
Totale Funzioni hub	2.951	831	28%	448	15%

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 2014

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	2.473	95	4%	181	7%
9 Chirurgia Generale	2.927	173	6%	282	10%
10 Maxillo-Facciale	760	226	30%	303	40%
11 Chirurgia Pediatrica	786	292	37%	133	17%
12 Chirurgia Plastica	982	182	19%	147	15%
13 Chirurgia Toracica	443	25	6%	93	21%
14 Chirurgia Vascolare	547	32	6%	48	9%
18 Ematologia	177	9	5%	31	18%
21 Geriatria	1.570	19	1%	36	2%
24 Malattie Infettive	819	24	3%	47	6%
26 Medicina Generale	8.375	141	2%	348	4%
29 Nefrologia	383	10	3%	45	12%
32 Neurologia	208	14	7%	12	6%
34 Oculistica	841	180	21%	212	25%
36 Ortopedia e Traumatologia	2.721	147	5%	254	9%
37 Ostetricia e Ginecologia	3.683	204	6%	170	5%
38 Otorinolaringoiatria	1.088	143	13%	208	19%
39 Pediatria	2.213	346	16%	216	10%
43 Urologia	1.488	102	7%	170	11%
49 Terapie Intensive (*)	1.273	14	1%	6	0%



Discipline di ricovero (codice e descrizione)	Ricoveri in AOU	di cui			
		residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
50 UTIC	1.231	36	3%	32	3%
51 Astanteria Med. d'Urgenza	2.069	78	4%	106	5%
52 Dermatologia	518	19	4%	39	8%
56 Riabilitazione	173	1	0,6%	0	0%
60 Lungodegenza	2.058	0	0%	0	0%
62 Neonatologia	396	23	6%	11	3%
64 Oncologia	639	36	6%	63	10%
65 Pediatria e Oncoematologia	408	129	32%	44	11%
68 Pneumologia	758	34	4%	45	6%
Totale Funzioni non hub	42.007	2.734	7%	3.257	8%

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

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

Fonte: Banca Dati SDO- RER

Per ciò che concerne i ricoveri di residenti extra-provincia ed extra-regione presso reparti che non esercitano a livello regionale funzione hub, si segnalano alcune Unità Operative che possiedono alte percentuali di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione, quali ad esempio la Chirurgia Maxillo-Facciale, la Chirurgia Pediatrica, l'Oculistica e l'Oncoematologia Pediatrica, con quote rispettivamente pari al 70%, 54%, 47% e 42%, 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, 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 del 50%, di cui circa il 30% per pazienti provenienti da altre province della Regione Emilia Romagna e, per quanto riguarda in modo specifico le funzioni di eccellenza, più del 20% da altre Regioni.

Tabella 19 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2014

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 Cardiocirurgia	52	7%	159	23%	40	6%	13	2%	24	3%	288	41%
47 Centro Ustioni	26	18%	20	14%	18	13%	8	6%	9	6%	81	57%
48 Nefrologia/Trapianti	19	9%	0	0%	22	10%	26	12%	63	29%	130	60%
30 Neurochirurgia	140	12%	189	17%	19	2%	87	8%	188	16%	623	55%
73 Neonatologia Terapia Intensiva	18	13%	13	9%	1	1%	5	4%	1	1%	38	28%
Totale	255	11%	381	16%	100	4%	139	6%	285	12%	1160	50%

Fonte: Banca Dati SDO - RER



Tabella 20 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2014

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	147	19%	42	6%	37	5%	72	9%	232	31%	530	70%
11	Chirurgia Pediatrica	185	24%	75	10%	32	4%	44	6%	91	12%	427	54%
65	Oncoematologia Pediatrica	87	21%	42	10%	0	0%	16	4%	28	7%	173	42%
12	Chirurgia Plastica	123	13%	31	3%	39	4%	54	5%	104	11%	351	36%
Totale		542	18%	190	6%	108	4%	186	6%	455	15%	1481	50%

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 (di cui è stato fornito il dato relativo all'anno 2013, in quanto i dati di mobilità passiva per l'anno 2014 al 30/09/2015 non erano ancora disponibili) è stato analizzato il ricorso ad altre strutture, fuori provincia e fuori regione, da parte di pazienti residenti nelle province di Reggio Emilia e Piacenza relativamente alle funzioni Hub e di eccellenza dell'AOU di Parma.

Tabella 21 Mobilità passiva dei residenti della provincia di Reggio Emilia per disciplina Hub dell'AOU di Parma - regime ordinario, anno 2013

Funzioni Hub	Anno 2013								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Reggio E. ricoverati nella disciplina	
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni					
7	Cardiologia	85	18%	62	13%	25	5%	7	2%	179	39%	462
47	Centro Ustioni	33	83%	1	3%	0	0%	2	5%	36	90%	40
48	Nefrologia/Trapianti	21	57%	12	32%	0	0%	2	5%	35	95%	37
30	Neurochirurgia	131	32%	99	24%	23	6%	47	12%	300	74%	406
73	Neonatologia TI	18	10%	30	17%	0	0%	9	5%	57	32%	177
Totale		288	26%	204	18%	48	4%	67	6%	607	54%	1122

*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 2013								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Reggio E. ricoverati nella disciplina	
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni					
10	Maxillo Facciale	136	70%	35	18%	16	8%	4	2%	191	98%	194
11	Chirurgia Pediatrica	227	64%	71	20%	6	2%	18	5%	322	90%	357
65	Oncoematologia Pediatrica	130	70%	41	22%	0	0%	4	2%	175	94%	187
12	Chirurgia Plastica	91	55%	45	27%	15	9%	9	5%	160	97%	165
Totale		584	65%	192	21%	37	4%	35	4%	848	94%	903

*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, nelle discipline considerate, 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'83% 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 Maxillo-Facciale e l'Oncoematologia Pediatrica con il 70% 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 2013								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Piacenza ricoverati nella disciplina	
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni					
7	Cardiologia	168	46%	36	10%	98	27%	5	1%	307	85%	362
47	Centro Ustioni	14	88%	0	0%	1	6%	1	6%	16	100%	16
48	Nefrologia/Trapianti	3	12%	16	62%	4	15%	1	4%	24	92%	26
30	Neurochirurgia	167	48%	22	6%	117	34%	11	3%	317	92%	345
73	Neonatologia T.I.	14	25%	1	2%	34	60%	1	2%	50	88%	57
Totale		366	45%	75	9%	254	32%	19	2%	714	89%	806

*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 2013								Totale fuga	Indice di fuga	Residenti Piacenza ricoverati nella disciplina	
	AOU Parma		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni					
10	Maxillo Facciale	42	64%	1	3%	6	16%	1	7%	50	94%	53
11	Chirurgia Pediatrica	64	67%	4	2%	33	27%	10	4%	111	91%	122
65	Oncoematologia Pediatrica	34	11%	0	0%	20	50%	0	4%	54	90%	60
12	Chirurgia Plastica	24	24%	6	9%	52	53%	6	8%	88	98%	90
Totale		164	47%	11	3%	111	35%	17	5%	303	93%	325

*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 Cardiologia 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 2013						Totale Fuga	Indice di Fuga	Residenti Parma ricoverati nella disciplina
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
7	Cardiochirurgia	9	2%	57	14%	4	1%	70	17%	411
47	Centro Ustioni	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%	43
48	Nefrologia/Trapianti	0	0%	2	2%	2	2%	4	4%	107
30	Neurochirurgia	42	7%	68	11%	29	5%	139	22%	640
73	Neonatologia TI	9	8%	9	8%	1	1%	19	17%	115
Totale		60	5%	136	10%	37	3%	233	18%	1316

*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 2013						Totale Fuga	Indice di Fuga	Residenti Parma ricoverati nella disciplina
		Altri Presidi R.E.R.*		Lombardia		Altre Regioni				
10	Maxillo Facciale	4	2%	6	3%	5	2%	15	6%	231
11	Chirurgia Pediatrica	4	1%	17	4%	25	6%	46	11%	414
65	Oncoematologia Pediatrica	6	3%	0	0%	1	0%	7	3%	214
12	Chirurgia Plastica	10	1%	25	3%	9	1%	44	6%	748
Totale		24	1%	48	3%	40	2%	112	7%	1607

*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 1.268.112 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza a gennaio 2014 - 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 (79%), alla traumatologia toraco-addominale (76%) e alla traumatologia intracranica (39%). Relativamente a quest'ultima tipologia di casi, va specificato che una significativa percentuale di casi (22%) 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 2014

Tipologia di trauma	Azienda USL Piacenza		Azienda USL Parma		Azienda USL Reggio Emilia		AOU Parma (hub)		AOSP Reggio Emilia		Totale
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	
Fratture	1.764	27%	811	12%	1.247	19%	1.752	27%	982	15%	6.556
Traumi intracranici	173	18%	82	9%	117	12%	365	39%	210	22%	947
Traumi toracici	30	17%	17	9%	16	9%	43	24%	73	41%	179
Traumi addominali	27	20%	9	7%	8	6%	71	52%	21	15%	136
Ferite	19	11%	16	9%	23	13%	66	38%	51	29%	175
Ferite arti superiori	51	24%	27	13%	40	19%	88	42%	3	1%	209
Ferite arti inferiori	24	24%	5	5%	14	14%	38	38%	18	18%	99
Traumi vasi sanguigni	5	26%	1	5%	0	0%	12	63%	1	5%	19
Traumi superficiali	9	18%	6	12%	22	45%	7	14%	5	10%	49
Traumi da schiacciamento	2	8%	1	4%	3	12%	17	65%	3	12%	26
Ustioni	16	9%	3	2%	8	4%	143	79%	12	7%	182
Traumi nervi e midollo	6	12%	7	14%	5	10%	27	53%	6	12%	51
Totale	2.126	25%	985	11%	1.503	17%	2.629	30%	1.385	16%	8.628

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 hanno subito nel corso degli ultimi due anni un calo significativo in relazione alla presa in carico prevalentemente ambulatoriale di questa tipologia di pazienti.

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

Residenza	2012		2013		2014	
	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale	Ricoveri	% sul totale
Piacenza	5	9%	1	11%	1	11%
Parma	21	37%	3	33%	5	56%
Reggio Emilia	12	21%	1	11%	1	11%
Modena	3	5%	0	0%	0	0%
Bologna	3	5%	2	22%	0	0%
Rimini	1	2%	0	0%	0	0%
Imola	3	5%	1	11%	0	0%
Fuori Regione	9	16%	1	11%	2	22%
Totale	57	100%	9	100%	9	100%

Fonte Banca Dati SDO - RER

Attività ospedaliera

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 (DH), 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.

Il tasso di ospedalizzazione rappresenta, invece, 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, per quanto concerne il regime ordinario, presenta un valore di 121,1 per 1.000 abitanti più elevato rispetto alla media regionale (116,2 per 1000 abitanti).

Il tasso di ospedalizzazione standardizzato della provincia per il regime di day hospital medico evidenzia un trend in decremento, passando dal 19,9 per 1000 abitanti del 2012 al 15 del 2014. 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 alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 53,7% nel 2014, per il regime ordinario. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (38,9%), e conferma come l'Azienda 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 aziende ospedaliere, anno 2014

Azienda di residenza	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
Parma	121,1	53,7	15	58,9	22,9	28,7
Reggio Emilia	110,1	42,2	15	55,1	21,9	37,9
Modena	112,8	27,6	16,1	32,1	18,8	25,5
Bologna	118,5	35,7	16,8	48,7	17,4	33,4
Ferrara	115,6	44,7	17,9	59,9	22,3	39,7
Totale E R	116,2	38,9	16,3	48,5	18,8	32,5

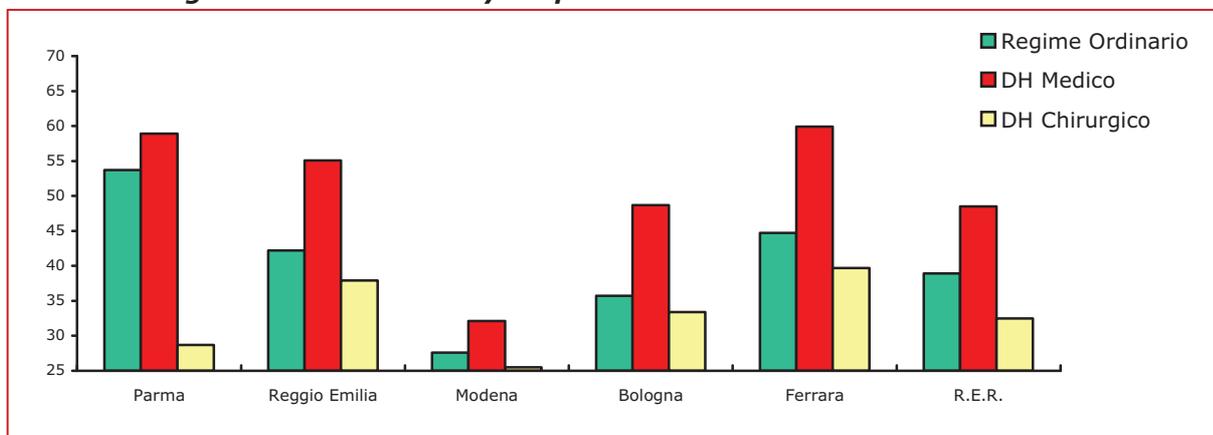
Fonte: Area riservata BdM

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

Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario		DH medici		DH chirurgici	
	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU	Tot.	di cui AOU
2012	128,3	58,2	19,9	64,5	23,9	36
2013	113,2	58,1	16,9	62,3	21,2	32,5
2014	121,1	53,7	15	58,9	22,9	28,7

Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2013 in contestazione. I tassi specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2014. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 01/01/2012. 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 2014. Ricoveri in regime ordinario e in day hospital



Nel 2014 nell'AOU di Parma sono stati effettuati 49.233 ricoveri, di cui il 18% 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 158 ricoveri nel 2014). 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 (0,86%) e sono da attribuire nel 86% dei casi a ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 31 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: riepilogo e confronto con la situazione regionale, anni 2012-2014

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		
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%
2013	AOU Parma	50.666	160	20.919	153	41,3%	95,6%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	257.356	2.448	109.512	2.248	42,6%	91,8%
2014	AOU Parma	49.233	158	20.246	136	41,1%	86,1%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	252.735	2.174	110.544	2.009	43,7%	92,4%

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 2012-2014

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2012	41.335	151	11.339	24	52.674	175	78,47	21,53	0,33
2013	40.497	139	10.169	21	50.666	160	79,93	20,07	0,32
2014	40.158	144	9.075	14	49.233	158	81,57	18,43	0,32

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 2012-2014

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
2012	197.536	2.215	65.456	201	262.992	2.416	75,11	24,89	0,92
2013	194.231	2.207	63.125	241	257.356	2.448	75,47	24,53	0,95
2014	192.250	1.995	60.485	179	252.735	2.174	76,07	23,93	0,86

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, 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 tutte le discipline (75%) presentano un indice di case-mix uguale ad 1 (cfr. tabella 34).

Tabella 34 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2012-2014
Vedi appendice capitolo 2 - pag. XX

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 al di sopra dei valori medi regionali.

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
2012	AOU Parma	41.335	3.215	7,8%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	197.536	13.698	6,9%
2013	AOU Parma	40.497	2.996	7,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	194.231	13.681	7,0%
2014	AOU Parma	40.158	2.990	7,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	192.250	13.718	7,1%

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

Ricoveri potenzialmente inappropriati

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

L'elenco dei DRG ad elevato rischio di inappropriata organizzativa a cui viene fatto riferimento è definito nel Patto per la Salute 2010-2012 - All. B e comprende i casi di degenza ordinaria di più di un giorno attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati. Il riferimento all'Allegato-B del Patto per la Salute, modifica in modo significativo la numerosità della casistica rispetto agli anni precedenti, estratta in base ai criteri esplicitati nella D.G.R. 1890/2010. Per tale ragione si ritiene di indicare, per un possibile confronto, i dati ricalcolati con i medesimi criteri anche per gli anni 2012 e 2013.

Tabella 36 Percentuale di casi attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata individuati sul totale dei dimessi (valori assoluti e percentuali)

Aziende di ricovero		Dimessi in regime ordinario con durata della degenza > 1 giorno e con DRG potenzialmente inappropriati	Totale dimessi	% casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi
2012	AOU Parma	6.958	50.540	13,8%
	Aziende Ospedaliere RER	36.292	252.152	14,4%
2013	AOU Parma	6.743	48.604	13,9%
	Aziende Ospedaliere RER	36.093	246.970	14,6%
2014	AOU Parma	6.671	47.061	14,2%
	Aziende Ospedaliere RER	34.630	242.395	14,3%

Fonte: Area riservata del BdM. Dati consolidati senza mobilità passiva.

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 2014, 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.

Per quanto riguarda, ad esempio, gli interventi sul tumore della prostata nel 2014 il 81% dei pazienti sono trattati entro 30 giorni, a fronte di una media regionale con valori inferiori intorno al 36% dei casi.

Buoni i risultati relativamente alla patologia tumorale maligna del polmone che viene trattata nel rispetto dei tempi d'attesa nel 88% della casistica, valore superiore a quello della media regionale (paria all'81%).

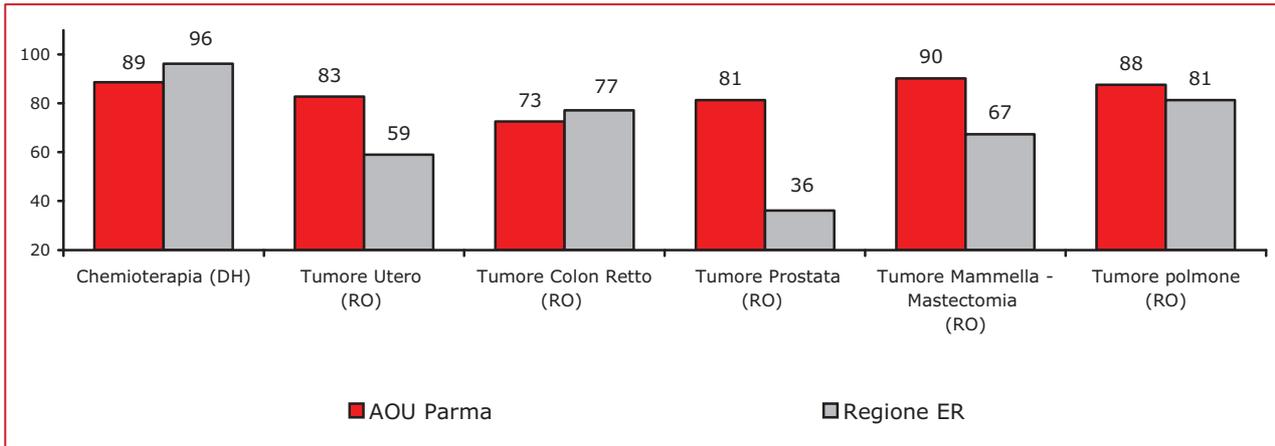
Per il tumore del colon-retto la percentuale di pazienti trattati entro 30 giorni è dell'73%.

Per quanto riguarda il tumore dell'utero e il tumore della mammella (limitatamente alle mastectomie) nel 2014 si è intervenuti chirurgicamente entro 30 giorni, rispettivamente nell'83% e nel 90% delle pazienti in lista di attesa, a fronte di una media regionale decisamente inferiore (rispettivamente 59% e 67%).

Occorre inoltre considerare che l'80% degli interventi di patologia tumorale della mammella vengono oggi effettuati in regime di day surgery o one-day surgery con tempi di attesa inferiori.



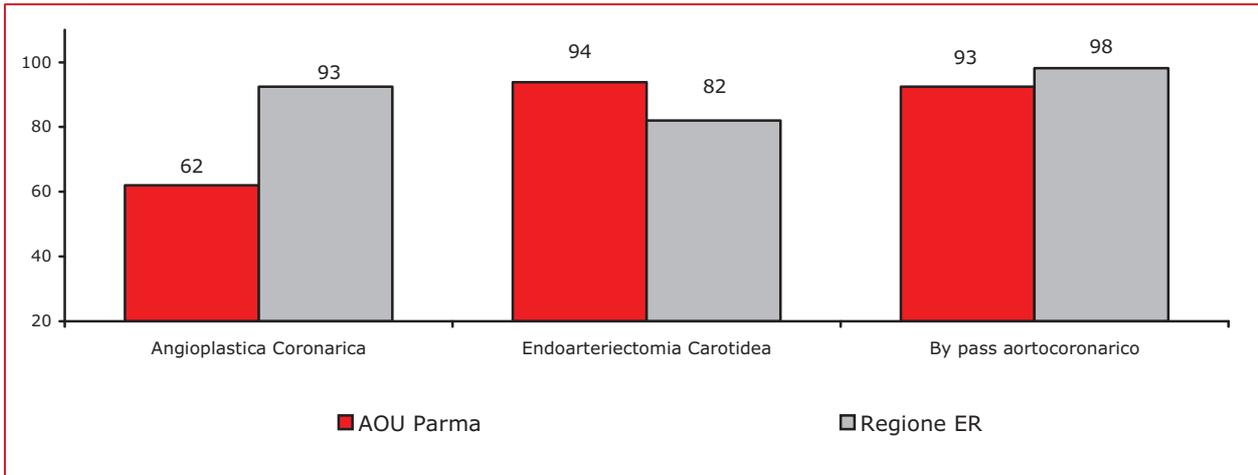
Grafico 8 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Oncologica, anno 2014



Fonte banca Dati SDO - RER

Rispetto all'area **cardiovascolare**, ottimi sono i risultati per le procedure di Endoarteriectomia Carotidea e By-pass aortocoronarico con valori superiori a quelli fissati dall'obiettivo regionale che definisce quale standard la realizzazione delle prestazioni entro 90 giorni, nel 90% dei casi.

Grafico 9 Rispetto dei tempi d'attesa- valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Cardiovascolare, anno 2014



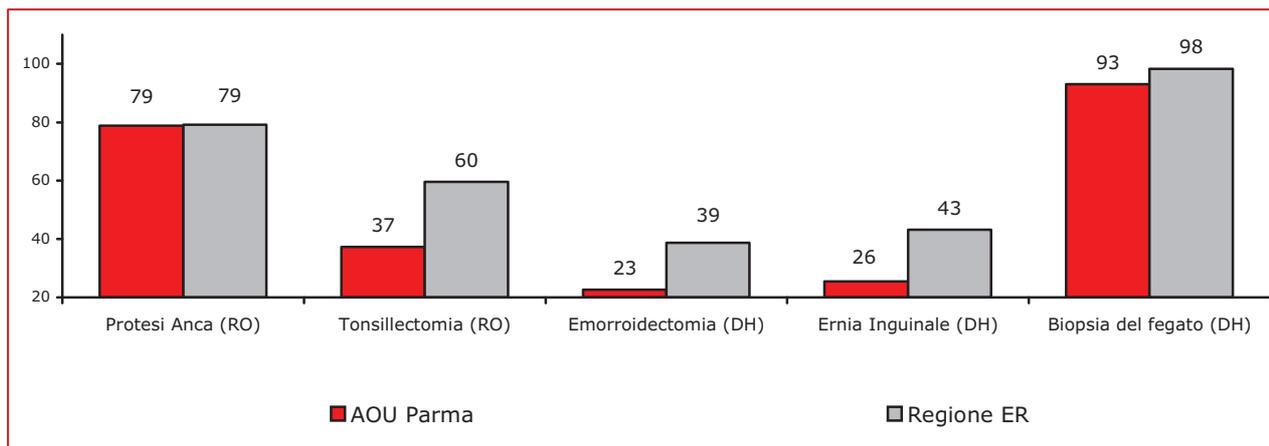
Fonte banca Dati SDO - RER

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 2014, presso la nostra Azienda, rispettano lo standard regionale nell'79% dei casi, in linea con la media regionale anche se inferiore all'obiettivo fissato.

Il riferimento dello standard per le altre tipologie di intervento relative a quest'area è ricavato in base allo storico regionale (D.G.R. 1532/2006) rispetto al quale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si pone al di sotto 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 2014



Fonte banca Dati SDO - RER

Nella tabelle 37 e 38 vengono riportati in dettaglio i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2014.

Tabella 37 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2014

Vedi appendice capitolo 2 - pag.

Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2014

Vedi appendice capitolo 2- pag.

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

Il Pronto Soccorso dell'Azienda continua a registrare un trend in incremento del numero di accessi. Il dato relativo al flusso di pronto soccorso presentato nella tabella 39 include anche i dati pediatrici.

Il numero di ricoveri, si mantiene intorno al 16%.

Per quanto riguarda la valenza provinciale, il Pronto Soccorso dell'Azienda assorbe più del 73% di tutti gli accessi al Pronto Soccorso della provincia, quota in incremento negli ultimi tre anni.

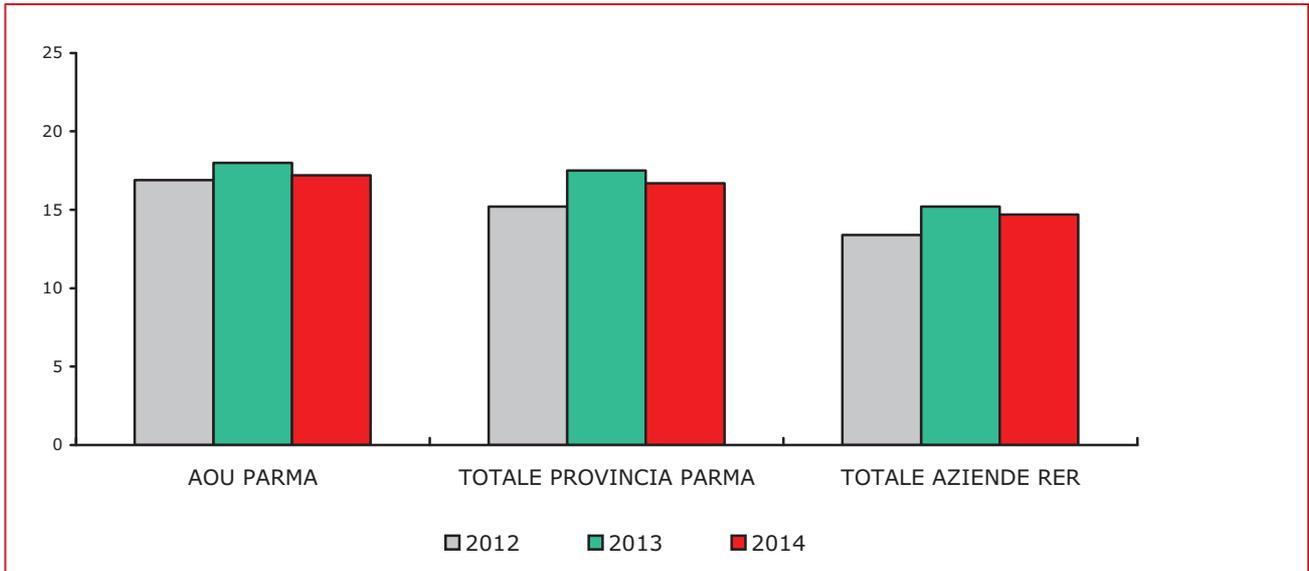
Tabella 39 Accessi in PS, anni 2012-2014

AZIENDA	2012		2013		2014	
	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%
AOU Parma	88.014	16,9	102.686	18,0	112.855	17,2
AUSL Parma	39.632	15,2	38.718	16,4	40.790	16,2
Totale	127.646	16,4	141.404	17,5	153.645	16,7
Regione ER	1.821.086	13,4	1.821.564	15,2	1.861.877	14,7
% accessi AOU Parma	68,95		72,62		73,45	

Fonte: Area riservata BdM



Grafico 11 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto AOU di Parma, provincia di Parma e Regione, anni 2012-2014

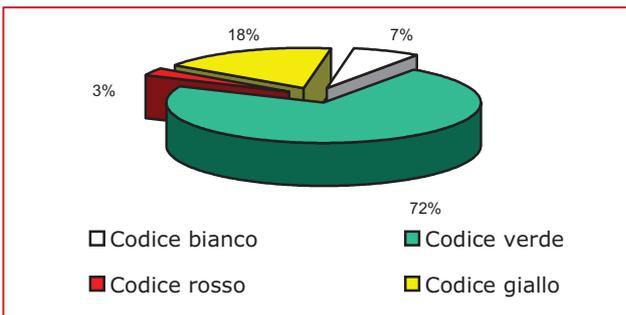


Fonte: Area riservata BdM

Dall'analisi dei dati del 2014, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso (grafico 12), si evince come il 72% della casistica sia rappresentato dai codici verdi, seguito dai codici gialli (18%), dai codici bianchi (7%) e infine dai codici rossi (3%), dato sovrapponibile a quello del 2013, con la persistente prevalenza dei codici verdi rispetto agli altri codici, in linea con i dati regionali e nazionali.

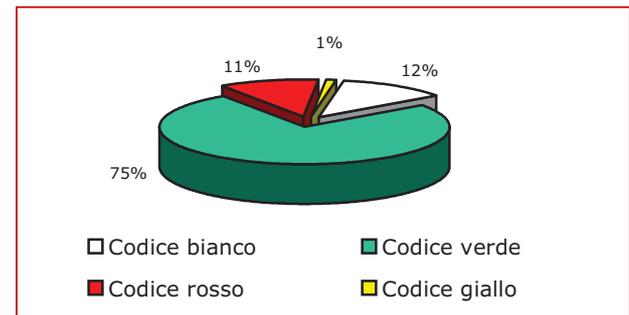
Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2014 il 13% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (14.403), in diminuzione rispetto allo scorso anno (- 15%). La suddivisione della casistica per codice 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, pari al 87%), mentre con una percentuale minore per i codici gialli e rossi (pari al 12%), a più elevata gravità.

Grafico 12 Accessi in PS, codice colore, anno 2014



Fonte: Applicativo di PS aziendale

Grafico 13 Accessi in PS, stranieri, anno 2014



Fonte: Applicativo di PS aziendale

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 2014 rappresenta il 7,5% 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 83%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%).

Tabella 40 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2014

	2014	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	8.471	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	7,5%	3 - 8%
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	83%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	73,45%	

Fonte: Banca Dati PS - RER

Piano sangue e Plasma Regionale per il triennio 2013-2015

Gli obiettivi del Piano Regionale Sangue e Plasma costituiscono complessivamente oggetto della programmazione operativa per le Aziende sanitarie regionali secondo le specifiche competenze e basandosi sulle strutture all'uopo indicate (Centro Regionale Sangue, Comitati di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta, Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale).

Tramite il Programma per l'Autosufficienza si è specificata per l'anno 2014 una articolazione più puntuale degli obiettivi. Per ognuno di essi sono state declinate raccomandazioni e specifici indicatori al fine di tenere sistematicamente sotto controllo l'attuazione degli obiettivi generali del Piano Regionale Sangue e Plasma e lo sviluppo di azioni di miglioramento negli ambiti che avessero richiesto interventi correttivi o evolutivi.

Il primo degli obiettivi del piano prevede di concorrere al raggiungimento dell'autosufficienza nazionale dei prodotti del sangue e dei plasmaderivati, anche con il coinvolgimento delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue, al fine di ottimizzare l'attività distributiva e di compensazione sul territorio nazionale, di concerto con il Centro Nazionale Sangue per evitare produzioni eccedentarie e sprechi eticamente non sostenibili di risorse preziose come il sangue.

Il Centro Regionale Sangue ha predisposto un sistema annuale che indica per ogni SIMT gli obiettivi di fornitura o di acquisizione di emocomponenti per la compensazione. Tale meccanismo è rilevato con cadenza settimanale e viene comunicato con frequenza mensile ai SIMT. A tal fine è richiesta l'ottimizzazione delle reti regionali di relazione e comunicazione fra CRS, Servizi Trasfusionali, Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue che prevedano monitoraggi periodici sistematici (settimanali, mensili, trimestrali, annuali) della effettiva rispondenza delle attività di raccolta ai programmi definiti. Lo strumento elettivo per tali attività è il Comitato di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta (CPSP di AV).

Nel corso del 2014 i risultati ottenuti sono stati: scadenza unità allo 0.17 % (2013 = 3.98 %); cause tecniche all'1.65 % (2013 = 1.35 %) dovuto a criteri di eliminazione secondo controlli di qualità più rigorosi e stringenti; cause sanitarie al 0.90 % (2013 = 1.33 %); complessivamente l'eliminazione è stata del 2.71 % (2013 = 6.66 %).

Rispetto al programma di fornitura concordato, il risultato è stato inferiore del 28 % con un contributo settimanale di 31 unità rispetto alle 43 richieste. Va sottolineato che a livello locale non si è mai presentata alcuna criticità trasfusionale rispetto alle necessità; il contributo alla regione è stato particolarmente importante durante i periodi dell'anno più critici; l'accreditamento con la sospensione dell'attività di raccolta in 10 punti di raccolta su 49 ha influito sui numeri complessivi delle unità di globuli rossi raccolti (2013 = 28213 unità; 2014 = 26097 unità; - 7.51 %)

E' stato preparato il progetto della donazione su prenotazione (che inizierà nell'aprile 2015).

Da sempre il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma applica i criteri richiesti per garantire un elevato livello di sicurezza del sistema trasfusionale, del sangue, degli emocomponenti e dei plasmaderivati, nel rispetto delle indicazioni regionali, nazionali ed europee di riferimento.

Nel corso del 2014, oltre alla partecipazione alle iniziative regionali sulla prevenzione dell'errore AB0, sono stati effettuati due corsi formativi su questo tema per il personale dell'Azienda. E' stata preparata una check-list di ausilio alla trasfusione. Questo ausilio è stato presentato in forma di abstract al convegno della società scientifica risultando premiato quale miglior lavoro sul tema.

Il Sistema Sangue della Provincia di Parma è risultato accreditato entro i termini previsti (cfr. Determinazioni n. 19183 e 19213 del 30/12/2014) sia relativamente al Servizio Trasfusionale dell'Azienda



Ospedaliero-Universitaria di Parma sia per l'Unità di Raccolta Associativa; è in atto una ulteriore riorganizzazione della rete di raccolta per garantire, in tutti gli ambiti interessati, l'applicazione dei requisiti minimi previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 per l'adeguamento della rete trasfusionale ai criteri di accreditamento previsti entro la scadenza del 31 dicembre 2014.

Le non conformità riscontrate, scarse di numero e modeste di significato, sono già state soddisfatte grazie ad appropriate attività di miglioramento.

Per realizzare la centralizzazione delle attività produttive è stato inviato al CRS e al Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia-Romagna (prot. 45919 del 23/12/2014) il progetto esecutivo (in forma di bozza avanzata e condivisa dagli altri SIT coinvolti) che prevede la concentrazione della lavorazione, presso il SIMT dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, degli emocomponenti provenienti dalla raccolta dei SIMT delle Aziende di Parma, di Piacenza e di Reggio Emilia (ad eccezione di Modena).

Con deliberazione del Direttore Generale n. 31 dell'11/2/2014 è stato costituito il Comitato per il Buon Uso del Sangue (COBUS con valenza provinciale) presieduto dal Delegato della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di valorizzare le competenze specifiche di medicina trasfusionale, in capo ai Servizi Trasfusionali aziendali, finalizzate alla tutela della salute del paziente, nonché definizione e introduzione di metodi e strumenti innovativi ed efficaci per garantire l'appropriatezza della gestione organizzativa, tecnologica e clinica della terapia trasfusionale

Continua è l'attenzione nel definire adeguati piani di formazione e di mantenimento della professionalità in ambito di Medicina Trasfusionale. Tutti gli operatori addetti alla raccolta risultano iscritti all'Albo regionale, in considerazione del fatto che le necessità di aggiornamento sono di estrema rilevanza per tutti i professionisti operanti nella disciplina della Medicina Trasfusionale per l'evoluzione delle conoscenze nel settore.

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.

Rispetto al trapianto renale occorre precisare che dall'Aprile del 1986 a tutto il 2014 è stata realizzata un'intensa attività trapiantologica, sono stati eseguiti, infatti, 1340 trapianti di cui 1222 trapianti di rene da donatore cadavere (1178 di rene singolo, 44 doppi trapianti), 75 trapianti di rene da vivente e 43 trapianti di pancreas (42 di rene-pancreas, 1 di pancreas isolato).

Nel 2014 sono stati eseguiti 5 trapianti di rene da donatore cadavere (30 trapianti singoli, 1 doppio trapianto, 3 rene-pancreas), 5 trapianti da vivente (di cui 1 ABO incompatibile) con prelievo dell'organo eseguito per via laparoscopica.

Anche nell'anno 2014 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. In particolare, per i trapianti di rene da cadavere eseguiti dal 2009 al 2014 la sopravvivenza dell'organo è del 97,9% a 1 anno e del 92,4% a 5 anni, mentre la sopravvivenza del paziente è stata rispettivamente del 98,5% a 1 anno e del 93,8% a 5 anni.

I risultati complessivi del trapianto di rene-pancreas simultaneo possono essere considerati anch'essi soddisfacenti, essendo la sopravvivenza del paziente del 97,6 % a 1 anno e del 86,1 % a 5 anni. In 8 pazienti (18.6%) è stato necessario riprendere il trattamento insulinico nel corso di un follow-up medio di circa 8 anni. La sopravvivenza del rene è stata del 100% a 1 anno e del 97.1% a 5 anni.

La lista d'attesa per il trapianto di rene-pancreas consta attualmente di 5 pazienti (di cui 2 attualmente sospesi per motivi clinici).

Nei trapianti da donatore vivente, non distinti per epoca storica a causa della numerosità limitata, la sopravvivenza dell'organo a 1 e 5 anni è stata rispettivamente del 95.8 % e 94 %, mentre la sopravvivenza del paziente a 1 e 5 anni è stata del 100%. I 10 trapianti di rene ABO-incompatibili eseguiti sono tuttora ben funzionanti, con sopravvivenza dei pazienti del 100%.

Per quanto concerne la nostra strategia terapeutica nel trapianto ABO incompatibile, abbiamo proseguito nel 2014 con un protocollo "cost-effective" iniziato nel 2012, basato sull'immunoassorbimento non-selettivo (Therasorb™ Ig-Flex) senza l'utilizzo di immunoglobuline per via endovenosa. Tale protocollo si è rivelato sicuro ed efficace permettendo a tutti i riceventi di accedere al trapianto.

Nel corso del 2014 abbiamo ulteriormente sviluppato gli studi sul monitoraggio immunologico nei pazienti



trapiantati con metodiche che potrebbero rivelarsi utili nell'identificare precocemente i pazienti a rischio di rigetto acuto e cronico.

E' stato completato, in collaborazione con i Centri Trapianto di Bologna e Modena, lo studio per ottimizzare i criteri di allocazione dei trapianti da donatore cadavere marginale basati su criteri esclusivamente biotipici. Tali dati dimostrano che gli attuali criteri di allocazione consentono di utilizzare reni al limite di accettabilità secondo lo score di qualità statunitense (Kidney Donor Profile Index), senza ripercussioni negative sull'esito del trapianto.

Il Centro Trapianti è anche parte attiva nel gruppo di lavoro Europeo sul Trapianto DESCARTES (<http://eraedta.org/descartes/descartes.htm>). 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 da donatore anziano, all'identificazione dei pazienti con tolleranza verso il trapianto.

Nel corso del 2014 è stato organizzato a Parma un evento formativo internazionale (Renal Transplantation in the Eldery), sotto il patrocinio del Centro Nazionale Trapianti, della SITO e della SIN, a cui hanno partecipato relatori di prestigio provenienti da diversi Paesi Europei.

Il Centro Trapianti di Parma collabora attivamente con altri Centri Italiani ed Europei in studi inerenti la minimizzazione della terapia immunosoppressiva nel ricevente anziano, i rischi del donatore da vivente a lungo termine e le strategie per ampliare il pool di donatori cadavere e vivente.

In ottemperanza a quanto stabilito a livello regionale si è provveduto nell'anno 2014 al mantenimento del numero dei pazienti in lista d'attesa raggiungendo l'obiettivo concordato. Infatti al 31/12/2013 il numero totale dei pazienti in lista d'attesa presso il nostro Centro era di 348 mentre al 31/12/2014 di 351, la maggior parte dei quali residenti in altre regioni italiane (58.1%).

Il tempo d'attesa tra richiesta della visita pre-trapianto e la sua effettuazione è stato inferiore ai 30 giorni sia per i candidati della regione che per i pazienti extraregionali.

Nell'anno 2014 sono usciti dalla lista d'attesa 122 pazienti (6 deceduti, 22 esclusi, 94 trapiantati), i nuovi ingressi sono stati 125 di cui 53 (42.4%) residenti in Emilia-Romagna. Per quanto concerne l'attività di followup, oltre 700 pazienti trapiantati sono seguiti direttamente dal Centro Trapianti secondo protocolli clinici definiti ed informatizzati.

Tabella 42 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2011-2014

Tipologie	2011	2012	2013	2014
Segnalati	31	19	25	15
Opposizioni	9	4	6	4
Opposizioni procura	2	-	0	0
Non idoneo	2	-	2	0
Effettivi	14	14	17	9
Utilizzati	14	14	16	9

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

La tabella 43 riporta i dati inerenti gli organi procurati dalla Rianimazione dell'AOU di Parma dal 2012 al 2014 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali), da cui si evidenzia un decremento nel 2014 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 2014 gli organi procurati dalla nostra Rianimazione rappresentano il 10% del totale.

Tabella 43 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2012- 2014

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
2012	4	4	13	13	22	17	1	0	4	4	44	38
2013	2	2	16	15	31	22	2	2	5	5	56	46
2014	2	2	8	8	13	11	1	0	4	4	28	25
Totale RER 2014	16	15	93	91	157	133	5	4	13	9	284	252

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER



La tabella 44 riporta i dati inerenti le attività di prelievo di tessuti presso l’AOU Parma dal 2012 al 2014 con il dettaglio relativo a cornee, cute, osso e cartilagini, vasi e valvole prelevate, da cui si evidenzia un incremento dell’attività nel 2014 relativamente al prelievo di ossa e cartilagini, mentre a fronte della stabilità di prelievo per vasi e valvole, si registra un decremento relativamente a cornee e cute.

Tabella 44 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
2012	94	187	4	7.760	14	66	2	5	2	4
2013	76	152	7	13.670	5	75	3	8	4	8
2014	55	110	6	9.953	6	85	2	8	4	8

Fonte: : Report 2014 Centro Riferimento Trapianti Regione Emilia-Romagna

Nella tabella 45 il dato più significativo è da riferirsi all’incremento dei trapianti di midollo autologhi in relazione a specifici indirizzi terapeutici adottati dalla Unità Operativa di Trapianti di Midollo Osseo che è andata consolidandosi nel corso del triennio.

Tabella 45 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2012	2013	2014
Cornea	77	61	75
*Midollo	13 autologhi 10 allogeneici	18 18	29 13
Rene	41 di cui 5 da vivente	53 di cui 7 da vivente	39 di cui 5 da vivente
Rene-pancreas	-	2	3

Fonte : Report 2014 Centro Riferimento Trapianti Regione Emilia-Romagna

*Fonte: Banca Dati SDO - Regione Emilia -Romagna

Qualità dell’assistenza

La qualità dell’assistenza viene valutata attraverso specifici indicatori che riguardano principalmente l’accessibilità, l’appropriatezza, la sicurezza e l’efficacia.

Per la redazione dei bilanci di missione delle aziende sanitarie sono stati selezionati complessivamente 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 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%. Nel corso del 2014 il dato relativo a questo indicatore mette in evidenza un miglioramento della performance dell’area ortopedica, anche per effetto del processo di riorganizzazione, tutt’ora in corso, che ha previsto la distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione per le Unità Operative



di Ortopedia. Il valore dell'indicatore seppur migliorato rispetto allo scorso anno resta al disotto della media regionale (68,4%).

Tabella 46 Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero > 18 anni, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2010-2014

Azienda di ricovero	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale								
AOU Parma	208	49,3	215	55,8	208	48,4	226	49,3	213	51,2
Totale Aziende Osp. RER	845	43,1	971	51,5	1.181	56,3	1.405	65,4	1.558	68,3
Totale RER	2.581	42,3	2.879	49,0	3.691	55,5	4.187	63,5	4.620	68,4

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 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 dal 2010 un trend in diminuzione del valore, che si attesta nel 2014 al 20% (al di sotto della media delle aziende ospedaliere della regione che registrano un valore pari al 22,5%).

Tabella 47 Parti con taglio cesareo primario per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2010-2014

Azienda di ricovero	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale								
AOU Parma	628	27,3	574	27,3	526	23,2	490	22,6	452	20,0
Totale Aziende Osp. RER	2.624	23,4	2.595	23,8	2.653	22,7	2.679	23,8	2.498	22,5
Totale RER	6.918	20,9	6.652	20,0	6.835	19,8	6.819	20,4	6.136	19,0

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

L'**intervento di colecistectomia 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 tratta, attraverso questa modalità, più del 96% della casistica con un valore superiore sia alla media delle aziende ospedaliere della regione (93%) che alla media regionale complessiva (93%), come risulta dalla tabella 48.

Tabella 48 Interventi di colecistectomia laparoscopica per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2010-2014

Azienda di ricovero	2010		2011		2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale								
AOU Parma	435	93,5	365	92,9	335	94,6	359	96,5	319	96,7
Totale Aziende Osp. RER	1.283	91,3	1.132	91,6	1.091	93,5	1.152	93,1	1.186	93,2
Totale RER	5.013	89,2	4.710	90,8	4.897	92,0	5.093	92,0	5.226	93,5

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



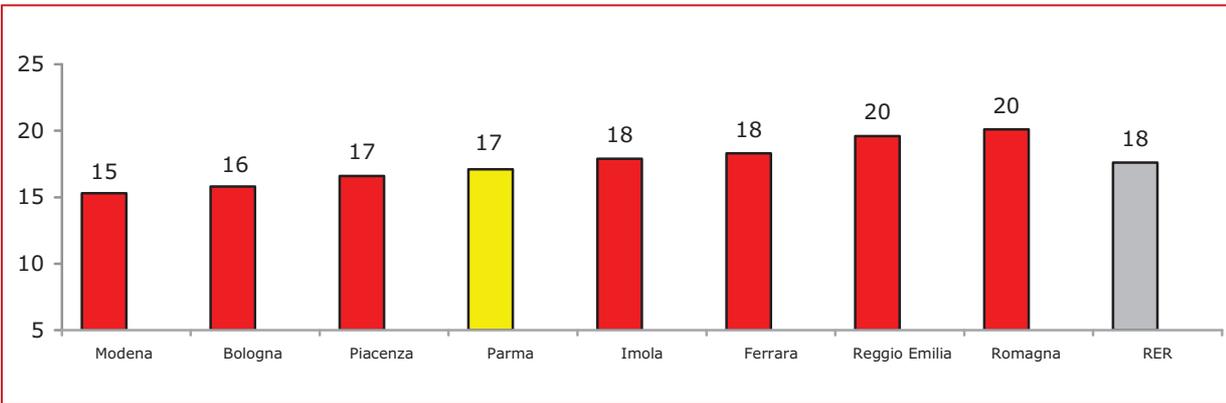
malattia, ma anche quella riabilitativa considerato che una parte non trascurabile dei decessi per Ictus avviene a distanza di tempo dal ricovero ospedaliero. Da qui la necessità di valutare la mortalità a 30 giorni dal ricovero in urgenza per Ictus. L'indicatore rappresentato nella tabella 49 mostra come il tasso di mortalità calcolato su pazienti il cui ricovero è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è diminuito rispetto al 2012 e 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 (grafico 14).

Tabella 49 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2011-2013*

Azienda di ricovero	2011		2012		2013	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	90	12,1	137	16,4	129	15,7
Totale Aziende Osp. RER	485	17,6	488	18,2	468	17,1
Totale RER	1.644	17,5	1.710	18,4	1.626	17,6

*L'indicatore non è aggiornato al 2014 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 2013



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 e quanto più è rapido tanto più è efficace. Un indicatore indiretto della qualità dell'assistenza erogata per questa tipologia di pazienti è rappresentato dalla numerosità delle procedure effettuate, in quanto importanti volumi di attività garantiscono una migliore qualità e tempestività di esecuzione grazie proprio all'esperienza acquisita dai singoli centri. Le linee guida di importanti società di cardiologia a livello mondiale stabiliscono che una struttura sanitaria dovrebbe eseguire almeno 36 procedure di PTCA in urgenza all'anno; l'AOU di Parma nel corso dei 4 anni rappresentati nella tabella 50 si pone ben al di sopra di questo standard di riferimento con una casistica media in urgenza superiore ai 290 casi. Il valore percentuale di tale casistica è inferiore alla media di riferimento regionale (2014 la differenza è di 2,5 punti, con una percentuale aggiustata per genere, età e comorbidità).

Tabella 50 PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2011-2014

Azienda di ricovero	2011		2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale						
AOU Parma	228	68,5	201	65,0	280	71,9	298	64,6
Totale RER	2.379	60,4	2.237	60,2	3.362	70,8	3.347	66,9

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 7,9% nel 2014 in decremento significativo rispetto agli anni precedenti (tabella 51); 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 l'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 2014 il 5,1%.

Tabella 51 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 2012-2014

Azienda di ricovero	STEMI*			NSTEMI*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
AOU Parma	13,1	12,4	7,9	6,1	5,3	5,1
Totale RER	14,0	13,9	-	5,0	5,0	-

Fonte: Area riservata Bilancio di missione. Valore standardizzato per genere, età e comorbilità

*il calcolo dell'indicatore prevede l'estrazione del dato di mortalità dall'Anagrafe assistiti della regione

Il tasso aggiustato è calcolato per i centri con casistica pari o superiore a 50 e con tasso di evento diverso da 0 o da 100%; tali casi sono comunque stati inclusi per il calcolo della media regionale.

2.4 Ricerca e didattica

La missione degli ospedali come l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dove il mondo accademico incontra e si integra con la clinica, è composta da tre componenti inscindibili l'uno dall'altro: l'assistenza, la ricerca e la didattica [Mezrich 2007]. Da ciò deriva che i professionisti che operano presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie sono chiamati a contribuire a tutte e tre le tipologie di attività sopraindicate. È pertanto necessario disporre di sistemi di valutazione ampi, che non si limitino, ad esempio, a rilevare il numero di pubblicazioni o il valore dell'Impact Factor, come frequentemente avviene, ma che siano in grado di evidenziare anche quelle attività "sommese", spesso trascurate ma non per questo meno importanti. Tra esse, come sottolinea la letteratura, spiccano le attività di formazione sulla ricerca e la supervisione degli studenti [Smith 2001, Wootton 2013]. Un sistema di valutazione della ricerca che comprende anche attività "sommese" potrebbe, tra l'altro, fornire informazioni per orientare lo stanziamento di risorse, incoraggiare la partecipazione alla ricerca dei clinici, offrire un riconoscimento all'impegno dei ricercatori e permettere di informare la comunità delle attività di ricerca svolte in ospedale.

La Regione Emilia-Romagna, nella D.G.R. n. 1066 del 23 luglio 2009, dà particolare rilevanza alla valorizzazione dell'impegno dei ricercatori, il che presuppone anche che le iniziative di ricerca e i loro risultati siano valutati, in termini di effettiva potenzialità innovativa per i servizi e di ricadute positive sulla qualità dell'assistenza. Tuttavia in Emilia-Romagna non esiste ancora un approccio uniforme per la valutazione delle attività di ricerca e attualmente la produttività degli ospedali viene misurata solo in termini di output dell'attività di assistenza (Numero ricoveri, punti DRG, visite/esami, durata di degenza, eccetera).

Con queste premesse, è stato costituito presso l'Azienda un gruppo di lavoro con l'obiettivo di sviluppare un semplice metodo di misura della produttività di ricerca individuale e analizzare la performance dei dipartimenti e di determinarne, successivamente, la fattibilità e possibili utilizzi in azienda. Il gruppo di lavoro era composto da professionisti esperti nella ricerca, afferenti sia all'Ospedale sia all'Università, al fine di tenere conto dei diversi punti di vista e di non tralasciare elementi chiave. Il prodotto del progetto, i cui risultati sono in fase di pubblicazione, è la definizione di 12 indicatori facilmente reperibili, tratti dalla letteratura, a cui sono stati assegnati dei punteggi secondo un sistema di pesi inteso a riflettere l'impegno presunto e l'importanza di ciascuna attività. Questo approccio, se integrato con la valutazione dell'output delle attività di assistenza, consentirà di avere una visione più ampia dell'impegno complessivo e della produzione scientifica, indipendentemente dall'afferenza dei professionisti.



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

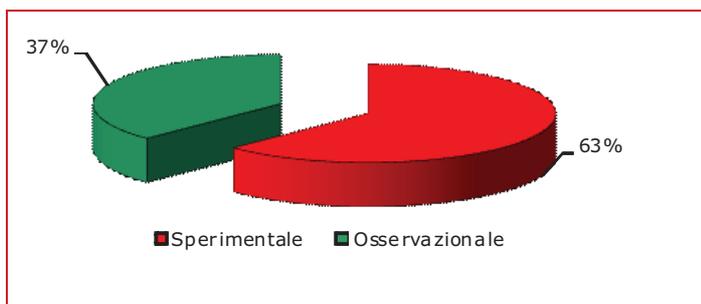
Come negli anni precedenti, anche nel 2014 è stata effettuata la rilevazione sistematica degli studi avviati in Azienda nell'arco dell'anno, con il duplice scopo di mettere in evidenza il lavoro di ricerca svolto, ma anche per rispondere al debito informativo per l'attuazione dell'Anagrafe Regionale della Ricerca (ARER). Come per l'anno precedente, nel 2014 sono stati avviati 118 progetti di ricerca, nel 36% dei quali l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è responsabile del coordinamento. Si registra nel triennio considerato un trend in incremento dei progetti privi di finanziamento (+20% rispetto al 2013).

Tabella 1 Numero progetti attivati

	2014	2013	2012
Numero totale progetti	118	118	138
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	42	51	41
di cui progetti privi di finanziamento	69	57	56

Nei grafici seguenti è illustrata la distribuzione dei progetti di ricerca a seconda del disegno dello studio e dell'area tematica prevalente.

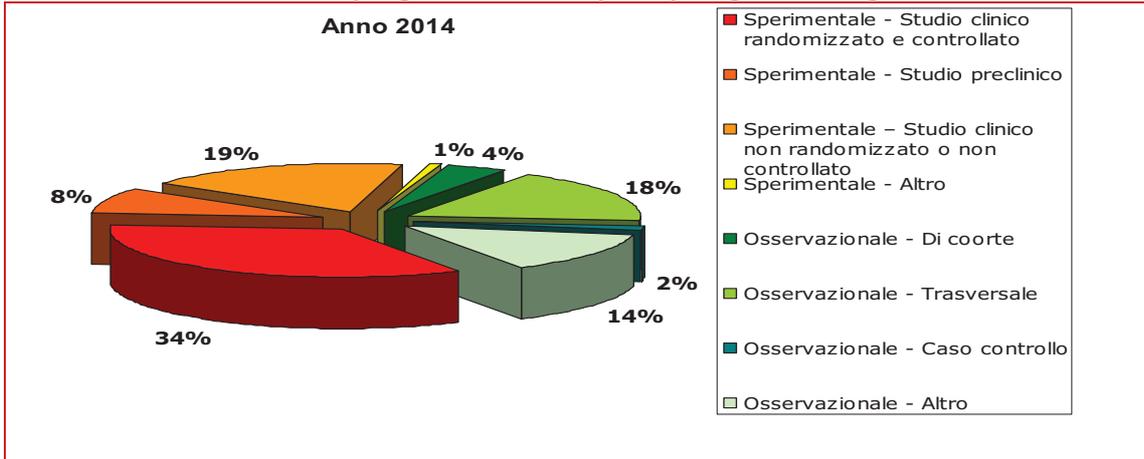
Relativamente al disegno, gli studi sono suddivisi in sperimentali (studi in cui il ricercatore attua una modificazione controllata e programmata di alcuni fattori, ad esempio terapie, test, eccetera, raccogliendo informazioni in merito alle conseguenze di tali modificazioni) e osservazionali (studi 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 agli anni passati gli studi sperimentali sono prevalenti (63%) rispetto a quelli osservazionali.



Nel grafico 2 si evidenzia come la quota prevalente di progetti avviati nel 2014 sia rappresentata da sperimentazioni cliniche randomizzate e controllate, cioè studi metodologicamente molto rigorosi attuati per dimostrare con un elevato grado di certezza l'efficacia o meno di un trattamento sui pazienti. Tra gli studi osservazionali, svolge un ruolo preponderante quello trasversale (che costituisce il 18% degli studi attivati nell'anno), utilizzato per misurare la prevalenza (frequenza di pazienti affetti da una determinata malattia) e stimare l'impatto sui servizi sanitari e i costi sociali della patologia.

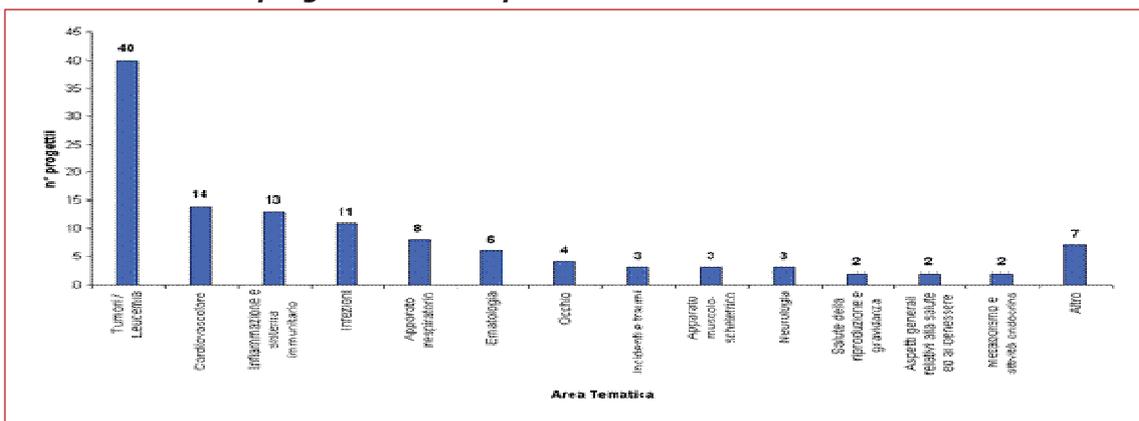


Grafico 2 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno



Un altro aspetto che descrive le caratteristiche più salienti dell'attività di ricerca svolta nell'AOU di Parma è l'area tematica dello studio: nel 2014, come evidente nel grafico sotto, l'area "Tumori, inclusa Leucemia" è quella prevalente (40 studi), seguita dalla ricerca cardiovascolare (14 progetti).

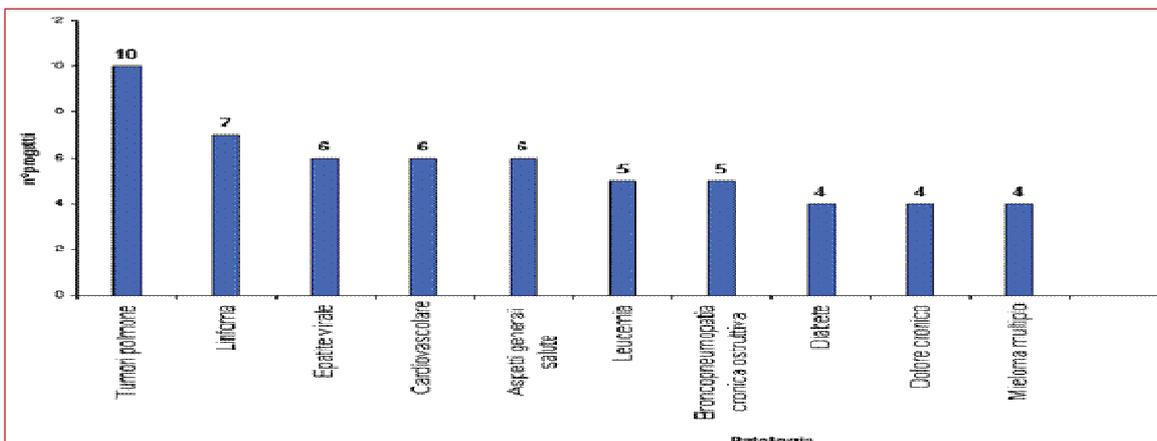
Grafico 3 Numero progetti suddivisi per Area tematica



Nota: sono riportate le aree tematiche su cui sono stati avviati almeno due progetti di ricerca nell'anno 2013.

Le patologie che risultano essere state maggiormente studiate nell'ambito di un progetto di ricerca nel 2014 sono il tumore polmonare (10 progetti), il linfoma (7 progetti), l'epatite virale e le patologie cardiovascolari (6).

Grafico 4 Numero progetti suddivisi per Patologia



Nota: sono riportate le patologie trattate in almeno quattro progetti di ricerca nell'anno 2014.



Le Pubblicazioni

Il lavoro dei ricercatori, e il generoso contributo dei pazienti partecipanti a uno studio clinico, non avrebbero senso se l'esperienza e i risultati acquisiti non venissero condivisi con la comunità scientifica, e con il pubblico. Comunicare quanto svolto è importante per valorizzare l'impegno profuso e rendervi merito, ma è anche necessario per produrre il progresso della scienza, e il miglioramento della qualità dell'assistenza, che costituiscono lo scopo ultimo di qualsiasi attività di ricerca. 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. Tuttavia, nonostante la semplificazione del trasferimento di informazioni degli ultimi anni, solo per circa la metà dei trial registrati vengono disseminati i risultati, almeno parziali [Chalmers 2013]. A ciò si aggiunge la tendenza, propria sia degli autori, sia delle riviste, di pubblicare prevalentemente studi con esiti positivi (ad esempio che dimostrano l'efficacia di un farmaco o di una tecnologia). Questa pubblicazione sbilanciata (definita publication bias) rappresenta un grave limite in quanto, sebbene gli studi negativi possano certamente risultare di minor impatto mediatico, la loro mancata diffusione può portare a possibili conseguenze negative, quali la replica di ricerca non necessaria perché già effettuata, spreco di risorse, eccetera [Chalmers & Glasziou 2009].

Consapevole dell'importanza della questione, la Regione Emilia-Romagna incoraggia da anni i ricercatori a disseminare i risultati di progetti, in particolare su riviste gratuitamente accessibili (open-access). Dal 2013, questa opera di promozione ha assunto una forma particolarmente concreta: è stata infatti prevista, nei bandi del Programma di Ricerca Regione-Università, una quota di finanziamento integrativa che verrà stanziata solo a seguito della pubblicazione dello studio su rivista open-access. Inoltre, la RER ha attuato una indagine online, rivolta a tutti i responsabili scientifici di studi finanziati dal suddetto programma di ricerca, volta a rilevare i prodotti derivanti da questi progetti, comprese le pubblicazioni.

Con la stessa finalità, l'Azienda 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 2012-2014, 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 e di Impact Factor normalizzato.

Tabella 2 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2012-2014

Anno	N° pubblicazioni	di cui Articoli	Impact Factor Totale	Impact Factor normalizzato (IFn)
2014	437	299	1328	1950
2013	468	339	2154	2328
2012	454	316	1840	2195

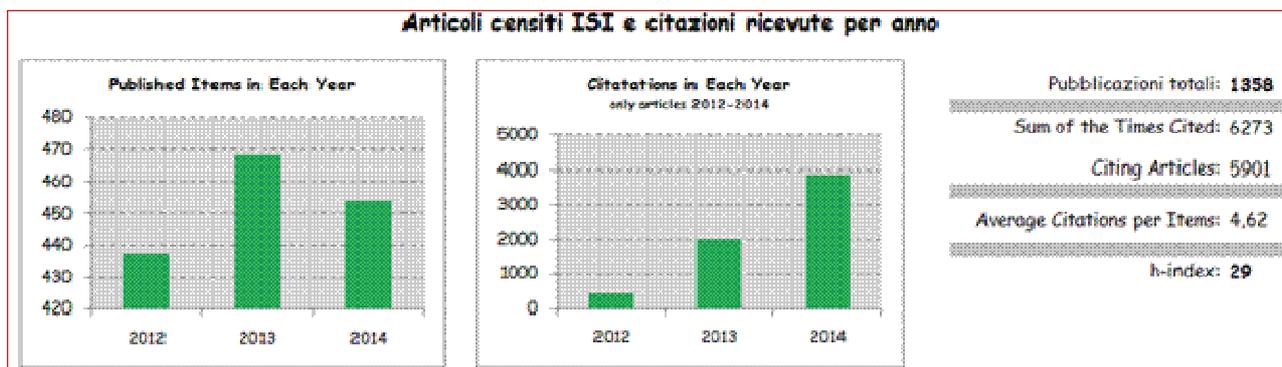
Nota: L'IF è un indicatore che valuta numericamente, in base alle citazioni che gli articoli di un giornale ricevono e al numero di lavori pubblicati nello stesso periodo, la posizione di una rivista rispetto ad altre della stessa categoria o disciplina: si stabilisce così una graduatoria delle riviste 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 dai dati direttamente estratti dalla Banca dati ISI, una volta selezionati gli articoli pubblicati dai professionisti dell'AOUPR nel periodo 2012-2014



Nel grafico 4 sono rappresentati per anno il numero di pubblicazioni e il relativo numero di citazioni ricevute per le pubblicazioni del medesimo periodo. 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 sua "Utilità" per il progredire della ricerca scientifica. Il numero di citazioni per anno è relativo al numero cumulativo di pubblicazioni, cioè nel 2012 le citazioni sono quelle relative alle pubblicazioni dello stesso anno, nel 2013 riguardano le pubblicazioni sia dell'anno precedente sia dell'anno corrente, nel 2014 le citazioni sono relative alle pubblicazioni dei tre anni considerati. A destra del grafico vengono mostrati alcuni indicatori, di cui il principale è sicuramente l'h-index (pari a 29) che riassume con un unico dato sia il numero di citazioni sia di pubblicazioni. Tra gli altri valori vengono presentati il numero totale di pubblicazioni (1358 nei tre anni) e il totale delle citazioni (6273).

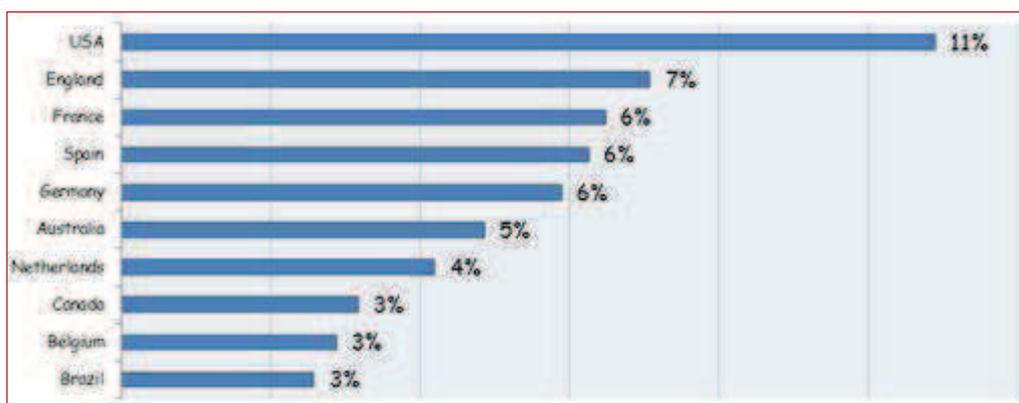
Grafico 4 Pubblicazioni censite ISI e citazioni ricevute, anni 2012-2014



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.

Nel grafico successivo sono elencate le collaborazioni internazionali (Grafico 5), cioè la provenienza dei co-autori: USA è la nazione con cui vi è stata la maggiore collaborazione (nel 11% delle pubblicazioni dell'AOU di PR c'è almeno un autore che lavora negli Stati Uniti) e a seguire con l'Inghilterra (nel 7% delle pubblicazioni).

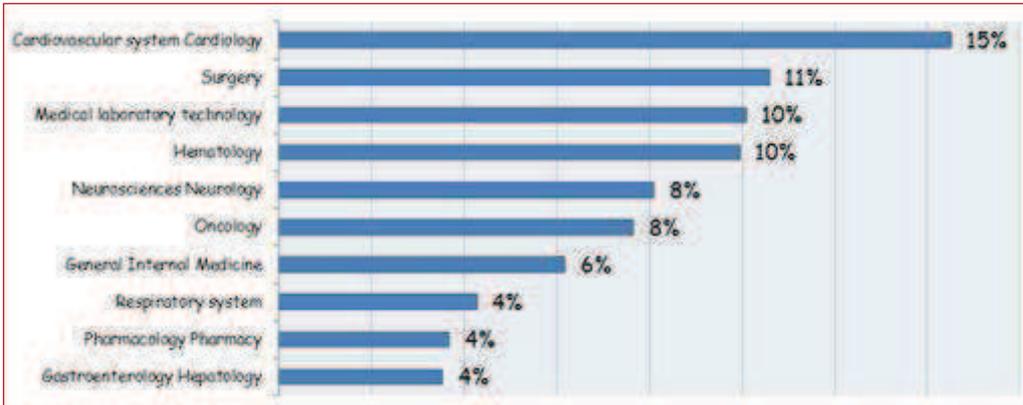
Grafico 5 Pubblicazioni con autori internazionali



Il grafico 6 descrive le Aree tematiche prevalenti, cioè quelle in cui l'AOU di Parma ha pubblicato con maggiore frequenza: sono confermate anche per il 2014 la Cardiovascolare, la Chirurgia, la Tecnologia e Medicina di laboratorio e l'Ematologia.



Grafico 6 Aree tematiche prevalenti



Per misurare l'impatto della ricerca vengono analizzati in tabella 3 un set di 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 2014		Anno 2013		Anno 2012	
	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	191	64%	143	43%	189	58%
Grado di eccellenza: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste (top journals) convenzionalmente intese come con IF>10	10	3%	15	4%	20	6%
Grado di qualità: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore convenzionalmente intese come IFN>6	71	24%	37	11%	71	22%

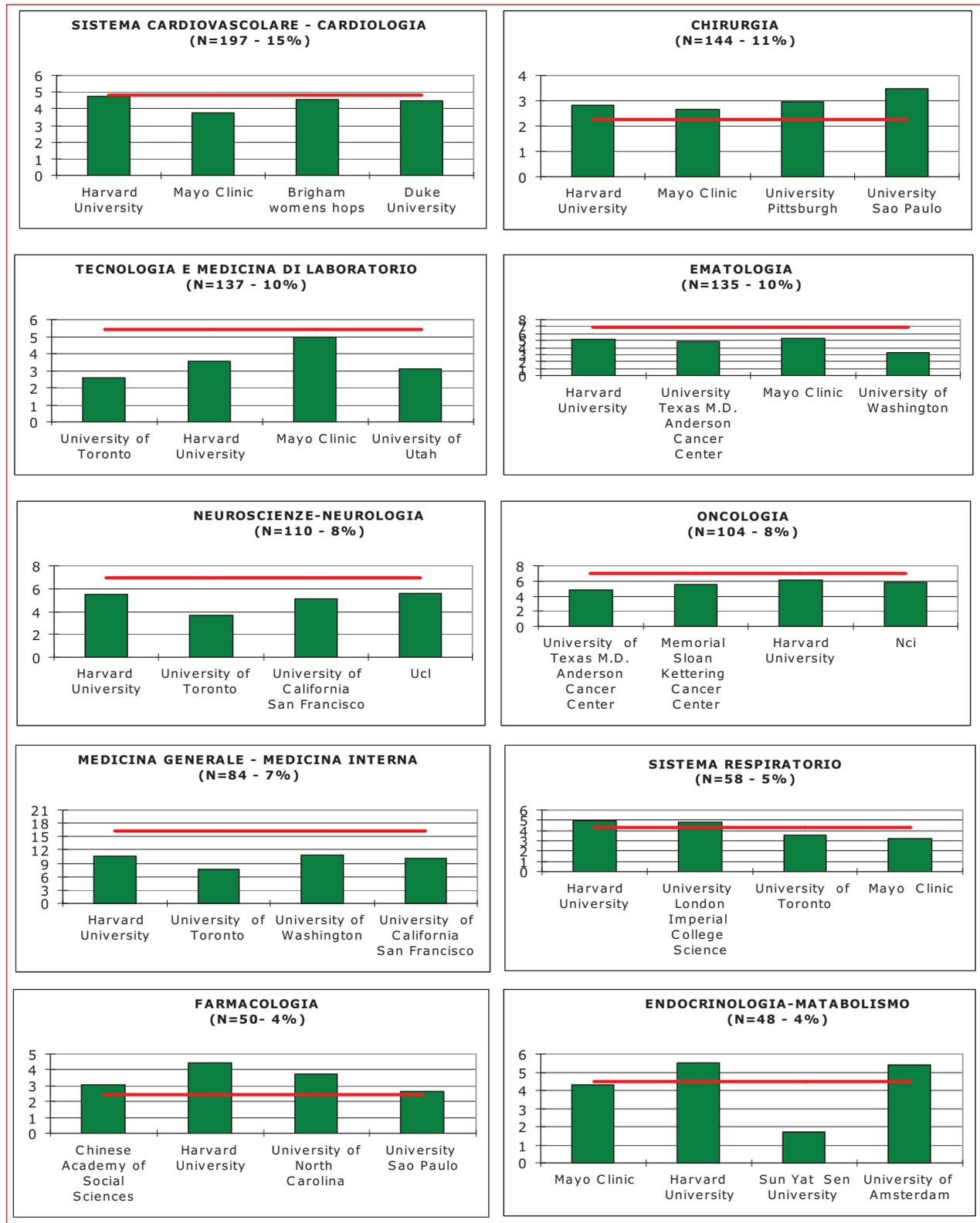
Si evince che nei tre anni considerati i professionisti dell'AOU di Parma hanno esercitato un ruolo di rilievo, come ideatori o principali realizzatori dello studio o estensori dell'articolo; in particolare nel triennio si rileva un incremento significativo della qualità degli articoli pubblicati.

Il grafico 7 riporta il confronto tra la produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e quella di altre Istituzioni internazionali (università, ospedali, laboratori, eccetera). Per ciascuna delle 10 Aree tematiche prevalenti nell'AOUPR sono state individuate le prime quattro Istituzioni che nel periodo 2012-2014 hanno pubblicato maggiormente a livello internazionale, quindi centri di eccellenza in ambito scientifico. Successivamente, per ogni Istituzione selezionata è stato calcolato il numero medio di citazioni per pubblicazione e creato l'istogramma. Per confrontare il posizionamento dell'AOU di Parma rispetto a questi centri di eccellenza, è stata utilizzata una barra rossa che indica il valore medio di citazioni del nostro ospedale.

In breve, è possibile affermare che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma presenta un numero medio di citazioni per area molto simile alle top-four internazionali; in particolare, l'eccellenza è rappresentata dalle aree di Medicina Interna, Neuroscienze, Ematologia e Oncologia, Tecnologia e Medicina di laboratorio.



Grafico 7 Numero medio di citazioni per area tematica prevalente: Confronto Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con altre Istituzioni Internazionali



Infine, per completare la descrizione delle attività, di seguito si riportano i primi 20 articoli scientifici pubblicati sulle riviste più autorevoli nel 2014; 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. Cunha, C; **Aversa, F**; Lacerda, JF; ... ; Romani, L; Carvalho, A (2014) *Genetic PTX3 Deficiency and Aspergillosis in Stem-Cell Transplantation* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 370(5)421:432 **IF₂₀₁₃=54,42** [Article]
2. Crosby, J; Peloso, GM; ...; **Ardissino, D**; ...; Boerwinkle, E; Kathiresan, S (2014) *Loss-of-Function Mutations in APOC3, Triglycerides, and Coronary Disease* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 371(1)22:31 **IF₂₀₁₃=54,42** [Article]
3. Ortega, HG; Liu, MC; ...; **Chetta, AA**; ...; Yancey, SW; Chanez, P (2014) *Mepolizumab Treatment in Patients with Severe Eosinophilic Asthma* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 371(13)1198:1207 **IF₂₀₁₃=54,42** [Article]
4. **Perini, P**; Jean-Baptiste, E; Vezzosi, M; Raynier, JL; Mottini, F; Batt, M; Hassen-Khodja, R; **Salcuni, P** (2014) *Surgical management of isolated superficial femoral artery degenerative aneurysms* JOURNAL OF VASCULAR SURGERY 59(1)152:158 **IF₂₀₁₃=26,303** [Article]
5. Goldoni, M; Bonini, S; Urban, ML; **Palmisano, A**; De Palma, G; Galletti, E; **Coggiola, M**; **Buzio, C**; **Mutti, A**; **Vaglio, A** (2014) *Asbestos and Smoking as Risk Factors for Idiopathic Retroperitoneal Fibrosis* ANNALS OF INTERNAL MEDICINE 161(3)181:U130 **IF₂₀₁₃=16,104** [Article]
6. **Numeroso, F**; **Mossini, G**; **Lippi, G**; **Cervellin, G** (2014) *Evaluation of the current prognostic role of heart diseases in the history of patients with syncope* EUROPACE 16(9)1379:1383 **IF₂₀₁₃=15,28** [Article]
7. Stringari, G; Tripodi, S; **Caffarelli, C**; ...; Plebani, M; Matricardi, PM (2014) *The effect of component-resolved diagnosis on specific immunotherapy prescription in children with hay fever* JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY 134(1)75:+ **IF₂₀₁₃=11,248** [Article]
8. **Cabassi, A**; Binno, SM; **Tedeschi, S**; Ruzicka, V; Dancelli, S; Rocco, R; **Vicini, V**; **Coghi, P**; **Regolisti, G**; **Montanari, A**; **Fiaccadori, E**; Govoni, P; Piepoli, M; de Champlain, J (2014) *Low Serum Ferroxidase I Activity Is Associated With Mortality in Heart Failure and Related to Both Peroxynitrite-Induced Cysteine Oxidation and Tyrosine Nitration of Ceruloplasmin* CIRCULATION RESEARCH 114(11)1723:+ **IF₂₀₁₃=11,089** [Article]
9. Peloso, GM; Auer, PL; ...; **Ardissino, D**; ...; Kathiresan, S; Cupples, LA (2014) *Association of Low-Frequency and Rare Coding-Sequence Variants with Blood Lipids and Coronary Heart Disease in 56,000 Whites and Blacks* AMERICAN JOURNAL OF HUMAN GENETICS 94(2)223:232 **IF₂₀₁₃=10,987** [Article]
10. Cucchetti, A; Trevisani, F; ...; **Missale, G**; ...; Bernardi, M; Pinna, AD (2014) *Estimation of lead-time bias and its impact on the outcome of surveillance for the early diagnosis of hepatocellular carcinoma* JOURNAL OF HEPATOLOGY 61(2)333:341 **IF₂₀₁₃=10,401** [Article]
11. Martelli, MF; Di Ianni, M; Ruggeri, L; Pierini, A; Falzetti, F; Carotti, A; Terenzi, A; Reisner, Y; **Aversa, F**; Falini, B; Velardi, A (2014) *Designed grafts for HLA-haploidentical stem cell transplantation* BLOOD 123(7)967:973 **IF₂₀₁₃=9,775** [Article]
12. Martelli, MF; Di Ianni, M; ...; **Aversa, F**; Falini, B; Velardi, A (2014) *HLA-haploidentical transplantation with regulatory and conventional T-cell adoptive immunotherapy prevents acute leukemia relapse* BLOOD 124(4)638:644 **IF₂₀₁₃=9,775** [Article]
13. Walsh, SLF; **Sverzellati, N**; Devaraj, A; Keir, GJ; Wells, AU; Hansell, DM (2014) *Connective tissue disease related fibrotic lung disease: high resolution computed tomographic and pulmonary function indices as prognostic determinants* THORAX 69(3)216:222 **IF₂₀₁₃=8,562** [Article]
14. Marchetti, A; Barberis, M; Papotti, M; **Rossi, G**; Franco, R; Malatesta, S; Buttitta, F; **Ardizzoni, A**; Crino, L; Gridelli, C; Taddei, GL; Clemente, C; Scagliotti, G; Normanno, N; **Pinto, C** (2014) *ALK*



Rearrangement Testing by FISH Analysis in Non-Small-Cell Lung Cancer Patients Results of the First Italian External Quality Assurance Scheme JOURNAL OF THORACIC ONCOLOGY 9(10)1470:1476 **IF₂₀₁₃=8,136** [Article]

15. Fontana, E; **Pucci, F; Ardizzoni, A** (2014) *Colorectal cancer patient on maintenance dialysis successfully treated with cetuximab* ANTI-CANCER DRUGS 25(1)120:122 **IF₂₀₁₃=7,86** [Article]
16. **Cervellin, G; Borghi, L; Lippi, G** (2014) *Do clinicians decide relying primarily on Bayesians principles or on Gestalt perception? Some pearls and pitfalls of Gestalt perception in medicine* INTERNAL AND EMERGENCY MEDICINE 9(5)513:519 **IF₂₀₁₃=7,806** [Article]
17. Di Saverio, S; Sibilio, A; ...; **Catena, F; Tugnoli, G** (2014) *The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis) Prospective Study on the Efficacy and Safety of Antibiotics (Amoxicillin and Clavulanic Acid) for Treating Patients With Right Lower Quadrant Abdominal Pain and Long-Term Follow-up of Conserv* ANNALS OF SURGERY 260(1)109:117 **IF₂₀₁₃=7,188** [Article]
18. **Maggio, MG; De Vita, F; Lauretani, F; Ceda, GP; Volpi, E; Giallauria, F; De Cicco, G; Cattabiani, C; Melhus, H; Michalsson, K; Cederholm, T; Lind, L** (2014) *Vitamin D and Endothelial Vasodilation in Older Individuals: Data From the PIVUS Study* JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM 99(9)3382:3389 **IF₂₀₁₃=6,31** [Article]
19. Rossi, A; **Gaibazzi, N; Dandale, R; Agricola, E; Moreo, A; Berlinghieri, N; Sartorio, D; Loffi, M; De Chiara, B; Rigo, F; Vassanelli, C; Faggiano, P** (2014) *Aortic valve sclerosis as a marker of coronary artery atherosclerosis; a multicenter study of a large population with a low prevalence of coronary artery disease* INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY 172(2)364:367 **IF₂₀₁₃=6,175** [Article]
20. Savarese, G; **Dei Cas, A; Rosano, G; D'Amore, C; Musella, F; Mosca, S; Reiner, MF; Marchioli, R; Trimarco, B; Perrone-Filardi, P** (2014) *Reduction of albumin urinary excretion is associated with reduced cardiovascular events in hypertensive and/or diabetic patients. A meta-regression analysis of 32 randomized trials* INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOLOGY 172(2):403-410 **IF₂₀₁₃=6.175** [Article]

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.

Corsi di Laurea Magistrale a Ciclo Unico

Tabella 4 Medicina e Chirurgia - a.a. 2014-2015

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti 6° anno	Iscritti FC	Totale iscritti
Medicina e Chirurgia	339	298	472	254	182	139	178	1862

Tabella 5 Odontoiatria e Protesi dentaria - a.a. 2014-2015

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Iscritti 4° anno	Iscritti 5° anno	Iscritti 6° anno	Iscritti FC	Totale iscritti
Odontoiatria e protesi dentaria	21	25	14	20	12	15	12	119



Tabella 6 Provenienza iscritti a Medicina e Chirurgia e iscritti a Odontoiatria e protesi dentaria a.a. 2014-2015

Tipo corso di studi	Provenienze iscritti			Totale iscritti
	Residenti in Emilia-Romagna	di cui residenti in pr. di Parma	Residenti extraregione	
Medicina e Chirurgia	895	521	967	1862
Odontoiatria e protesi dentaria	61	35	58	119
Totale	956	556	1025	1981

Il dettaglio che segue riporta la fotografia dell'offerta formativa dei corsi di laurea attivati per le professioni sanitarie

Corsi di Laurea Magistrale

Tabella 7 Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Psicobiologia e Neuroscienze Cognitive a.a. 2014-2015

Corsi di studio	Totale iscritti
Scienze infermieristiche e ostetriche	53
Psicobiologia e Neuroscienze Cognitive	89
Totale	142

Corsi di Laurea Triennale

Tabella 8 Iscrizioni ai corsi di Laurea Triennale per le Professioni Sanitarie - a.a. 2014-2015

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Totale iscritti
Fisioterapia	58	48	48	154
Infermieristica	243	216	243	702
Logopedia	17	16	13	46
Ortottica e assistenza oftalmologica	13	10	8	31
Ostetricia	22	33	19	74
Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia	15	21	20	56
Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	21	16	15	52
Tecniche di laboratorio biomedico	28	30	17	75
Tecniche Audioprotesiche	20	19	19	58
Totale	437	409	402	1248

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 2013/2014.

Tabella 9 Scuole di specializzazione a.a. 2013-2014

Il concorso per l'ammissione dei medici in formazione specialistica ai suddetti corsi è stato svolto ad ottobre, su base nazionale, con presa di servizio a partire da dicembre 2014

Scuole di specializzazione	Residenti in pr di Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
Allergologia ed Immunologia Clinica	5	5	2	12
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	27	6	14	47
Chirurgia Generale	20	3	11	34
Chirurgia Maxillo-Facciale	6	4	6	16
Geriatrics	8	5	4	17
Ginecologia e Ostetricia	11	6	9	26
Igiene e Medicina Preventiva	6	6	2	14
Malattie dell'apparato cardiovascolare	11	3	14	28
Malattie dell'apparato respiratorio	10	7	11	28
Medicina del Lavoro	12	5	3	20
Medicina d'Emergenza-Urgenza	11	7	11	29
Medicina Fisica e Riabilitativa	7	4	5	16
Medicina Interna	13	5	9	27
Nefrologia	10	2	5	17
Neurologia	8	4	4	16
Neuropsichiatria Infantile	5	18	6	29
Ortopedia e Traumatologia	9	5	7	21
Pediatria	30	5	14	49
Psichiatria	15	6	5	26
Radiodiagnostica	32	11	24	67
Radioterapia	7	5	6	18
Totale	263	122	172	557

Nota: I dati, in relazione al D.M. MIUR 612 del 08 agosto 2014, si riferiscono al numero degli iscritti esclusivamente alla sede Capofila di Parma e non comprendono gli specializzandi frequentanti le Scuole aggregate con l'Università di Parma ma iscritti presso le sedi Capofila di altre Università (cfr. capitolo 3.6).

L'offerta formativa post-laurea della Facoltà si struttura anche in master universitari, di I e II livello, con un numero complessivo di iscritti per l'a.a. 2014-2015 di 233.

Tabella 10 Master attivati di I e II livello a.a. 2014-2015

Titolo Master	Livello	Residenti in Emilia-Romagna	di cui residenti in pr. di Parma	Residenti extraregione	Iscritti
Management per le Funzioni di Coordinamento nell'area delle Professioni Sanitarie	1°	15	11	9	24
Cure Palliative e Terapia del Dolore per Professioni Sanitarie	1°	6	2	3	9
Case\Care Management Infermieristico e Ostetrico In Ospedale e sul Territorio	1°	18	6	9	27
Infermieristica in Area Critica	1°	17	4	16	33
Management del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria	1°	8	3	23	31
Competenze avanzate in infermieristica pediatrica	1°	5	1	12	17
Medicina estetica	2°	4	2	22	26
Terapia del dolore	2°	1	1	26	27



Titolo Master	Livello	Residenti in Emilia-Romagna	di cui residenti in pr. di Parma	Residenti extraregione	Iscritti
Cure palliative	2°	12	3	13	25
Laser in odontostomatologia - master europeo	2°	1	0	6	7
Estetica orale e periorale	2°	2	0	5	7
Totale		89	33	144	233

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

Tabella 11 Dottorati attivi area clinica, anno 2014

Dottorato	Ciclo	26°	27°	28°	29°	30°	Totale
	Anno di corso	4°	3°	2°	1°	1°	
	Provenienza (residenza)						
Biologia del comportamento	extraregionale	0	3	3	0	0	6
	extraregionale	0	2	0	0	0	2
Biologia e patologia molecolare	provinciale	0	2	4	0	0	6
	regionale	0	1	2	0	0	3
Fisiopatologia renale e malattie osteometaboliche	extraregionale	0	1	0	0	0	1
	provinciale	0	1	2	0	0	3
Fisiopatologia sistemica	extraregionale	0	3	4	0	0	7
	provinciale	0	0	1	0	0	1
Fisiopatologia sperimentale e diagnostica funzionale e per immagini del sistema cardio-polmonare	extraregionale	0	3	2	0	0	5
	provinciale	0	3	2	0	0	5
	regionale	0	0	1	0	0	1
Medicina molecolare	extraregionale	0	0	0	5	6	11
	provinciale	0	0	0	4	2	6
	regionale	0	0	0	1	1	2
Microbiologia e virologia	extraregionale	0	1	0	0	0	1
	provinciale	0	0	1	0	0	1
Neuroscienze	extraregionale	3	2	1	1	4	11
	provinciale	0	1	1	0	0	2
	regionale	1	0	1	5	2	9
Scienze chirurgiche e microbiologia applicata	extraregionale	0	0	0	2	3	5
	provinciale	0	0	0	4	3	7
	regionale	0	0	0	1	0	1
Scienze della prevenzione	extraregionale	0	1	5	0	0	6
	provinciale	0	2	1	0	0	3
Scienze mediche	extraregionale	0	0	0	3	4	7
	provinciale	0	0	0	8	6	14
	regionale	0	0	0	1	1	2
Totale		4	26	31	25	32	128



2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2014 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale. Nel corso dell'anno le modifiche apportate all'Atto aziendale (delibera n. 88 del 04/04/2014) hanno previsto una parziale revisione del ruolo dipartimentale, che si è inteso orientare maggiormente: all'esercizio di funzioni di Governo Clinico del sistema di produzione e finalizzato ad assicurare la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi; alla promozione dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali attraverso la elaborazione di programmi di formazione e di ricerca, più che alla gestione delle risorse fisiche e logistiche (ad esempio posti letto, tecnologie, sale operatorie, ambulatori) che entrano a far parte di piattaforme produttive gestite centralmente (si parla di Riorganizzazione dipartimentale nel paragrafo 3.5 del successivo capitolo).

La contrazione dei dipartimenti porta, come logica conseguenza, alla concentrazione di un numero maggiore di strutture all'interno dello stesso dipartimento, favorendo in tal modo l'integrazione tra le stesse, la maggiore possibilità di presidiare i flussi dei pazienti, la maggiore condivisione delle risorse disponibili e certamente la convivenza di aree disciplinari a volte diversificate nelle finalità più strettamente cliniche.

Sono stati costituiti 5 Dipartimenti ad Attività Integrata a seguito dell'intesa con il Magnifico Rettore:

- Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica
- Medico Geriatrico Riabilitativo
- Diagnostico
- Chirurgico Generale e Specialistico
- Materno Infantile

Si consideri che, ai fini della definizione dell'assetto, il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2014, 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 2 posti letto pensionanti in regime ordinario.

DIPARTIMENTO		DIAGNOSTICO														
Direzione Dipartimento		Dirigente del SSR														
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Dirigente del SSR												
				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
Anatomia e Istologia Patologica		Unità Operativa	Universitario	7	1	5	5	5	17	1	4	11	2	2	3	
Diagnostica Ematochimica		Unità Operativa	Dirigente del SSR	5	5	0	0	65	2		32			1	2	
Genetica Medica		Unità Operativa	Universitario	2	4	1	1	8			1			5	1	
Immunoelettrolitologia e Medicina Trasfusionale		Unità Operativa	Dirigente del SSR	8	4	0	0	33	3		9					1
Medicina Nucleare		Unità Operativa		3	3	0	0	13			1	1		2		
Microbiologia		Unità Operativa	Universitario	3	11	1	1	19	4	1	6			2		
Neuroradiologia		Unità Operativa	Dirigente del SSR	10		0	0	27			9			1		
Radiologia		Unità Operativa	Dirigente del SSR	25	2	0	0	49			22			1		
Radioterapia		Unità Operativa	Dirigente del SSR	5	5	0	0	18			3					
Scienze Radiologiche		Unità Operativa	Universitario	4	4	3	3	19			13					
Virologia		Unità Operativa	Universitario	2	2	0	0	12	2		8					
Biochimica ad Elevata Automazione		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		4											
Polo Emergenza Urgenza		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					29			5					
Radiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR	3	3	0	0	8			2			1		
Posti Letto LD																
Posti Letto DS																
Posti Letto DH																
Posti Letto Ordinari																

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA e AREA MEDICA GENERALE e SPECIALISTICA

Direzione Dipartimento Universitario

Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Personale																
				Posti Letto Ordinari	Posti Letto DH	Posti Letto DS	Posti Letto LD	Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici SSR tempo determinato	Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale	Dirigenti medici universitari	Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo	Dirigenti sanitari non medici universitari	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale	Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale	Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato	Personale amministrativo e tecnico universitario	Contrattisti
1° Anestesia e Rianimazione Gestione Interdip Siat	4901	Unità Operativa	Dirigente del SSR	14				34	0	0	0	15	2	45	2	15		2		
Centrale Operativa 118 - Elisoc Area Emilia Ovest		Unità Operativa	Dirigente del SSR					1	0	0		7		42		7				
Chirurgia d'Urgenza	0906	Unità Operativa	Dirigente del SSR	21				7	0	0		8		19		8		1		
Clinica e Immunologia Medica	2609/2610	Unità Operativa		21			3	4	2	2	1	18		52	2	8	2	1		
Clinica e Terapia Medica	2606/2602	Unità Operativa		38	2		2	1	1	6	6	8		19	2	3	3	8		
Clinica Pneumologica	6801	Unità Operativa	Universitario	12			1	1	1	2	2			8						1
Dermatologia	5201	Unità Operativa	Universitario	4	2			1	1	5	4			7						2
Ematologia e C.T.M.O.	1801	Unità Operativa	Universitario	12	2			2	2	1	5			24	1	5				3
Endocrinologia		Unità Operativa	Universitario					1	1	3	3									1
Fisiopatologia Respiratoria	4903	Unità Operativa		8				5	5	0	0			16						5
Malattie Infettive ed Epatologia	2401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	31	9			16	2	0	0			31	2	26				9
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale		Unità Operativa	Universitario					0		3	3									1
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagul	2611	Unità Operativa	Dirigente del SSR	21			3	12	1	0	0			20		11				3
Nefrologia	4801/2901	Unità Operativa	Universitario	21	3		1	6	6	2	2			37		19				3
Neurochirurgia - Neurotraumatologia	3002	Unità Operativa	Dirigente del SSR	14				7	7	0	0			18		5				1
Neurologia	3201	Unità Operativa	Universitario	14	2			4	4	8	8			23	4	3				2
Oncologia Medica	6401	Unità Operativa	Dirigente del SSR	14	20		4	13	13	4	0			35		22				8
Pneumologia ed Endoscopia Toracica	6802	Unità Operativa	Dirigente del SSR	12				6	6	1	1			16		8				1
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	5101	Unità Operativa	Dirigente del SSR	36				31	4	35	0			89	8	45				4
Semeiotica Medica	2608	Unità Operativa	Universitario	21			1	1	1	6	6			9	1	7				1
Centro Cefalee		Struttura semplice dipartimentale	Universitario					0		1	1									
Day Hospital Dipartimentale	0205	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR				2	1	1	0	0			7		1				
Day Hospital Pneumologico	0203	Struttura semplice dipartimentale					8													
Funzionalità Polmonare		Struttura semplice dipartimentale	Universitario					0		1	1									

3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Il presente capitolo costituisce il cuore del documento, in esso vengono esplicitati i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda interpreta i suoi doveri istituzionali e concorre al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale.

In questa sede, le informazioni sono organizzate in sette ambiti, che configurano il modo di essere e di operare di tutte le aziende sanitarie della regione.

A partire da questa edizione abbiamo integrato nel capitolo 3 una sintesi della relazione sulla performance, primo passo della progressiva trasformazione che caratterizzerà il documento nei prossimi anni, come strumento di accountability inserito nel ciclo della performance.

- I principi di integrità e trasparenza e la partecipazione degli enti locali
- Universalità ed equità di accesso
- Centralità del cittadino
- Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
- Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa
- Il Comitato di Indirizzo: integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca
- Nota integrativa per la relazione sulla performance 2014







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 2014 (D.G.R. 217/2014).

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 I principi di integrità e trasparenza e la partecipazione degli enti locali

Nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria - CTSS, la cui assemblea è composta da tutti i sindaci dei Comuni dell'ambito provinciale, trova realizzazione il coinvolgimento degli Enti Locali nelle funzioni di indirizzo e programmazione generale in tema di politiche sanitarie e socio-sanitarie. Negli ultimi mesi del 2014, l'Assemblea della CTSS ha eletto all'unanimità alla carica di Presidente il Sindaco di Parma e alla carica di vice-presidente il Presidente della Provincia, che è anche Sindaco di Salsomaggiore.

Il ruolo della Conferenza si sostanzia, fra l'altro, nell'espressione di indirizzi e nella valutazione dell'attività delle Aziende sanitarie e sull'integrazione socio sanitaria; nell'espressione del parere alla Regione sulla nomina e sulla conferma dei Direttori Generali; nell'adozione dei provvedimenti di individuazione/modifica della delimitazione dei Distretti e nell'approvazione dei bilanci aziendali. Inoltre, la CTSS verifica l'azione delle Aziende anche nel caso di eventi straordinari e di peculiare rilevanza.

Il contributo dell'Azienda alla programmazione provinciale trova riconoscimento formale nell'invito a prendere parte ai lavori dell'Ufficio di Presidenza della CTSS. All'Ufficio di Presidenza sono invitati permanenti, senza diritto di voto, insieme al Direttore Generale dell'AOU, il Direttore Generale dell'Azienda USL, il Rettore dell'Università degli Studi di Parma, il Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia.

Gli enti locali costituiscono, dunque, attraverso la CTSS, un riferimento istituzionale e di confronto aperto essenziale per la definizione della programmazione delle aziende sanitarie, sempre nel quadro delle politiche sanitarie delineate dalla Regione e nella più ampia cornice valoriale di riferimento entro cui si definisce e si sviluppa appunto la programmazione aziendale e che vede in trasparenza e integrità due importanti pilasti.

Le azioni realizzate e gli obiettivi conseguiti in tema di integrità, lotta alla corruzione e trasparenza sono esplicitati nelle due schede di seguito riportate e costituiscono la cornice entro cui.

Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni (D.Lgs. 33/2013)

Gli obiettivi in materia di trasparenza sono stati esplicitati nelle linee guida al budget 2014, realizzando il necessario collegamento fra la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione e gli obiettivi di trasparenza indicati nel Programma Triennale.

Le attività per l'implementazione e l'attuazione del Programma triennale per la trasparenza 2014-2015-2016 si configurano dunque quali obiettivi di budget del periodo di riferimento, assegnati oltre che al Responsabile aziendale per la trasparenza, anche ai Referenti individuati con Deliberazione del Direttore Generale n. 277/2013, contenente le Linee di direttiva e indirizzo operativo in materia di



Trasparenza e la definizione delle competenze, modalità e tempi delle azioni da svolgere da parte delle articolazioni aziendali.

In particolare per quanto riguarda l'anno 2014 gli obiettivi dei Referenti e del Responsabile della Trasparenza sono stati:

- partecipazione alle iniziative delle "Giornate per la Trasparenza";
- collaborazione per l'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità.

Risultati raggiunti

- È stata organizzata la Giornata per la Trasparenza 2014, svolta in collaborazione con l'Azienda USL di Parma. L'iniziativa, che si è tenuta il 4/12/2014, ha visto la partecipazione oltre che dei referenti Aziendali, anche di numerosi dipendenti, utenti, cittadini, istituzioni, associazioni e ha illustrato le modalità con le quali le due Aziende sanitarie stanno operando per rendere trasparente l'agire istituzionale, con l'obiettivo di fornire un efficace strumento per la prevenzione della corruzione e per realizzare un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino.
- È stato effettuato costantemente nel corso dell'anno 2014 da parte del Responsabile Aziendale per la Trasparenza, in stretta collaborazione con il Settore Comunicazione, il monitoraggio del sito Web, cui sono seguiti incontri mirati con i referenti dei Servizi interessati.
- La verifica effettuata dall'OIV regionale in ordine all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 è avvenuta in data 23/01/2015 con esito positivo.

Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (PTPC 2014/2016)

Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP)

Fonti:L.190/2012-Circolare n.1/2013 DFP-Intesa in sede di Conferenza Unificata 24/07/2013

Piano Nazionale Anticorruzione 11/09/2013

Risultati raggiunti

L'attuazione del PTPC, sulla scorta di azioni già intraprese nell'anno 2013 (identificazione aree a rischio-invio delle aree ai referenti del RPC- misure per l'astensione in caso di conflitto di interessi-autocertificazioni di insussistenza di situazioni di inconferibilità per i componenti delle commissioni di concorso e per i commissari di gara-acquisizioni delle dichiarazioni ex art.20 commi 1 e 2 D.lgs 39/2013), ha riguardato la gestione del rischio(valutazione-ponderazione e trattamento del rischio delle aree riconducibili all'art.1 comma 16 della L.190/2012 e di ulteriori aree e processi connessi alla specificità aziendale (cfr pubblicazione sulla pagina "Anticorruzione del sito web aziendale), la realizzazione di misure obbligatorie ed ulteriori, l'accertamento presso tutte le articolazioni aziendali della conoscenza del Codice di Comportamento, l'adozione del Piano Formativo per la promozione della prevenzione della corruzione e la realizzazione dei percorsi formativi dal medesimo previsti, l'inserimento delle attività di programmazione nei documenti di budget in forma di obiettivi del RPC e dei Referenti. Il livello di attuazione, che si considera soddisfacente, anche in ragione del fatto che non si sono riscontrate irregolarità, è stato reso possibile grazie all'apporto del gruppo di lavoro a supporto del RPC e alla partecipazione attiva dei Direttori coinvolti nell'analisi dei processi a rischio.

Interventi in corso

Attuazione delle misure previste nel PTPC 2015/2017

3.2 Universalità ed equità di accesso

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in collaborazione con l'Azienda USL, allo scopo di garantire una 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 relative alla qualificazione e promozione dell'appropriatezza, tema approfondito anche in sede di stesura dei Programmi attuativi aziendali e del Piano di Produzione provinciale di attività ambulatoriale, nonché la predisposizione e programmazione del piano straordinario come previsto dalla D.G.R. 1735/2014 per il contenimento dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale.

Massimo è stato l'impegno nella valutazione dei bisogni sanitari garantendo complessivamente i volumi di attività concordati nell'Accordo di fornitura per soddisfare il fabbisogno territoriale, e nel monitoraggio costante dei tempi di attesa attraverso la rimodulazione dell'offerta di prestazioni programmate, urgenze differibili e urgenze h 24, sulla scorta dello scostamento del tempo di attesa dallo standard regionale. 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 h 24, Accesso diretto, Day Service, 2° livello, percorsi semplici, completamento diagnostico, Libera professione).

Il sistema di prenotazione CUP, nel corso degli ultimi anni, è stato adeguato alle normative regionali e alla domanda sanitaria che è variata in termini quantitativi e di complessità clinica. Tutte le prestazioni dell'Azienda sono presenti nel sistema CUP provinciale e l'Azienda ha posto in essere le azioni necessarie per garantire una programmazione e gestione complessiva dell'offerta, tra cui la predisposizione di agende di prenotazione separate per primi accessi, urgenze differite e controlli. L'articolazione dell'offerta per le varie classi di priorità risponde all'obiettivo dell'accessibilità esterna (che si esplica soprattutto attraverso la qualificazione dei servizi di prenotazione in rete su tutta la provincia).

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, e l'attivazione dei percorsi di garanzia.

Anche nel corso dell'anno 2014 l'Azienda, in collaborazione con l'Azienda USL e con il coinvolgimento degli Specialisti Ambulatoriali, dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ha messo in campo azioni mirate negli ambiti dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa. In particolare, per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva, le attività hanno avuto ad oggetto:

- gli esami di laboratorio di Genetica Medica, come da indicazioni contenute nella D.G.R. 1299/2014,
- i percorsi senologici, come da D.G.R. 1035/2009, D.G.R. 220/2011 e D.G.R. 1414/2012,
- le prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (D.G.R. 1108/2011) al fine di disincentivare i ricoveri di Day Surgery ad alto rischio inappropriato,
- l'applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. 704/2013 per la diagnostica per immagini, con particolare riferimento a RM e TAC osteo-articolari.

L'Azienda ha proseguito nella pianificazione dell'offerta di prestazioni nei diversi regimi di erogazione attraverso 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 l'ulteriore consolidamento dei percorsi di Day Service Ambulatoriale: DSA 1 e DSA 2.

Durante l'anno 2014 si è provveduto quindi 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.

L'Azienda ha fattivamente contribuito, anche nel corso dell'anno 2014, a diffondere i benefici derivanti dall'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), un ulteriore punto di dialogo tra il cittadino e le strutture sanitarie, semplificando l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato in ogni momento del percorso sanitario e socio-sanitario, attraverso la facilitazione all'accesso ai servizi sanitari ed alla semplificazione della gestione documentale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha adottato diversi adeguamenti al sistema di prescrizione informatizzato per poter giungere all'obiettivo finale della produzione di ricette dematerializzate nel rispetto del D. Lgs. 179/2012 convertito in Legge 221/2012 che prevede la sostituzione della ricetta rossa con una prescrizione elettronica. Nel concreto è stato installato il modulo e-prescription, idoneo a prescrivere secondo una modalità "a carrello" e configurabile per la comunicazione con il sistema di accoglienza regionale delle prescrizioni elettroniche. Al fine di mostrare il funzionamento delle modifiche applicate sul programma della prescrizione della ricetta dematerializzata sono stati organizzati incontri formativi con il personale medico, infermieristico, tecnico, amministrativo.



Progetti ICT di Sanità On Line

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le azioni individuate dalla RER in ambito ICT che hanno coinvolto l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma sono diverse. Esse discendono da pianificazione europee (fascicolo sanitario), nazionali (dematerializzazione ricetta) o regionali (anagrafe assistiti regionale). Tutte le azioni sono inoltre correlate al raggiungimento degli obiettivi posti nell'agenda digitale.

Relativamente alla promozione del Fascicolo Sanitario Elettronico si è partecipato alla campagna dell'Azienda territoriale tramite il proprio portale online. In ottemperanza alla Circolare 5/2013 della Regione Emilia-Romagna ed al correlato piano di adeguamento delle integrazioni dei sistemi informatici aziendali con l'architettura SOLE per la consegna al FSE dei referti è stata adeguata la modalità di invio dei referti di laboratorio che garantisce la validità legale ai fini della consegna online.

Anche allo scopo di favorire la diffusione del FSE si è perseguito l'obiettivo di aumentare i volumi di invio dei documenti sanitari. I volumi possono essere di seguito riassunti:

Documento	Volumi 2011	Volumi 2012	Volumi 2013	Volumi 2014
Pronto Soccorso	24.648	62.597	81.177	112.967
Laboratorio	72.571	81.060	87.966	79.814
Radiologia	7.034	65.497	66.592	69.000
Specialistica	0	55	3.636	11.930
Lettera di Dimissione	233	1.584	4.792	25.195

Il progetto di dematerializzazione della ricetta è stato perseguito, in continuità rispetto a quanto pianificato nel 2013, andando ad implementare il software CUP provinciale (in gestione all'AUSL) per le prenotazioni ed erogazioni e il software di gestione ambulatoriale aziendale per la prescrizione considerando anche la pianificazione rivista da parte della Regione Emilia – Romagna.

In tal senso a livello provinciale nel 2014 sono state emesse le prime ricette dematerializzate per la parte farmaceutica da parte degli MMG. Al contempo il sistema ambulatoriale aziendale è stato messo in produzione a termine del 2014. Le prime ricette emesse dagli specialisti ospedalieri hanno dovuto attendere, come da piano, l'implementazione sul CUP provinciale. La deburocratizzazione delle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, successive a prima visita, è stata attuata e resa operativa attraverso l'implementazione del programma CUP/WEB e informatizzazione degli ambulatori.

Il sistema di prenotazione online delle prestazioni specialistiche (visite e esami) della Regione Emilia-Romagna CUP WEB consente 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 online, visualizzare e stampare gli appuntamenti e il costo della prestazione prenotata.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'attivazione del CUP WEB è proseguita nell'anno 2014 ed ha riguardato una serie di prestazioni, con diverso dettaglio di visibilità all'interno del portale (territoriale e/o di Area Vasta), che non richiedono una valutazione specifica da parte del personale addetto alla prenotazione.

Assistenza odontoiatrica

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Il Programma di Assistenza Odontoiatrica di cui alle DGR 2678/2004 e 374/2008, è stato avviato con la finalità di assicurare in modo uniforme ed omogeneo le cure odontoiatriche su tutto il territorio regionale, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 che, tra i Livelli Essenziali di Assistenza, contempla i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica a soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

L'introduzione della DGR 374/2008 ha comportato un ampliamento delle categorie di vulnerabilità sociale e di vulnerabilità sanitaria, nello specifico il limite ISEE è stato ampliato sino a 22.500 € e, per quanto riguarda le vulnerabilità sanitarie, è stato abolito il limite dei 18 anni per alcune categorie ed è



stata ampliata la possibilità di accesso alle cure odontoiatriche ai disabili (VS12). E' stato altresì istituito un percorso, ormai consolidato, che consente la certificazione della grave disabilità psico-fisica da parte delle Commissioni Invalidi Distrettuali. Per quanto riguarda la presa in carico dei pazienti disabili più complessi, sono stati strutturati punti specifici di riferimento a livello provinciale.

Con l'avvio del nuovo Programma Regionale di Assistenza Odontoiatrica (DGR 374/2008), oltre ai parametri che caratterizzavano alcune condizioni di vulnerabilità, sono state anche modificate le regole di inserimento dati nel flusso ASA. In seguito all'adozione delle condivise "Linee Guida per l'Attività Odontoiatrica anno 2013 - documento integrativo" (det. n 56/2013), sono state uniformate molte modalità operative tra le Aziende USL dell'Area Vasta Emilia Nord ed Azienda Ospedaliero-Universitaria, in relazione ai vari aspetti del Programma di Assistenza Odontoiatrica.

Prosegue il Programma di prevenzione Primaria Odontoiatrica, condotto congiuntamente da professionisti delle due Aziende Sanitarie e rivolto agli studenti delle scuole primarie di tutto il territorio provinciale.

Nel corso del 2014 è stata realizzata l'attività propedeutica e di acquisizione di arredi e attrezzature finalizzate alla nuova sede della U.O.C. Odontostomatologia. La struttura è stata attivata nei primi mesi del 2015 e dotata di 8 ambulatori singoli e 1 ambulatorio con 4 box separati, per un totale di 12 riuniti odontoiatrici, una stanza osservazione pazienti, locali per la sterilizzazione, una sala d'attesa, con sportello di front office per l'accoglienza dell'utenza, stanze lavoro medici e infermieri e studi direzionali.

Grande attenzione è stata posta nella dotazione di apparecchiature tecnologiche, che consentono ai medici di offrire prestazioni qualitativamente superiori grazie ad una strumentazione di alto livello e ai pazienti di ricevere il trattamento in un contesto più confortevole. Oltre alle dodici poltrone odontoiatriche in configurazione completa, la struttura è dotata di sei apparecchiature radiografiche endorali e di uno scanner radiografico ai fosfori per l'integrazione di tutti gli esami radiologici grazie al sistema PACS aziendale.

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2014 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

Volumi di attività erogata nell'anno 2014 (Fonte Banca dati ASA)

Anno 2014	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	Totale
Conservativa	3.555	905	287	1985	2.248	8.980
Ortodonzia	266	172	n.e.	2	111	551
Protesica	666	218	71	338	72	1365
Solo visite	5.520	2.027	591	1711	8.220	18.069
Totale	10.007	3.322	949	4.036	10.651	28.965
Solo urgenze	1239	105	3	38	2.635	4.020
Altre prestazioni programma	576	320	101	408	1.419	2.824
Totale complessivo	11.822	3.747	1.053	4.482	14.705	35.809

Anno 2014	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	Totale
ISEE 1 reddito <= 8.000	2165	534	162	672	552	4085
ISEE2 > 8.000 e <= 12.500	465	159	56	130	115	925
ISEE3 > 12.500 e <= 15.000	132	38	13	57	48	288
ISEE 4 > 15.000 e <= 20.000	175	48	25	94	71	413
ISEE 5 > 20.001 e <= 22.500	91	20	9	22	520	662
Totale	3.028	799	265	975	1.306	6.373

Vulnerabilità Sanitaria	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	Totale
Anno 2014	190	71	28	97	560	946



Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Obiettivi:

- Rinnovo del protocollo d'intesa inter-istituzionale AUSL-AOU sul Percorso Nascita
- Condivisione di un progetto di gestione dell'Assistenza alla Gravidanza secondo il concetto dell'intensità di cure, assumendo la continuità assistenziale come obiettivo da raggiungere, grazie ad una maggiore integrazione di competenze e responsabilità assistenziali del personale sanitario che lavora nelle due sedi istituzionali
- Miglioramento della integrazione Ospedale-territorio, con la presa in carico della Gravidanza a termine, differenziata per livelli di Rischio
- Prosecuzione del programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo
- Consolidamento dell'offerta del trattamento del dolore in travaglio farmacologico e non
- Implementazione di percorsi per aumentare la sicurezza del parto
- Adesione ai programmi regionali sulla natimortalità
- Prosecuzione degli interventi a sostegno dell'allattamento al seno in collaborazione con l'Associazione
- Adesione al progetto regionale sulla qualità percepita del percorso nascita

Risultati raggiunti

Invio (in collaborazione e continuità assistenziale con i servizi consultoriali) e presa in carico della gravidanza presso il termine tra la 36 e 38 settimana: elaborazione di una check list tesa a identificare correttamente le gravidanze a basso rischio e presa in carico della gravidanza in ambulatori differenziati, a gestione ostetrica per la gravidanza a basso rischio e a responsabilità medica, con collaborazione della ostetrica per gravidanza non a basso rischio

Realizzazione di un Ambulatorio dedicato alla gestione dei controlli clinici della gravidanza a termine (40 settimane) e oltre termine (fino a 41.3) per gravidanza a basso rischio a gestione e responsabilità della ostetrica

Nell'ambito del programma di appropriatezza di ricorso al taglio cesareo si è proseguito il progetto "Una strategia basata sull'evidenza per ridurre il tasso dei parti cesarei: studio di implementazione". Presso l'AOU di Parma è stato attivato un ambulatorio dedicato alle gravide con precedente taglio cesareo o con indicazioni a taglio cesareo elettivo, ambulatorio in cui viene eseguita una valutazione clinica, ecografica e counselling in merito alla programmazione e modalità del parto

Con l'obiettivo di aumentare la sicurezza del parto è stato attivato un percorso aziendale di gestione della emorragia ostetrica massiva, in collaborazione con Centro Trasfusionale e Anestesisti dedicati alla UOC Ostetricia e Ginecologia

L'adesione al programma regionale di audit sulla natimortalità ha portato alla attivazione di un "ambulatorio di restituzione" a distanza dal parto sia per i casi di morte in utero sia per le condizioni di grave patologia della gravidanza

Si è consolidata l'offerta della Partoanalgesia farmacologica (offerta di parto analgesia h 24 presso l'AO e l'ospedale di Vaio), con condivisione interaziendale del percorso informativo sul sostegno farmacologico e non farmacologico per il controllo del dolore in travaglio di parto anche attraverso la riorganizzazione di Corsi di preparazione alla nascita istituiti sia dai Consultori che dalla AOU

L'Azienda ha aderito alle iniziative regionali della SAM (settimana mondiale dell'allattamento) con il Flash mob dell'allattamento organizzato in Piazza Garibaldi a Parma.

Nell'ambito del programma di miglioramento dell'esito dei nati pretermine è stato implementato il PDTA sulla neuroprotezione con solfato di magnesio prenatale e il PDTA sulla prevenzione della ipotermia del pretermine in collaborazione con la Neonatologia.

Per il progetto regionale sulla qualità percepita del percorso nascita è stato dato avvio alla distribuzione dei questionari nei punti nascita provinciali, in collaborazione con l'Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento dell'Azienda territoriale

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- riorganizzazione del DSA gravidanza a rischio e l'implementazione di ambulatori dedicati alla consulenza, in condizioni di gravidanze con problematiche cliniche, in una ottica di continuità assistenziale tra territorio (Consultori e MMG) e ospedali
- diffusione della nuova cartella regionale della gravidanza e linee guida gravidanza fisiologica
- completamento del progetto sulla vaccinazione per rosolia e morbillo in puerperio

Rete e percorsi cardiologici

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le Aziende devono impegnarsi a favorire l'integrazione tra i professionisti dell'Ospedale e del Territorio, provinciale e di Area Vasta, e tra le diverse competenze specialistiche, per rafforzare e rivitalizzare la rete cardiologica e cardiocirurgica dell'emergenza (infarto miocardico acuto STEMI), estendendola ad altre condizioni a forte rischio di sopravvivenza (infarto miocardico acuto N-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 cardiocirurgica regionale, le aziende devono operare per la definizione, laddove assente, e l'omogeneizzazione dei protocolli operativi, per 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 per gli infarti miocardici acuti STEMI. Nel 2014 sono state trasmesse dalle postazioni mobili territoriali del 118 all'Unità Coronarica dell'AOU di Parma 1910 teletrasmissioni, di cui 120 sono esitate in un'angioplastica primaria in emergenza, dal territorio direttamente alla sala di emodinamica. In totale nel 2014 dall'AOU di Parma sono state eseguite 230 angioplastiche primarie in emergenza. Il Door to Balloon, ovvero il tempo che intercorre tra la diagnosi e l'esecuzione dell'angioplastica, è stato per il 35% inferiore ai 90 minuti, come raccomandato dalla letteratura, il 65% inferiore o uguale ai 120 minuti.

Nell'anno 2014 è continuata la teletrasmissione mediante rete cellulare con trasmissione dei dati totalmente per via telematica.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'aggiornamento del percorso "Il dolore toracico di sospetta origine coronarica" è stato predisposto da un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale interaziendale. Il PDTA è stato presentato durante un Convegno provinciale tenutosi in aula congressi dell'Azienda Ospedaliera ed è disponibile sulla intranet delle Aziende Sanitarie.

il gruppo sta lavorando per il monitoraggio degli indicatori (v. tabella), e la programmazione di AUDIT periodici.

Eventuali problematiche riscontrate

La realtà di Parma pur presentando valori di accesso con mezzi propri al P.S. (30,6%) migliori della media regionale, si pone come obiettivo un'ulteriore riduzione di questi valori e un aumento dell'utilizzo del trasporto 118.

OBIETTIVO	INDICATORE	TIPOLOGIA INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO		VALORE ATTESO	STANDARD	PERIODICITÀ RILEVAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FONTE DATI
			NUMERATORE	DENOMINATORE					
Aumentare il n°. pazienti che utilizzano il 118	Modalità di accesso con 118 dei pazienti STEMI	Performance Requisito RER	N. pazienti con diagnosi di STEMI effettuata con teletrasmissione di ECG che accedono direttamente in emodinamica	N. pazienti con diagnosi di STEMI trattati in emodinamica	≥55%	45%	Annuale	Responsabile inserimento dati nel registro RER	Registri e banca dati dell'Agenda Sanitaria Regionale e PNE
Ridurre il tempo di permanenza di pazienti STEMI nelle strutture ospedaliere Spoke	Valutazione del Door in e Door out Time di pazienti STEMI nelle strutture ospedaliere Spoke	Performance Requisito RER	N. pazienti con stemi trasportati al centro Hub con tempo di permanenza nel centro Spoke non superiore a 30'	N. totale di pazienti con Stemi che vengono inviati al centro Hub attraverso l'ospedale Spoke	≥70%	30%	Annuale	Responsabile inserimento dati nel registro RER	Registri e banca dati dell'Agenda Sanitaria Regionale e PNE



OBIETTIVO	INDICATORE	TIPOLOGIA INDICATORE	MODALITÀ DI CALCOLO		VALORE ATTESO	STANDARD	PERIODICITÀ RILEVAZIONE	RESPONSABILE RILEVAZIONE	FONTE DATI
			NUMERATORE	DENOMINATORE					
Ridurre il tempo di permanenza dei pazienti al PS	Tempo di esecuzione del primo ECG dall'arrivo in PS del paziente con dolore toracico di sospetta origine coronarica	Percorso Requisito RER	N. ECG eseguiti e valutati in PS entro 10' dall'arrivo del paziente con dolore toracico in atto	N. ECG eseguiti e valutati in PS in pazienti con dolore toracico in atto	≥80%	80%	Annuale	Responsabile inserimento dati nel registro RER	Registri e banca dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale e PNE

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 2014 nell'ambito di un apposito progetto di ricerca finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, che fornisce 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, è continuato il reclutamento dei casi clinici nelle cardiologie ospedaliere di Parma e di Fidenza.

Nel corso dello scorso anno si sono attivate sperimentazioni di presa in carico di pazienti scompensati a livello domiciliare in collaborazione con il SIT di Parma (città) ed è stato attivato un ambulatorio infermieristico dello scompenso presso la Casa della Salute di Colorno.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

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.

Eventuali problematiche riscontrate

Le attività di prevenzione primaria e secondaria nelle realtà dove sono strutturati i progetti di ricerca vengono svolte in modo organico, mentre nell'insieme della realtà assistenziale sono svolte in modo non sempre standardizzabile.

Percorso diabetologico e gestione integrata del diabete

Nel corso del 2014 nell'ambito dell'attività ambulatoriale dell'AOU di Parma si è consolidata la collaborazione del team multidisciplinare costituito da diabetologi, dietista e psicologa per gestire sia gli aspetti clinici che psicologici della malattia diabetica.

Sono state eseguite 13.276 visite diabetologiche, suddivise tra:

- prime visite;
- visite urgenti;
- controlli diabetologici;
- visite per diabete gestazionale;
- selezione, indicazione e follow-up per diabetici in trattamento con microinfusore;
- prestazioni per piede diabetico.

Inoltre, nel 2014 sono state eseguite 463 prestazioni psicologico-cliniche, di cui 379 psicoterapie individuali.

E' proseguita l'integrazione con i Medici di Medicina Generale per la "gestione integrata del diabete", con l'invio nel 2014 alla gestione integrata da parte delle strutture diabetologiche dell'AOU di 79 pazienti, che, per caratteristiche cliniche, non richiedevano un ricorso sistematico allo specialista.

E' proseguita da parte del team infermieristico l'attività di consulenza per la dimissione protetta per i pazienti ricoverati nelle unità operative dell'Azienda, finalizzata all'educazione e addestramento



all'automonitoraggio glicemico domiciliare e alla somministrazione di insulina. Nel 2014 sono state registrate 242 consulenze infermieristiche.

E' stata strutturata la collaborazione con la U.O. Ostetricia e Ginecologia, in particolare per l'ambulatorio per le gravidanze a rischio, mediante la redazione dei percorsi diagnostico terapeutici per il diabete gestazionale e per il diabete pre-gestazionale. Il protocollo di percorso è stato inoltre condiviso con i diabetologi ed i ginecologi dell'Azienda USL, al fine di una uniformità di percorsi e trattamenti.

E' in corso di riorganizzazione il percorso interaziendale per pazienti affetti da piede diabetico, in collaborazione con la Radiologia Interventistica, la Chirurgia Vascolare, la Clinica Ortopedica, la Chirurgia Plastica e UO di Fisioterapia.

E' stato predisposto il PDT per le ipoglicemie severe finalizzato a ridurre i ricoveri per tale patologia, in collaborazione con la UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.

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.

Questo percorso condiviso prevede oltre alla presa in carico congiunta del paziente con diabete tipo 2 anche 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.

Risultati raggiunti

Il Registro Provinciale di Patologia diabetica rileva al dicembre 2014 nella provincia di Parma, 29.036 pazienti diabetici su una popolazione residente di 444.285, pari al 6,5 % della popolazione; 15.177 uomini e 13.859 donne.

La percentuale di diabetici sale con il progredire dell'età ed è pari al 21,2 % se si considera la fascia di popolazione residente con età > a 75 anni.

I nuovi entrati nel registro di patologia nel 2014 rispetto al 2013 sono 2.186, con un'incidenza pari allo 0,49 % rispetto alla popolazione residente.

Sono 16.477 i diabetici ufficialmente in carico agli Ambulatori diabetologici dell'AUSL e dell'AOU, di questi 4.909 sono seguiti con il percorso della gestione integrata.

Sempre attivi, inoltre, i percorsi condivisi AUSL - AOU per la presa in carico delle gravidanze complicate da diabete gestazionale oltre che il percorso provinciale integrato per la diabetologia pediatrica.

Percorso di continuità assistenziale per i pazienti oncologici e programmazione della rete

Il Progetto di continuità assistenziale dei pazienti oncologici è stato condiviso tra i professionisti dell'Unità Operativa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed il Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e le Associazioni di Volontariato. Il Progetto, iniziato già nel 2011 e proseguito nel corso del 2014, è indirizzato ai pazienti oncologici residenti a Parma, in carico all'Unità Operativa di Oncologia Medica, con necessità di terapie di supporto o palliative e/o di controlli emato-chimici, eseguibili anche a domicilio.

Il Progetto di Continuità Assistenziale Pazienti Oncologici (Progetto C.A.P.O.) dell'Unità Operativa di Oncologia dell'AOU per la presa in carica e l'assistenza domiciliare è stato ulteriormente implementato nel corso del 2014. Sono state introdotte le seguenti figure professionali: due medici oncologi, un'infermiera professionale, una fisioterapista e una psicologa. E' stata realizzata una segreteria/call center, attiva dal lunedì al venerdì, con funzione di ricezione e smistamento delle richieste. Si è proceduto inoltre con la definizione e la strutturazione della presa in carico del paziente e con l'elaborazione di una cartella clinica specifica per il domicilio. Un bilancio dell'attività del Progetto C.A.P.O. sono riportate nella Scheda che segue il presente paragrafo. L'attività di questo Progetto è stata si è sviluppata anche in collaborazione con l'Associazione di Volontariato "Verso il sereno".



Le attività del Progetto, come evidenziato, hanno riguardato principalmente i pazienti che avevano interrotto per progressione di malattia e/o condizioni cliniche generali il programma di terapia attiva, ed in parte i pazienti in trattamento per tossicità da farmaci antitumorali o nuove terapie target.

Questa modalità di presa in carico del paziente e di assistenza domiciliare, che ha inizio già nel momento di "cura" in ospedale ha portato ad una migliore gestione e controllo dei sintomi di fine vita, evitando accessi impropri sia presso il Day Hospital dell'Unità Operativa di Oncologia Medica che presso il Pronto Soccorso, con conseguente riduzione di ricoveri e disagio per i pazienti e dei loro familiari, ed una riduzione sempre maggiore in prospettiva del numero di decessi avvenuti in ambito ospedaliero.

Nel 2014 con il Progetto in corso si è cercato di ottimizzare e migliorare l'integrazione tra assistenza ospedaliera, assistenza domiciliare, hospice, distretti territoriali, medici di medicina generale e associazioni di volontariato nella prospettiva di una sempre maggiore organizzazione in rete.

Progetto C.A.P.O. (Continuità Assistenziale Pazienti Oncologici)

Progetto pilota di continuità assistenziale dei pazienti in terapia palliativa seguiti presso l'Unità Operativa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Razionale:

I periodi di fine vita e le emergenze cliniche aumentano la domanda di cure palliative continue da parte dei pazienti oncologici

Nonostante la presa in carico, in molti di questi casi, da parte dell'A.D.I., molti pazienti mostrano il desiderio di mantenere anche un collegamento con il centro oncologico.

Negli ultimi anni si è visto un progressivo aumento degli accessi al DH Oncologico per terapie di supporto e controlli clinici ed ematologici che non richiedono necessariamente una risoluzione in ambito ospedaliero.

E' obiettivo specifico della Legge 38/2010 quello di potenziare il modello assistenziale di cure palliative presenti sul territorio, verso il domicilio, con l'impiego di figure specialistiche di settore come il medico Palliativista, tra le quali l'Oncologo Palliativista, migliorando la continuità assistenziale tra territorio e struttura ospedaliera e l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Obiettivi:

Primari: migliorare la continuità assistenziale nei confronti di pazienti con difficoltà di accesso al D.H. che necessitano di cure palliative di fine vita o di pazienti che stanno effettuando un trattamento oncologico e, per tossicità ai trattamenti o complicanze, richiedono terapie di supporto e/o controlli emato-chimici che possono essere eseguiti a domicilio.

Secondari: ridurre gli accessi impropri al D.H. Oncologico ed al PS dei pazienti di cui sopra e ridurre i ricoveri in reparti per acuti.

A chi è rivolto:

Il progetto è indirizzato a pazienti oncologici in carico all'UOC di Oncologia Medica dell'AOU residenti in Parma Città.

Team costituito da un medico oncologo contrattista c/o U.O. Oncologia Medica ed una IP libera professionista.

Risultati raggiunti

Nel Febbraio 2012 è stato attivato il progetto con la presa in carico al 31.12.14 di 100 pazienti (35 mesi totali).

Di questi 100 pazienti presi in carico 98 sono "off-therapy", quindi candidati solo a cure palliative, e 2 per tossicità da trattamento oncologico quindi soggetti non terminali, quindi successivamente dimessi ed ancora vivi.

Nel 2012 prese in carico: 21

Nel 2013 prese in carico: 33

Nel 2014 prese in carico: 46

A dicembre 2014 su 98 decessi di pazienti presi in carico 42 sono deceduti a domicilio (43%), 20 in hospice (20%), 20 in ospedale (20%), 1 in casa protetta (1%) e 15 di cui non è stato possibile reperire i dati (15%).

Mediamente gli accessi del medico al domicilio sono stati 2/3 per pz mentre quelli infermieristici 4/5 per pz.

Le prestazioni erogate a domicilio sono state: visite specialistiche, somministrazione di idratazione e terapie ev, terapia del dolore, prelievi, medicazioni, paracentesi, assistenza psicologica per i pazienti e familiari di pazienti. Il range del numero di accessi per paziente per i medici oncologi è stato da 1 a 10 e per gli infermieri da 1 a 20.

L'assistenza domiciliare ha portato ad una migliore gestione e controllo dei sintomi, consentendo di limitare gli accessi impropri sia presso il Day Hospital oncologico che il Pronto Soccorso (PS), con conseguente riduzione di ricoveri e disagio per pazienti e familiari. Si è potuto così garantire la permanenza a domicilio o il ricovero in hospice a seconda delle volontà del paziente e famiglia.



Gli accessi in PS, con conseguente ricovero, si sono verificati in seguito a quadri clinici acuti e, alla luce delle esperienze acquisite, possono essere ulteriormente ridotti.

Anche per i pazienti deceduti in ospedale si è trattato di ricoveri di breve durata poiché l'assistenza domiciliare ha permesso la loro gestione a domicilio fino all'ultimo essendo stati ricoverati solo per le ultime 48/72 ore di vita.

Si è ridotta, da parte del paziente e familiari, la percezione spesso riferita di "abbandono terapeutico" che si verifica al momento dell'interruzione dei trattamenti chemioterapici.

La continuità assistenziale del paziente così garantita ha prodotto due importanti effetti: 1) una migliore qualità di vita e la riduzione delle difficoltà da parte dei pazienti ad accettare il termine dei trattamenti oncologici attivi; 2) una migliore gestione delle tossicità da terapie oncologiche (chemioterapia e terapie target).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Prosecuzione delle azioni in atto;
- Creazione di equipe di cure palliative domiciliare multi-professionale (medico, infermiere, fisioterapista, psicologo).

Osservatorio su equità e rispetto delle differenze

È iniziata una revisione, a livello aziendale, del sistema di governance con il rinnovo dei referenti equità che fanno ora parte della SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento. L'attività di riorganizzazione è in corso e sono in definizione le linee di sviluppo della programmazione aziendale sulle strategie da mettere in atto per garantire sostenibilità e coerenza alle azioni di contrasto delle iniquità, nel quadro del Piano dell'equità che ha a suo tempo definito la cornice di senso e il quadro valoriale di riferimento. La programmazione annuale in tema di equità ha trovato, nel 2014, declinazione e specificazione negli obiettivi di budget e nelle linee di indirizzo al budget (o piano azioni).

Una delle linee di intervento è quella di promuovere iniziative che agiscano sulla consapevolezza, le conoscenze e le competenze dei professionisti. È in questo quadro che è stato realizzato, nel corso del 2014, il progetto "Mediazione di sistema e profili di responsabilità medico-legale: laboratorio di apprendimento riflessivo" inserito nel sottoprogetto n. 4 "Mediazione di sistema" del Progetto di modernizzazione "TRASFERIMENTO DI BUONE PRATICHE DI CONTRASTO ALLE INIQUITÀ IN RIFERIMENTO AGLI UTENTI NEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E DI COMUNITÀ", che si è concluso il 31 marzo 2015. Il progetto aziendale ha lavorato sullo sviluppo e la valorizzazione di competenze metodologiche di medici e personale sanitario atte a promuovere processi di analisi riflessiva sulle prassi quotidiane per attivare il cambiamento delle stesse (sperimentando approcci nuovi in diversi ambiti, dal colloquio con il paziente alle dinamiche organizzative, come ad esempio il giro visite).

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Equità & Diversità, ha istituito un gruppo di lavoro a supporto delle attività aziendali legate alla realizzazione di un *Health Equity Audit* (HEA) e ha progettato un primo ciclo di workshop a cui ha aderito l'AOU di Parma. Gli incontri sono stati strutturati come momento di scambio e condivisione degli strumenti per la realizzazione di un HEA e orientati a individuare una dimensione di iniquità da affrontare. È iniziato lo sviluppo dell'health equity audit (HEA) con l'attivazione del gruppo di lavoro che si occuperà della gestione del percorso HEA all'interno dell'Azienda.

L'Azienda partecipa attivamente al coordinamento regionale dei referenti equità aziendali.

Contrasto alla violenza

Con Delibera di Giunta Regionale n. 1677 del 2013 sono state adottate le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso.

La procedura ospedaliera di accoglienza delle donne vittime di violenza, redatta dal gruppo di operatori sanitari coinvolti nell'accoglienza e coordinato dal CUG, è stata adottata dall'Azienda nel 2010 e risponde a pieno alle raccomandazioni suggerite nelle medesime linee guida regionali che sono state diffuse a tutti gli operatori coinvolti già dall'inizio del 2014.

Già nel corso del 2013 l'Azienda ha partecipato al Bando Bollini Rosa di O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna. Bollini Rosa è un programma speciale di valutazione degli ospedali basato sul loro livello di "women friendship" inteso come grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi



della medicina dedicati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate.

Nel 2014 l'Azienda ha ricevuto una Menzione speciale per l'assistenza alle donne vittime di violenza. Il riconoscimento è arrivato dall'Osservatorio O.N.Da per le competenze espresse nell'ambito della presa in carico delle donne vittime di violenze e per il progetto presentato nell'ambito delle iniziative in tema di azioni innovative nell'accoglienza e nella gestione delle donne vittime di violenza, dal Pronto Soccorso alla Rete dei servizi territoriali. Al concorso hanno partecipato 126 ospedali.

Obiettivo delle attività di accoglienza è di governare il percorso sanitario della donna che ha subito violenza, attraverso l'applicazione di una procedura ben definita che descrive come aiutare la vittima che si presenta in ospedale: riconoscere i segni e i sintomi della violenza anche quando non espressi, facilitare la richiesta di aiuto nel rispetto della volontà della donna, garantire un luogo idoneo alla visita e all'ascolto, evitare passaggi inutili e dolorosi a più reparti e professionisti, fornire alla paziente informazioni chiare su modalità, responsabilità, raccolta delle prove e prelievi diagnostici e sugli obblighi di legge.

Il percorso, che inizia con l'accesso al Pronto soccorso, vede la realizzazione di un iter definito e condiviso, dall'accoglienza, alla realizzazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione ed attivazione delle risorse territoriali finalizzate ad una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento nel rispetto della volontà della donna.

La donna viene informata sulla necessità di un eventuale follow up infettivologico e di controllo clinico, garantendo l'attivazione dei sistemi a protezione della vittima e dei figli, nel caso ci sia un rischio elevato di reiterazione della violenza.

Il percorso è stato sviluppato soprattutto negli ultimi anni, anche grazie ad un finanziamento all'Azienda ospedaliera da parte della Presidenza del Consiglio nel 2013, con l'attivazione del protocollo per gli operatori sanitari e con diversi corsi di formazione.

Inoltre, nel corso del 2014, l'Azienda ha aderito al Protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto delle violenze nei confronti delle donne, con la Prefettura di Parma, la Presidenza del Tribunale di Parma, la Procura della Repubblica di Parma, la Conferenza territoriale Sociale Sanitaria della Provincia di Parma, i Comuni Capi Distretto, il Comune di Parma, la Questura di Parma, il Comando Provinciale dei Carabinieri, il Comando Provinciale della Guardia di Finanza, la Polizia Municipale del Comune di Parma, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, l'Ufficio Scolastico Territoriale di Parma, l'Ordine degli Avvocati di Parma, le Consigliere di Parità di Parma, il Centro Antiviolenza di Parma. Tale protocollo è stato successivamente trasmesso alle strutture sanitarie che sono coinvolte nell'accoglienza delle vittime.

Nell'ambito degli eventi formativi, l'Azienda insieme al Comitato Unico di Garanzia - CUG ha organizzato in data 20 maggio 2014, la presentazione del libro di Lucia Annibali "Io ci sono-la mia storia di non amore" che ripercorre la sua storia partendo da quando una sera tornando a casa, è stata sfigurata in faccia dall'acido lanciato da un uomo incappucciato. Il tema si sviluppa nell'ambito poi dell'accoglienza alle donne vittime di violenza e dei momenti che sono seguiti. Lucia Annibali ha poi scelto di essere curata nel nostro Ospedale e qui, ha voluto presentare il suo libro, alla presenza dei professionisti che l'hanno seguita negli anni.

Il CUG dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma ha inoltre partecipato e sponsorizzato le seguenti iniziative formative:

- 18 novembre 2014 con il patrocinio del Comune di Parma, incontro sul tema: Donne e Isis-Fondamentalismo islamico-libera scelta o schiavitù?
- 27 novembre 2014 presso l'Università degli studi di Parma – La responsabilità del cambiamento.

L'offerta di mediazione linguistica e 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.

A supporto dei processi di prevenzione e cura rivolti a persone con matrici culturali e linguistiche diverse da quelle del nostro paese, nell'ambito delle iniziative in tema di equità, l'Azienda ha attivato a fine 2011 un servizio di Mediazione Linguistico-Culturale telefonica, avente la finalità di facilitare l'accesso e la fruibilità ai servizi aziendali da parte dei cittadini stranieri. La mediazione linguistico-culturale telefonica costituisce un servizio strutturato, funzionante 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, attivabile da tutti i telefoni aziendali mediante un numero telefonico verde. La disponibilità del nuovo servizio è stata condivisa con i



professionisti dell'Azienda attraverso incontri dedicati e utilizzando tutti gli strumenti di comunicazione interna disponibili (newsletter, sito intranet, circolari informative).

Il progetto è nato per favorire l'accesso ai servizi, facilitare la rimozione delle barriere linguistico-culturali e la realizzazione delle pari opportunità da parte della popolazione straniera. 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.

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 mediatore si mette a completa disposizione dell'azienda, e la chiamata termina solo quando si è risolto il problema.

Dalla data di attivazione le chiamate al servizio sono state 482, per un totale di 52 lingue. I principali interventi di Mediazione Linguistico- Culturale Telefonica sono stati per la lingua Cinese (115), Inglese (36), Araba (30), Indiana (28), Urdu (23), Francese e Albanese(21), Polacca (20), Tedesca (17), eccetera.

Nel 2014, le chiamate al servizio sono state 149, i principali interventi di Mediazione Linguistico- Culturale Telefonica sono stati per la lingua Cinese (48), Indiana (20), Polacca (18), Inglese (17), Francese (13), Tedesca e Araba (10), Etiopese(9), Albanese e Ghanese (8), eccetera.

Il Servizio di Mediazione Linguistico- Culturale Telefonica ha suscitato l'attenzione di numerosi professionisti nei vari reparti soprattutto nell'area di emergenza.

L' utilizzo della mediazione culturale anche in presenza all'interno della nostra Azienda 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 per favorire un appropriato counselling, sia nel percorso di degenza che nel processo della dimissione.

Nel corso del 2014 le ore di utilizzo del servizio di mediazione culturale in presenza sono state 107. La maggior parte degli interventi hanno interessato le lingue indiana, punjabi e hindi (30 ore), la lingua cinese (26 ore), la lingua ghanese (20 ore), la lingua araba (9 ore), la lingua curda (8 ore), la lingua senegalese e croata (7 ore).

La presenza del mediatore in reparto nell'anno 2014 è stata richiesta dagli operatori sanitari (medico, infermieri, operatori della riabilitazione, ostetrica) nelle situazioni in cui era necessario favorire il processo di cura (diagnosi, terapia, prosecuzione terapeutica) attraverso la comunicazione diretta sia con il malato che con la famiglia.

La medicina delle differenze

Il tema delle differenze di genere è sempre più rilevante nell'ambito delle cure mediche.

Nel 2014 si è consolidata la collaborazione tra le due Aziende sanitarie e i rispettivi Comitati unici di garanzia (CUG) per dare valore alla differenza al fine di migliorare la salute di tutti.

Questo è stato tra l'altro l'obiettivo del convegno "La medicina delle differenze: diversità e disuguaglianze di genere" realizzato il 7 Marzo 2014 in Azienda Ospedaliera e organizzato dai CUG delle due Aziende sanitarie, con il patrocinio di Provincia, Comune, Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri e Università di Parma, nonché il coinvolgimento di associazioni del territorio.

Continua con questa iniziativa il percorso, cominciato già nel 2013, di valorizzazione delle differenze di genere tra donne e uomini per promuovere un sistema che metta al centro del processo di cura l'individuo, con tutte le sue peculiarità, sia biologiche che socio-culturali. La medicina di genere rappresenta infatti una reale opportunità di acquisire nuove conoscenze utili ad una migliore gestione delle malattie e delle cure.

Il convegno, che ha coinvolto diversi attori del contesto locale, non solo di ambito sanitario, ha aperto con una analisi dello stato di salute delle donne italiane, che vivono più a lungo degli uomini ma hanno uno stato di salute peggiore. La depressione, i disturbi del sonno, i disturbi alimentari sono stati declinati al femminile per evidenziarne le differenze nella manifestazione clinica e nella terapia.

È stato, infine, messo in evidenza come le nuove povertà accentuino ulteriormente le disuguaglianze di genere nello stato di salute e rendono necessaria l'identificazione di politiche sociali a difesa dei soggetti più vulnerabili.

Promozione e tutela della salute negli Istituti penitenziari

Per il 2014, nell'ambito dell'attuazione del Programma salute negli istituti penitenziari, l'Azienda ha puntualmente rispettato 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.

Nel 2014 presso l'Unità Operativa di Medicina Interna sezione Detenuti sono stati effettuati 117 ricoveri in regime di degenza ordinaria, il 4,46% in più rispetto all'anno precedente. La degenza media è stata pari a 8,20 ed è aumentata del 28,04% rispetto all'anno 2013; Il tasso di occupazione è stato del 65% rispetto al 49% del 2013.

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

Nel corso dell'anno 2014, il Comitato Consultivo Misto - CCM ha ritenuto di porre attenzione alla prosecuzione e al rafforzamento delle attività di rilevazione della percezione dalla parte del cittadino sulla qualità dei servizi ricevuti anche attraverso incontri mirati con i Direttori e Coordinatori delle Unità Operative.

Ha continuato la propria attività ponendo all'attenzione della Direzione problematiche evidenziate circa il comfort di alcuni reparti o disagi manifestati attraverso i media locali o approfondendo argomenti già trattati quali il "Progetto Sole" di notevole interesse per la trasmissione dati ai Medici di Famiglia.

Un altro importante momento di confronto è stato quello realizzato in un incontro al quale sono state invitate tutte le Associazioni che si occupano di temi sanitari.

I componenti del CCM hanno preso parte all'indagine sul sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza promossa dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AGENAS) e dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna (ASSR).

E' stata effettuata una visita ai servizi ubicati presso il padiglione Rasori alla presenza dei professionisti, in particolare i locali di Day Hospital, delle degenze, degli ambulatori pneumologici e di endoscopia (broncoscopia); al termine della visita i componenti del CCM hanno riscontrato che gli ambienti, pur nella vetustà della struttura, sono confortevoli ed efficienti.

Un componente del CCM è stato nominato membro del Comitato per il Dolore e del Comitato per il buon uso del sangue; la Presidente del CCM ha incontrato gli studenti del corso di laurea di Scienze Infermieristiche per parlare direttamente dell'importanza della relazione professionista-paziente-famiglia, perché la qualità dell'assistenza passa attraverso i medici e gli infermieri.

È stato illustrato ai componenti del CCM il progetto riguardante la Centrale Operativa 118 che è diventata Centro di Coordinamento della Centrale Unica di Area Omogenea Emilia Ovest.

Collaborazioni con il Volontariato

L'Azienda ha portato avanti una ricca e articolata esperienza di collaborazione con tutto il Terzo settore che comprende non solo le associazioni di volontariato, ma anche altri gruppi (associazioni di promozione sociale, fondazioni, eccetera). Si tratta di soggetti che, facendo propri i criteri del "non profit" (assenza di finalità di lucro), svolgono attività attraverso forme di partecipazione sociale.



Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

In linea con il lavoro già avviato nel 2013 l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha chiesto alle Aziende Sanitarie di aderire allo studio pilota per la validazione del Protocollo Metodologico Regionale di rilevazione della Qualità Percepita sul percorso senologico. Per l'AOU di Parma il protocollo ha previsto il coinvolgimento di 20 utenti che avessero già avviato il percorso diagnostico all'interno dell'Azienda e a cui sia stato diagnosticato carcinoma mammario.

L'AOU di Parma ha dato avvio all'indagine che ha coinvolto le Strutture Chirurgia Toracica, Oncologia Medica e Radiologia con il coordinamento della Struttura Centro Senologico. L'indagine pilota avrà termine nel mese di maggio 2015.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha iniziato il lavoro di revisione del protocollo di rilevazione della Qualità Percepita nelle degenze, che sarà aggiornato e ampliato per comprendere ulteriori aree (responsiveness). Non sono state, pertanto, ripetute indagini in attesa di adottare le successive indicazioni metodologiche.

La Direzione Generale dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale ha posticipato al 2015 l'avvio - per le Aziende - della rilevazione regionale relativa al Percorso Nascita in relazione alla declinazione degli obiettivi 2014 alla Direzioni Generali (D.G.R. n. 217/14).

Note o approfondimenti

Su specifica richiesta dei Responsabili della Struttura SSD Polo Emergenza Urgenza, il 16 maggio 2014 è stato realizzato un evento formativo interno accreditato ECM dal titolo "La Qualità Percepita nei servizi diagnostici - SSD Polo Emergenza Urgenza", aperto a TSRM, Dirigenti medici, Infermieri e Operatori Socio-Sanitari. L'evento ha permesso di dare spazio all'esperienza realizzata nel corso dell'anno precedente presso la stessa Struttura.

La rete delle cure palliative

La legge n. 38 del 2010, che sancisce il diritto di ogni cittadino ad accedere alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore sulla base dei bisogni e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, prevede che siano costituite le reti locali "Ospedale-Territorio", mettendo in risalto che una tale modalità di integrazione dei diversi professionisti del territorio e dell'ospedale, nel migliorare l'accesso alla terapia del dolore, garantisce la continuità assistenziale, con la presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia.

A prescindere dalla legge, è necessario conferire il legittimo valore alla cura della sofferenza intesa come opportunità di migliorare la quotidianità dei pazienti, che spesso hanno bisogni di natura farmacologica, ma anche di carattere psicologico a ragione delle distintive caratteristiche che assume l'esistenza di coloro che convivono con il dolore cronico.

Risultati raggiunti

L'approccio più appropriato per il paziente con dolore cronico oncologico, così come nei casi di dolore cronico benigno (in cui spesso la terapia antalgica richiede un intervento di II livello) è quello della continuità assistenziale, che si configura come ottimale raccordo tra settori di cura (ospedale-territorio), come integrazione della attività tra Operatori Sanitari (interdisciplinarietà e multidisciplinarietà) e come continuità di cura nel tempo.

Nel novembre 2014, con la D.G.R. 1783/2014 "Assetto della rete di terapia del dolore della Regione Emilia-Romagna, in attuazione della legge del 15 marzo 2010, n. 38" la Regione ha approvato l'articolazione dei nodi della Rete Hub/Spoke di terapia del dolore, individuando due centri HUB di II livello rispettivamente presso il Centro di Terapia del Dolore dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e presso l'Azienda USL della Romagna. I centri HUB sono a supporto dell'attività dei 15 centri spoke di I livello, in coerenza con il principio di appropriatezza e di clinical competence, con l'obiettivo prioritario di favorire la collaborazione professionale tra i centri Hub e gli Spoke di riferimento territoriale anche attraverso la mobilità dei medici specialisti di terapia del dolore, al fine di non disperdere il patrimonio di competenze professionali altamente specialistiche maturato sul territorio regionale. Il riassetto della rete implica anche una nuova visione dei rapporti professionali che consentirà di sperimentare una strategia di integrazione coordinata tra staff di medici e infermieri di aziende diverse.

In virtù di tale approvazione sul finire dell'anno 2014 si è dato avvio ad una attività progettuale che ha, fra i suoi obiettivi fondamentali, quello di dare valore alla concreta applicazione di un modello organizzativo di erogazione/gestione integrata del paziente affetto da dolore cronico. In questo contesto, è in corso di definizione una procedura interaziendale tra AOU e Azienda USL di Parma per la presa in carico di pazienti, affetti da dolore cronico benigno o maligno, che necessitano di infusione continua di farmaci antalgici per via endovenosa, peridurale o intratecale. L'attivazione di questa



procedura consentirà la messa a regime di un sistema di continuità ospedale-territorio che punta a garantire non soltanto la centralità del paziente, attraverso la definizione di un sistema di rete che arriva fino al domicilio dello stesso con la messa in campo di competenze specialistiche sia mediche che infermieristiche, ma altresì al graduale e progressivo accrescimento delle competenze e delle abilità di autocura da parte del paziente o del care giver di riferimento. La possibilità di trattare, attraverso tecniche valide, i pazienti in regime domiciliare può contribuire a un miglioramento della qualità di vita dell'assistito riducendo il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione che a sua volta incide sul rapporto tra il caregiver ed il paziente stesso.

Nel portare avanti l'attività e lo sviluppo del Progetto Ospedale Territorio Senza Dolore, il COTSD (Comitato Ospedale Territorio senza Dolore), operativo all'interno dell'Azienda, nella ferma convinzione che il dolore è qualcosa di diverso da una semplice patologia a carico di qualche organo o tessuto e necessita, pertanto, di un lavoro di sinergia sia nell'equipe operante all'interno della U. O. di Terapia del dolore sia tra i reparti che inviano i pazienti presso il servizio e le diverse unità assistenziali operanti sul territorio, nel corso dell'anno 2014, ha invitato le U.O. ad individuare infermieri referenti per il dolore che parteciperanno attivamente anche a tutte le proposte aziendali inerenti al "dolore".

Lo stesso COTSD nel maggio 2014, in occasione della giornata nazionale del sollievo, si è fatto promotore di attività di informazione e sensibilizzazione dell'utente/cittadino afferente alle strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma circa i significati e gli obiettivi delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore. Per porre l'accento sulla globalità dell'intervento terapeutico e sulla azione prevalentemente mirata al miglioramento della qualità della vita, in tale occasione, i cittadini interessati hanno ricevuto materiale informativo e di approfondimento sulla legge 38 del 15 marzo 2010 e, contestualmente, hanno avuto l'opportunità di scrivere, su un apposito book, un pensiero o un commento o una riflessione sulla tematica dolore.

Inoltre, a settembre 2014, è stato realizzato un evento formativo che ha riunito i contributi di vari professionisti di ambito sanitario e non, con il fine di colmare l'eventuale gap di conoscenza, sensibilità e coinvolgimento umano-professionale da parte degli operatori sanitari, stimolare gli operatori a prendere in considerazione il "sintomo dolore" sempre, in collaborazione medici ed infermieri, in ospedale così come a domicilio, impiegando al meglio farmaci e procedure prescritte per la valutazione e il controllo del dolore, sottolineando il diritto a non soffrire e il doveroso impegno dei sanitari nel garantire sollievo ed ascolto.

Per dare dignità alla cura della sofferenza bisogna dare gli strumenti giusti ai professionisti che devono occuparsene, ma soprattutto dare spazio alla formazione, al perfezionamento del know-how e delle conoscenze.

In questa ottica, nel corso dell'anno 2014, è stato definito un accordo di collaborazione gratuita con l'Ausl di Parma in termini di sostegno ai professionisti del territorio da parte dei professionisti ospedalieri.

Con lo stesso spirito l'Azienda Ospedaliera, unitamente con l'Università degli Studi di Parma, ha attivato i Master universitari di II livello, della durata di un anno, in "Cure palliative" e "Terapia del dolore" rivolti al personale medico (per un totale di 50 iscritti nell'a.a. 2014-2015), nonché un master di I livello indirizzato alle professioni sanitarie (con 10 iscritti). I master intendono contribuire alla formazione di figure professionali per incrementare sia le conoscenze che il senso di responsabilità nella gestione del dolore. Essi hanno l'obiettivo di: far acquisire competenze professionali specifiche sulle tematiche relative alla Medicina Palliativa e alla Terapia del Dolore; far maturare conoscenze per garantire l'assistenza e la cura del malato con dolore acuto, cronico, o durante la fase terminale della sua vita, con elevata qualità assistenziale.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Sicurezza delle cure e qualità

Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Gli errori più frequentemente occorsi - relativi alla terapia farmacologica - sono riferiti all'uso di farmaci LASA (Look-Alike/Sound-Alike), ovvero farmaci che possono essere facilmente scambiati tra loro per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per l'aspetto simile delle confezioni. Numerosi fattori possono contribuire allo scambio, tra cui la scarsa conoscenza della problematica collegata all'uso di questi farmaci e la mancanza di indicazioni riguardo la loro gestione.

Nell'ambito delle attività volte al miglioramento della qualità dei servizi sanitari ospedalieri, il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco e la Struttura Governo Clinico, Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma hanno



realizzato uno strumento informativo "Come fare per: prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA". Il "Come fare per" è un strumento già adottato in Azienda per diffondere tra i professionisti in modo semplice e immediato le tematiche proprie della gestione del rischio clinico. Nel "Come fare per" viene descritto cosa sono i farmaci LASA e le azioni da adottare in ciascuna fase di gestione del farmaco (approvvigionamento, conservazione, prescrizione, preparazione/somministrazione/distribuzione al paziente) per evitarne lo scambio. Il documento, contenente concetti sintetici, esempi e disegni, che facilitano la comprensione del testo, può essere esposto nella bacheca di reparto ed è inoltre disponibile per tutti i professionisti sulla Intranet aziendale.

Risultati raggiunti

Lo strumento è stato diffuso all'interno di numerosi eventi formativi mirati alla gestione del rischio. Assieme al "Come fare per" nel corso del 2014 è stata elaborata e diffusa un'etichetta "Alert" da apporre sulle confezioni dei farmaci LASA, sia negli armadi farmaceutici che sul carrello della terapia.

E' stato inoltre definito un percorso di segnalazione che consente agli operatori sanitari di comunicare la presenza di farmaci LASA in reparto, per questo è stata ideata e validata una scheda di segnalazione specifica, da inoltrare al Servizio Farmacia Governo Clinico del Farmaco tramite posta interna o casella di posta elettronica dedicata. Tale percorso di segnalazione del rischio è stato diffuso attraverso lo strumento "Come fare per".

Nel corso del 2014 sono stati programmati 4 eventi formativi, accreditati ECM, volti a sensibilizzare gli operatori sanitari sul tema della sicurezza nella terapia farmacologica e approfondimenti relativi all'uso dei farmaci LASA.

Fra i risultati attesi, a seguito delle iniziative promosse, vi erano l'aumento delle conoscenze relative alle problematiche correlate all'uso dei farmaci LASA da parte dei professionisti (misurato attraverso il numero di partecipanti agli incontri formativi dedicati e dai test di apprendimento sull'analisi dei casi relativi ai gruppi di lavoro) oltre alla sensibilizzazione degli stessi operatori sul tema della sicurezza del processo della terapia farmacologica (misurato attraverso il numero di segnalazioni pervenute al Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco). Il buon livello di partecipazione alle iniziative formative proposte ha promosso una maggiore sensibilità e conoscenza da parte dei professionisti dei rischi connessi alla presenza di farmaci LASA. Inoltre, a seguito della diffusione dello Strumento "Come fare per", sono pervenute dai reparti alcune prime segnalazioni. Tali segnalazioni, confluite in un database, hanno consentito di dare inizio ad un primo registro aziendale dei farmaci LASA, che potrà essere aggiornato e diffuso periodicamente in tutta l'Azienda, in linea con quanto disposto dalla Raccomandazione n. 12 elaborata dal Ministero della Salute.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2014 l'Azienda ha nuovamente partecipato alla Call 2014 promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (AGENAS) e PASQ, presentando l'esperienza che, ad oggi, è in corso di valutazione.

Note o approfondimenti

L'esperienza dell'Azienda è stata presentata in occasione del Congresso Nazionale SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie) tenutosi a Pescara nel mese di ottobre 2014 ed è stata premiata come poster con attestato di merito in occasione del 9° Forum Risk 2014 tenutosi ad Arezzo nel mese di novembre 2014.

Dal monitoraggio delle cadute ospedaliere all'analisi degli accessi in Pronto Soccorso per caduta a domicilio sul territorio provinciale

La prevenzione delle cadute rappresenta 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 Incident Reporting e 1° evento segnalato per gravità).

Risultati raggiunti

Nel corso del 2014 in Azienda è stato portato avanti il monitoraggio del fenomeno cadute ospedaliere al fine di restituire alle Strutture aziendali le informazioni inerenti il fenomeno, al fine di facilitare l'assunzione di ulteriori azioni di miglioramento.

Al fine di comprendere meglio il fenomeno cadute, l'Azienda ha realizzato un'indagine relativa all'impatto del fenomeno cadute a domicilio nella popolazione anziana del territorio parmense.

Grazie al coinvolgimento della SSD Governo Clinico e dell'U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e alla collaborazione delle Strutture di Pronto Soccorso afferenti all'AUSL di Parma (nei presidi di Borgo val di Taro e Vaio) sono stati analizzati i dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso per caduta a domicilio della popolazione anziana, non solo presso l'AOU di Parma ma anche sul territorio provinciale.

Nel periodo di riferimento (dati anno 2013) sul territorio provinciale sono state registrate 3720 visite ai Pronto Soccorso per i pazienti di età ≥ 65 anni - caduti a domicilio (casa o Casa di Cura). Di queste visite, 2.533 sono state effettuate presso il Pronto Soccorso dell'AOU di Parma e le restanti 1187 presso i Pronto Soccorso del territorio.

Per 966 pazienti si è reso necessario il ricovero in ospedale, di cui 605 sono stati ricoverati nei reparti



ortopedici per frattura e 360 nei reparti di medicina per la contestuale presenza di comorbidità. A seguito delle analisi svolte è stato possibile verificare come il carico di lavoro dell'ospedale, indotto dal fenomeno cadute a domicilio sia molto elevato, corrispondente all'incirca a tutta l'attività di un reparto medico o ortopedico.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

La ricerca svolta sulla popolazione che afferra ai Pronto Soccorso di tutto il territorio provinciale mette in evidenza l'importanza di diffondere informazioni e conoscenze mirate alla prevenzione delle cadute a casa, non solo all'interno dell'ospedale, ma anche sul territorio.

Eventuali problematiche riscontrate

Il numero assoluto di visite dovute a caduta aumenta con l'avanzare dell'età, con un picco nella fascia d'età 80-84 anni, sia per i maschi che per le femmine.

Fra i fattori di rischio sarebbe utile prestare attenzione all'uso dei farmaci (antipertensivi, analgesici e psicofarmaci) che sono risultati essere fattori di rischio per esiti clinici come il trauma cranico.

Un dato sorprendente, considerando l'alta prevalenza di fratture, risulta essere la scarsa assunzione di farmaci per l'osteoporosi (quali calcio, vitamina D e bifosfonati). La letteratura mette infatti da anni in evidenza come l'assunzione di vitamina D possa ridurre il rischio caduta.

Note o approfondimenti

L'esperienza è stata presentata in occasione del Congresso Nazionale AcEMC (Academy of Emergency Medicine and Care) tenutosi a Verona nel mese di maggio 2014 e il poster è stato premiato con attestato di merito. Lo studio è stato inoltre pubblicato sulla rivista "Emergency Care Journal" nel 2014. Uno studio che approfondisce l'uso di farmaci come fattore di rischio è stato accettato come pubblicazione nella rivista "Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics"

L'allontanamento del paziente degente: dal monitoraggio del fenomeno alla procedura aziendale

Per "Allontanamento" del paziente degente si intende ogni qualvolta si osserva l'assenza di un paziente degente, non preventivamente comunicata al personale sanitario, con particolare riferimento ai pazienti anziani e/o fragili. Il tema dell'allontanamento del paziente degente non è oggetto di una Raccomandazione Ministeriale specifica per la Gestione del Rischio Clinico e la sicurezza del paziente: tuttavia nel febbraio 2013 l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha diffuso indicazioni relative ad allontanamento di paziente preso in carico da strutture sanitarie. L'allontanamento dal contesto ospedaliero da parte del paziente degente, senza che vi sia consenso medico e senza segnalazione, espone il paziente ad un rischio severo che può diventare la causa di un evento sentinella.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, a partire dal 2013, ha costituito un Gruppo di Lavoro specifico grazie al quale ha avviato un sistema di monitoraggio aziendale del fenomeno e, nel corso del 2014, ha emanato una procedura aziendale specifica per supportare i professionisti nella gestione degli episodi di allontanamento.

La procedura aziendale descrive le modalità operative, i comportamenti da adottare nei casi in cui si verifichi l'allontanamento di un paziente ricoverato in una Struttura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. La diffusione della procedura e dello strumento "Come fare per" ha avuto i seguenti obiettivi:

1. supportare i professionisti nella valutazione del rischio di allontanamento del paziente
2. permettere l'attivazione di attività di ricerca tempestive e standardizzate che, a partire dalla constatazione di allontanamento, possano espletarsi sia all'interno che all'esterno dell'Azienda
3. monitorare il fenomeno attraverso le segnalazioni al Settore Alberghiero e Servizi alla Persona che coordina l'Istituto di Vigilanza Interna.

E' stato redatto e diffuso, inoltre, uno strumento informativo "Come fare per", volto a diffondere indicazioni e informazioni pronte all'uso per i professionisti, utili al riconoscimento di pazienti potenzialmente a rischio e alla condivisione delle modalità di verifica interna ed esterna per l'attivazione appropriata di tutti gli attori coinvolti nelle attività di ricerca.



Risultati raggiunti

I risultati indicano una completa adesione alle indicazioni della procedura aziendale per la notifica di allontanamento del paziente da parte dei professionisti che operano all'interno delle strutture di degenza (attivazione della ricerca del paziente e chiusura dello stato di emergenza).

E' possibile concludere che il tema allontanamento è ritenuto centrale dai professionisti per la promozione della sicurezza, come confermato dal numero e dall'appropriatezza delle segnalazioni pervenute alla Direzione Aziendale.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2014 l'Azienda ha nuovamente partecipato alla Call 2014 promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (AGENAS) e PASQ, presentando l'esperienza che, ad oggi, è in corso di valutazione.

Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Nel corso dell'attività lavorativa, gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono risultare dannosi per la loro salute. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di subire un'esperienza di aggressione e violenza agita, anche, dai loro pazienti.

Risultati raggiunti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in linea con le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali e con gli interventi già promossi nel corso del 2013, ha portato avanti nel corso del 2014 il proprio impegno al contrasto del fenomeno atti di violenza contro gli operatori sanitari:

- a) Il fenomeno è stato monitorato grazie agli Incident Reporting redatti dai Professionisti, ai report giornalieri dell'Istituto di Vigilanza Aziendale e alle statistiche di infortunio (SPPA). Rispetto al database relativo ai report giornalieri dell'Istituto di Vigilanza Aziendale, coordinato dal Settore Alberghiero e Servizi alla Persona, emerge come nel 2013 su 10646 segnalazioni, solo 122 (1,2%) abbiano riguardato disordini all'interno delle UU.OO.. In prevalenza il Pronto Soccorso è l'area con maggiori criticità. A partire dai report 2013 è quindi emerso come solo il 0,1% delle segnalazioni riguardanti disordini nei reparti derivi da una aggressione fisica.
- b) Nel mese di febbraio 2014 la Direzione Aziendale ha promosso interventi strutturali e organizzativi quali l'aggiornamento del Regolamento per l'utilizzo di Impianti di video-sorveglianza.
- c) Coerentemente con la valutazione del contesto lavorativo promossa dal Gruppo di Lavoro multiprofessionale per la gestione del tema "prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari" (GdL), il tema specifico degli atti di violenza contro gli operatori è stato ulteriormente analizzato nei corsi di formazione interattivi rivolti ai professionisti, all'interno di 14 corsi aziendali programmati nel 2014 per l'area della Gestione del Rischio.
- d) Inoltre, nel Piano Formativo Aziendale 2014 sono stati promossi due eventi su questo specifico tema dal titolo: "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori" (rivolto a tutti i professionisti, 4 ore con crediti ECM) e corso avanzato (con modalità interattiva e simulazioni di situazioni a rischio rivolto a 16 professionisti delle aree a maggior rischio, 16 ore, con crediti ECM).
- e) In occasione del primo evento formativo succitato, aperto a tutti i professionisti, è stato somministrato un questionario qualitativo/quantitativo ai 130 professionisti partecipanti e mirato a raccogliere dati utili alla valutazione delle iniziative realizzate, oltre che ad analizzare il fenomeno violenza contro gli operatori considerando anche la prospettiva degli stessi operatori. I risultati confermano che le iniziative proposte sono risultate efficaci nell'accrescere la cultura della sicurezza fra i professionisti, nell'incoraggiare le segnalazioni del fenomeno e nel promuovere ulteriori azioni di miglioramento.
- f) Il tema della prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori e del sistema aziendale di monitoraggio è stato inserito anche nelle Linee di Indirizzo al Budget 2014, nella sezione della Gestione del Rischio.
- g) A cura del GdL e con la supervisione del Governo clinico e Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento, è stata redatta una procedura aziendale per la gestione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari, diffusa all'interno dell'Azienda nel mese di maggio 2014.

A partire dai dati di monitoraggio oltre che dal database relativo agli infortuni è risultato indispensabile che al corso avanzato, organizzato con modalità interattiva e simulazioni di situazioni a rischio, rivolto a 16 professionisti, partecipino professionisti sia afferenti al Pronto Soccorso che alla specialità Geriatrica. Grazie ai 130 questionari somministrati, mirati ad approfondire gli atteggiamenti dei professionisti rispetto al fenomeno della violenza (dati di esito dell'iniziativa), emerge come solo il 16% del campione abbia dichiarato di non aver modificato alcun aspetto della propria attività lavorativa quotidiana a seguito degli interventi, mentre il restante 63% ha modificato almeno un aspetto. Il 21% non ha risposto al quesito. Le strategie individuali maggiormente dichiarate dai professionisti - a



seguito delle iniziative proposte per prevenire episodi di violenza - riguardano una maggiore attenzione al modo di relazionarsi con i pazienti/utenti (33% dei rispondenti) e una maggiore attenzione ai segnali di allarme quando si interagisce con l'utenza (30%).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2014 l'Azienda ha nuovamente partecipato alla Call 2014 promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (AGENAS) e PASQ, presentando l'esperienza che, ad oggi, è in corso di valutazione.

La prevenzione del rischio emolisi attraverso l'adozione di nuovi dispositivi per prelievi ematici in Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Il prelievo di sangue venoso è una procedura invasiva indispensabile per la diagnostica in vitro, perché rappresenta un passaggio irrinunciabile per ottenere la matrice biologica da analizzare. In genere, ogni prelevatore tende a stabilire una prassi consona e familiare, che ripete nel tempo. Il 60 - 70% degli errori in medicina di laboratorio, si concentrano nelle attività che precedono l'analisi dei campioni (fase pre-analitica) e soprattutto in quelle in cui la componente umana è ancora determinante, come il prelievo di sangue venoso. Tra le varie cause che possono compromettere la qualità della diagnostica in vitro, quella relativa all'emolisi (o emolisi spuria) risulta essere la più importante, in quanto i campioni emolizzati rappresentano la causa più diffusa di soppressione dei risultati nella maggior parte dei laboratori clinici, provocando così importanti inconvenienti per la sicurezza diagnostica, con conseguenze sia organizzative che economiche. Il contrasto al fenomeno dell'emolisi spuria rappresenta una sfida fondamentale nella diagnostica di laboratorio, dal momento che diminuisce costantemente la qualità del campione e può mettere a repentaglio la sicurezza del paziente quando risultati non affidabili sono rilasciati ai soggetti interessati. La presenza di campioni ematici emolizzati rappresenta un noto problema clinico-organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza, e in particolare del Pronto Soccorso. Ciò è dovuto alle condizioni non ottimali in cui vengono effettuati i prelievi conseguentemente allo stato di emergenza-urgenza in cui l'attività si svolge. Infatti, per evitare il duplice accesso venoso al fine di ridurre i tempi di esecuzione del prelievo, i prelievi vengono eseguiti quasi invariabilmente attraverso ago-cannula (dispositivo che, di per sé, favorisce l'emolisi).

Risultati raggiunti

Presso le Strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e Diagnostica Ematochimica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, a seguito di regolare procedura di autorizzazione e acquisizione, sono state acquisiti nuovi dispositivi S-Monovette che permettono un prelievo "dolce", meno traumatico per i globuli rossi, essendo basato sull'aspirazione manuale del sangue (anziché per "aspirazione sottovuoto") all'interno di un sistema di provetta che rimane comunque chiuso e quindi sicuro per gli operatori sanitari.

L'efficacia dei nuovi dispositivi è stata valutata confrontando l'entità dei campioni emolitici, relativa ai 4 mesi precedenti l'implementazione della nuova tecnologia e nei 4 mesi successivi.

Il numero di campioni ematici è stato di 14155 durante i 4 mesi pre-implementazione e di 13319 durante i quattro mesi post-implementazione. Il numero totale di campioni emolitici è stato di 624 durante i primi 4 mesi e di 342 durante i secondi 4 mesi, con una riduzione altamente significativa di campioni emolitici, pari al 42%.

In conclusione l'adozione dei nuovi dispositivi si è dimostrata efficace nell'ottimizzazione dei processi di prelievo venoso in Pronto Soccorso: quasi 300 pazienti non hanno subito ritardi diagnostici e non hanno dovuto sottoporsi a nuovi prelievi, evitando così il soggiorno in Pronto Soccorso per 2 o 3 ore aggiuntive.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2014 l'Azienda ha nuovamente partecipato alla Call 2014 promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (AGENAS) e PASQ, presentando l'esperienza che, ad oggi, è in corso di valutazione.

La sicurezza del processo trasfusionale presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

La sicurezza della terapia trasfusionale deriva dalla gestione di un iter complesso che include tutte le attività che vanno dalla selezione del donatore all'infusione degli emocomponenti nel paziente ricevente.



Risultati raggiunti

Nel corso del 2014 presso l'Azienda è stata svolta un'analisi attraverso il metodo FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) e FMECA (Failure Mode and Effects Criticality Analysis) dei singoli componenti del processo trasfusionale, finalizzata a identificarne le criticità e i loro effetti.

Un totale di 31 operatori - fra medici e infermieri - ha partecipato a 5 focus group attraverso cui sono stati individuati i possibili errori relativi alla varie fasi del processo trasfusionale, e i loro possibili effetti. In tal modo sono stati definiti gli eventi maggiormente rischiosi attraverso gli Indici di Priorità del Rischio.

Le criticità evidenziate hanno fatto emergere la necessità di redigere un nuovo strumento: la "Check-List Sangue ed Emocomponenti della linea rossa-Richiesta/Trasfusione/Monitoraggio" volta ad assicurare una maggiore sicurezza nelle fasi del processo. La Check-List permette di supportare i professionisti nei processi ad alta complessità e rappresenta una guida per il professionista in tutte le fasi del processo trasfusionale, dalla fase di determinazione dell'emogruppo del paziente sino alla fase di monitoraggio post-trasfusionale. La Check-List nella sua semplicità di utilizzo, garantisce una tutela per i professionisti, oltre che una evidenza documentale a valenza medico-legale per la sicurezza del processo trasfusionale.

Dopo la sperimentazione in 8 Unità Operative dell'Azienda, la Check-List è stata validata dal Direttore dell'UO di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e dal Medico Legale, per essere quindi adottata come parte integrante della Cartella Clinica.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Una volta raccolti i dati a sostegno della effettiva efficacia dell'iniziativa su indicatori di processo e di esito, l'Azienda potrà presentare l'iniziativa come Buona Pratica per la sicurezza alla Call 2015, promossa dall'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti (AGENAS) e PAsQ.

Note o approfondimenti

L'esperienza è stata presentata in occasione del Congresso Nazionale SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia) tenutosi a Rimini nel mese di maggio 2014 e il poster è stato premiato con attestato di merito.

Cartella integrata di Elettrofisiologia

Nel corso dell'anno 2014 l'Azienda, attraverso la SSD Governo Clinico Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento, ha supportato i professionisti della Struttura di Cardiologia Interventistica nel progetto da questi promosso e realizzato "Cartella integrata di Elettrofisiologia", mirato alla validazione di una cartella clinica integrata per i reparti di degenza.

Risultati raggiunti

La cartella è suddivisa in differenti unità al fine di facilitare l'individuazione della fase pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria. In ogni sezione vi sono paragrafi colorati diversamente per facilitare l'individuazione delle parti di compilazione medica e/o infermieristica e con sezioni di competenza del personale OSS. Lo strumento è stato adottato ufficialmente a partire dal 4 agosto 2014.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2015 sarà comunque possibile raccogliere dati relativi all'esito della sperimentazione.

Note o approfondimenti

Il progetto - promosso e realizzato dai professionisti dell'area di Cardiologia Interventistica Elettrofisiologia - è stato presentato alla II edizione del Premio Qualità del Network JCI Italia nel mese di settembre 2014.

Supporto alla definizione e diffusione di strumenti per la sicurezza e l'appropriatezza dei processi clinici-organizzativi

La scheda "Come fare per...", mirata a descrivere con semplicità i temi di maggiore rilevanza relativi alla gestione del rischio e finalizzata altresì a diffondere le modalità di immediata segnalazione, ha permesso la diffusione efficace di informazioni "pronte all'uso" per i professionisti.

La scheda, disponibile sull'Intranet aziendale, è stata ulteriormente diffusa in occasione dei 14 eventi formativi aziendali realizzati nel corso del 2014 specifici per la gestione del rischio.

Risultati raggiunti

Il Repertorio degli Strumenti per la sicurezza e l'appropriatezza promosso dalla SSD Governo Clinico Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento nel corso del 2014 è stato aggiornato e implementato grazie al contributo attivo dei Gruppi Multiprofessionali:

COMEFAREPER N. 8 Allontanamento del paziente degente

COMEFAREPER N. 9 Gestire la Mobilitazione del Paziente in Sicurezza



COMEFAREPER N.10 Check – list “Dimissione del paziente” lo strumento per garantire la continuità assistenziale nel paziente fragile
COMEFAREPER N.11 Prevenzione degli errori in terapia legati all’uso dei farmaci LASA
COMEFAREPER N.12 Corretta gestione delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio (KCl) e altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (K)
COMEFAREPER N.13 Prelievo sangue venoso in sicurezza

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il repertorio aziendale potrà arricchirsi di nuovi strumenti nel corso del 2015.

Note o approfondimenti

Gli strumenti COMEFAREPER si sono dimostrati una pratica efficace per la diffusione della cultura della sicurezza e la condivisione delle strategie di gestione del rischio con tutti i professionisti.

Rischio infettivo, sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

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

In linea con le disposizioni nazionali e regionali, tramite il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive (SMI), è stato garantito e presidiato sia il flusso di denunce di malattie infettive provenienti dalle varie articolazioni aziendali e dirette al Dipartimento Igiene Pubblica dell’AUSL territoriale, sia il monitoraggio delle segnalazioni di *alert-organism* inviate dal Laboratorio di Microbiologia.

L’analisi dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza, in sintesi, consente:

- precise valutazioni epidemiologiche per la messa in atto di azioni mirate, sulla base delle evidenze
- controllare la diffusione dei microrganismi, con particolare riguardo ai ceppi multifarmaco-resistenti o epidemiologicamente importanti, tramite l’adozione di misure igienico-preventive
- attivare delle strutture territoriali preposte, per l’avvio delle azioni di prevenzione più efficaci.

Risultati raggiunti

In linea con le disposizioni nazionali e regionali, nel 2014, tramite il [Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive \(SMI\)](#), è stato garantito e presidiato sia il flusso di denunce di malattie infettive provenienti dalle varie articolazioni aziendali e dirette all’AUSL territoriale, sia il monitoraggio delle segnalazioni di *alert-organism* inviate dal Laboratorio di Microbiologia.

In particolare, rispetto al sistema di notifica delle Malattie Infettive, con l’intento di migliorare la qualità dei dati trasmessi al DSP dell’AUSL di Parma, è proseguita la valutazione dell’appropriatezza delle informazioni riportate nella Scheda di Segnalazione. Il monitoraggio ha riguardato la raccolta ed analisi tramite data base dedicato di 1292 segnalazioni di Malattia Infettiva accertata/sospetta e sono state riscontrate 179 (14%) “non conformità”, legate ad un’incompleta/sommatoria compilazione dei dati richiesti. Le “non conformità” rilevate hanno dato luogo a notifica ai Referenti di Unità Operativa coinvolta, con richiesta di completamento del dato e richiamo sull’importanza, ai fini preventivi e medico-legali, di un’appropriata compilazione.

Sulla base delle indicazioni pervenute dal Ministero della Salute e dall’Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali, sono state date indicazioni specifiche per la sorveglianza, prevenzione e controllo di alcune malattie, di particolare rilievo epidemiologico (Malattie Invasive Batteriche, Influenza, Mers-COV Coronavirus, ecc.). In particolare, per quanto riguarda la prevenzione delle MIB - Malattie Infettive Batteriche - sono state diffuse le nuove indicazioni regionali riguardanti le vaccinazioni nelle persone con patologia o condizioni di rischio, con raccomandazione di aggiornare i piani assistenziali dei pazienti a cui sono rivolte.

Sono stati inoltre resi immediatamente disponibili, tramite pubblicazione sulla intranet aziendale, gli aggiornamenti epidemiologici provenienti dalla Regione e riguardanti le Malattie Infettive (Ebola, Coronavirus, Enterococco D68, Morbillo e Rosolia, Influenza, ecc.)

Per quanto riguarda la sorveglianza dei microrganismi multifarmaco-resistenti e con profilo di resistenza inusuale, da sottolineare il [monitoraggio dell’andamento della diffusione dei CPE \(Enterobatteri produttori di Carbapenemasi\)](#). L’Azienda ha garantito e mantenuto l’invio mensile dei dati sulla sorveglianza attuata (prevalenza ed incidenza dei pazienti colonizzati/infetti), la ricerca attiva dei pazienti colonizzati infetti ed il controllo sull’applicazione delle misure preventive di contenimento, attività ritenute prioritarie per il controllo della diffusione in ambito nosocomiale. E’ stato inoltre mantenuto il flusso informativo al Ministero, dei dati relativi alle batteriemie sostenute da CPE riscontrate nelle varie UU.OO./Servizi.

Il riscontro di colonizzazione/infezione da CPE da parte del Laboratorio, ha comportato la segnalazione verbale e scritta ai Referenti delle UU.OO. coinvolte, con raccomandazione di mettere in atto le misure igienico-preventive previste nei casi di specie. In tale contesto è stato mantenuto l’invio periodico ai



Reparti, dei report riepilogativi con i dati epidemiologi.

Nel corso dell'anno è stata testata in alcune UU.OO. (TIN e Geriatria) un'apposita check-list di autocontrollo per la verifica dell'implementazione delle misure igienico-preventive previste per singolo caso di specie. L'utilizzo dello strumento, a scadenze precise, ha permesso una valutazione oggettiva di quanto effettivamente messo in atto e la realizzazione di azioni di miglioramento ove necessario.

Per quanto riguarda la [sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori](#) (Chikungunya, Dengue, West Nile disease, Zika Virus, in conformità al Piano Regionale dell'Emilia-Romagna 2014, sono state consolidate e mantenute diverse attività (fornire indicazioni comportamentali per utenti/visitatori/operatori, interventi strutturali, manutenzione aree verdi, pulizia dei pozzetti fognari, organizzare interventi antilarvali e disinfestazioni adulticide e loro monitoraggio nel tempo), volte a prevenire, monitorare e contenere l'eventuale infestazione da zanzara a livello aziendale. Sono stati inoltre diffusi i documenti operativi dei programmi multidisciplinari per la sorveglianza dei casi umani, in modo da intercettare tempestivamente ed efficacemente l'insorgenza della circolazione virale.

La [prevenzione dell'influenza](#) rappresenta un importante intervento di sanità pubblica sia per l'impatto dell'epidemia stagionale sulla popolazione, specie nelle persone con condizioni di rischio, sia per l'impegno dei servizi sanitari nella realizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale.

Per quanto riguarda le azioni messe in campo per la [prevenzione dell'influenza](#), in linea con le indicazioni dell'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna è stata realizzata la campagna di vaccinazione antinfluenzale, con ampia informazione al personale sanitario sulla necessità di sottoporsi alla vaccinazione e sull'importanza che essa riveste in termini di prevenzione del rischio infettivo in ambito assistenziale. Sono state inoltre riproposte le raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo, i criteri sia per la richiesta di consulenza ai centri della rete ECMO, sia per la segnalazione e sorveglianza dei casi gravi e complicati di influenza che necessitano di ricovero in UTI, nonché le modalità di accesso ai Laboratori di riferimento regionale per la diagnosi di influenza (ricerca virus influenzali).

Purtroppo, le notizie apparse sui media riguardo le reazioni avverse da vaccino, hanno determinato una scarsa adesione alla campagna vaccinale non solo da parte degli operatori sanitari, ma anche della popolazione in generale. Questo, insieme ad altri fattori, ha determinato nel periodo gennaio-marzo un picco dell'epidemia influenzale, che ha messo a dura prova le strutture assistenziali.

In sintonia con le indicazioni contenute nel [Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita \(PNEMoRc\)](#) sono continuate le attività di controllo dei casi accertati/sospetti, tramite: 1) compilazione della scheda di segnalazione di malattia infettiva e la compilazione della scheda di notifica di sorveglianza specifica "Scheda di sorveglianza integrata Morbillo-Rosolia", con notifica all'Azienda USL di competenza sul territorio; 2) realizzazione delle precauzioni di isolamento previste nei singoli casi di specie; 3) nei casi "sospetti", esecuzione ed invio delle indagini sierologiche ove previsto, ed il rispetto dei criteri clinici e microbiologici esplicitate nella definizione di "caso".

Sempre nel rispetto delle indicazioni regionali, sono state mantenute e rafforzate le misure di [sorveglianza e controllo della Tuberculosis](#). I casi accertati/sospetti di TBC sono stati, come di consueto, oggetto di segnalazione (sono state effettuate circa 00 segnalazioni di casi accertati e sospetti comprese le forme extrapulmonari) al DSP dell'AUSL di Parma per la messa in atto degli interventi di sanità pubblica previsti e sono state messe in atto le misure di isolamento previste.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Si prevede di realizzare interventi informativi/formativi rivolti al personale con il fine di aumentare l'adesione da parte degli operatori sanitari, alle Precauzioni Standard e alle precauzioni specifiche per patologia infettiva, durante l'assistenza, al riconoscimento tempestivo e isolamento dei pazienti infetti/colonizzati da MDR, E' in fase di valutazione l'opportunità di estendere la *check list* di autocontrollo per la verifica delle misure di isolamento a tutte le strutture aziendali, ad avvenuta approvazione da parte del CIO aziendale E' in fase di realizzazione l'istruzione operativa per la segnalazione delle malattie infettive in formato "Come Fare Per..." ed è previsto l'aggiornamento della procedura per la gestione dei casi di Meningite in ambito ospedaliero.

Eventuali problematiche riscontrate

Il problema dell'antibiotico-resistenza rappresenta un'emergenza globale. I dati epidemiologici non mostrano al momento una flessione del fenomeno che necessita di ulteriori azioni di miglioramento a carattere multidisciplinare. Per quanto riguarda la notifica delle malattie infettive, i Medici devono incrementare la consapevolezza dell'importanza della segnalazione e della precisa trasmissione dei dati per l'adozione delle azioni di prevenzione più efficaci.

Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo, più precisamente il rischio per utenti (pazienti/visitatori) ed operatori sanitari di contrarre un'infezione durante le attività clinico-assistenziali, occupa un posto di particolare rilevanza.



Le ICA rappresentano la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Una quota di ICA è prevenibile, adottando pratiche assistenziale appropriate, in grado di prevenire/controllare la trasmissione di infezioni in tutti i contesti di cura.

In linea con il D.G.R. 318/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all'Assistenza e uso responsabile degli antibiotici", risulta pertanto prioritario, garantire la tutela degli aspetti di igienici e di sicurezza correlati attraverso la pianificazione ed attuazione di programmi di prevenzione e controllo.

Risultati raggiunti

In stretta sinergia con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Rischio Infettivo, che coordina la rete dei Comitati di Controllo delle Infezioni ER-ReCI, l'Azienda, tramite i propri Referenti, partecipa alle attività regionali poste in essere in tema di prevenzione del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza.

Si sono svolti con regolarità gli incontri del Nucleo Strategico Aziendale. In base agli esiti dell'attività svolta negli anni precedenti ed agli obiettivi dettati dal DGR 318/2013 è stato realizzato ed approvato un Piano Programma a valenza biennale.

Sono stati insediati i due Nuclei Operativi ICA e ATB in modo da realizzare le attività prioritarie definite nel Piano Programma in tema di gestione del rischio infettivo ed utilizzo appropriato degli antibiotici, presidiando 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.

L'emergenza Ebola ha dettato il calendario delle attività realizzate nel secondo semestre dell'anno. Il Nucleo Strategico ha dovuto confrontarsi con tale emergenza di sanità pubblica, coordinando una serie di incontri volti a implementare a livello aziendale le indicazioni contenute nella circolare del Ministero della Salute del 6.10.2014 "Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale". Sono state pertanto realizzate le linee di indirizzo aziendali "Indicazioni operative e misure di controllo" per la gestione dei pazienti sospetti di essere affetti da malattia da Virus Ebola (MVE).

Nel documento sono stati dettagliati i percorsi operativi interni per la gestione del caso sospetto, dal momento del primo contatto con la struttura nei punti di prima accoglienza (118, PS, Astanteria-Accettazione Pediatrica, Accettazione Ostetrico Ginecologica) fino all'isolamento nel Reparto di Malattie Infettive; sono state date specifiche indicazioni sulle corrette modalità di isolamento, sono stati definiti i protocolli di vestizione e svestizione con impiego dei DPI codificati, di decontaminazione e bonifica ambientale dei locali che hanno ospitato i pazienti infetti o sospetti tali, di pulizia e disinfezione dell'ambulanza.

Dal mese di settembre, i Referenti dei Nuclei Operativi ICA ed ATB partecipano con continuità al Corso di formazione G.I.A.N.O. organizzato dall'ASSR, con lo scopo di promuovere una maggior armonia degli interventi realizzati dalle singole aziende per il presidio del rischio infettivo.

Nel corso dell'anno sono state riviste alcune procedure aziendali di particolare interesse in tema di rischio infettivo 1) Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza - 2) la gestione degli infortuni a rischio biologico - 3) Trasporto in sicurezza dei campioni biologici - 4) Modalità di gestione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e Dispositivi Medici (DM).

Si è ritenuto prioritario procedere con l'aggiornamento delle LG Aziendali in tema di antibiotico-profilassi peri-operatoria. In collaborazione con il Coordinatore del Gruppo ATB, sono stati realizzati diversi incontri, a piccoli gruppi omogenei per specialità, destinati ai Chirurghi delle Chirurgie Generali e Specialistiche. Durante gli incontri sono state analizzate le LG Nazionali, discusse e approfondite le scelte terapeutiche attualmente implementate a livello di singola struttura chirurgica, in modo da aggiornare le linee di indirizzo locali.

Per quanto riguarda l'impiego appropriato degli antibiotici, sono continuate le attività di consulenza dei Medici Infettivologi (*antimicrobial stewardship*) nelle UU.OO. richiedenti per supportare i Clinici nella scelta appropriata dei farmaci antimicrobici in corso di processi infettivi, unita al monitoraggio dei consumi, effettuato dal Servizio di Farmacia, con particolare riguardo alle terapie mirate a pazienti particolarmente a rischio ed all'appropriatezza prescrittiva delle molecole ad elevato costo.

A seguito dell'emanazione della Circolare n. 16 del settembre 2013 "Linee di indirizzo e criteri d'uso dei DM con meccanismo di sicurezza per la prevenzione delle ferite da taglio o dal punta nel settore ospedaliero", sulla base delle valutazioni interne effettuate, sono state introdotte nella pratica assistenziale i nuovi dispositivi dotati di sistema di sicurezza (aghi cannula a due vie, siringhe per emogasanalisi, pungidito, aghi farfalla, ecc.). L'introduzione in tutte le UU.OO./Servizi è stata progressiva e si è completata alla fine del 2014. Sono stati realizzati specifici incontri propedeutici all'utilizzo dei nuovi dispositivi, ed è stata data ampia possibilità di partecipazione a tutti i Professionisti in modo da acquisire confidenza con i nuovi DM, garantendone l'appropriatezza d'impiego.

Nelle Terapie Intensive (TI) aziendali, è proseguita l'attività di sorveglianza delle infezioni e la partecipazione al "Monitoraggio delle Infezioni in reparti a rischio - SiTiER - Sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva". Le UU.OO. 1^a e 2^a Anestesia e Rianimazione, partecipano da anni alla rilevazione, attraverso il Progetto GiViTi - Gruppo Italiano di Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, coordinato dall'Istituto Mario Negri, che riconosce come obiettivo primario la raccolta sistematica dei dati, tramite apposito programma informatico, per la valutazione continua della performance delle TI.



E' proseguita con regolarità il controllo, all'interno delle UUO ad elevata complessità assistenziale, quali le TI e i CO, volti a monitorare le condizioni igieniche e di sicurezza ambientale, l'adeguatezza delle procedure in essere ed il rispetto delle modalità comportamentali in essere all'interno dell'area critica.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel corso del 2015, dovrebbe essere presentato al Collegio di Direzione e diffuso il nuovo documento aziendale LG Profilassi Antibiotica in Chirurgia.

E' previsto un incontro in plenaria per presentare i contenuti del documento a tutti i Chirurghi.

Trascorsi 6 mesi dall'implementazione a livello locale, sono stati previsti audit, per verificare il grado di compliance dei Chirurghi rispetto all'adesione alle raccomandazioni fornite.

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

La riduzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), attraverso l'adozione di sistemi di sorveglianza, rientra tra gli obiettivi di Piano Regionale delle Prevenzione (PRP) e, la partecipazione al SICHER da parte delle strutture sanitarie, è uno dei criteri di accreditamento dei reparti chirurgici.

Secondo le indicazioni del PRP in vigore (anno 2013) le Aziende devono assicurare la sorveglianza di almeno il 50% degli interventi, sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza SICHER. L'ASS-RER ha posto come obiettivo a lungo termine che il sistema di sorveglianza diventi attività prioritaria e continuativa dei percorsi organizzativo-gestionali delle UO Chirurgiche Generali e Specialistiche..

Il sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (SICHER) è attivo nella nostra Azienda dal 2011. Fino alla fine del 2013 sono state sorvegliate solo alcune categorie di intervento, in determinati contesti aziendali (Dipartimento Materno Infantile, Chirurgie Generali, Ortopedie).

Nel corso del 2013 è stato messo a punto un sistema di rilevazione informatizzato, che ha permesso di estendere capillarmente la sorveglianza. La sorveglianza delle ISC è ricompresa tra gli obiettivi di budget aziendali per le strutture chirurgiche.

La sorveglianza delle ISC (Infezioni del Sito Chirurgico) consente il monitoraggio costante dell'insorgenza di un evento infettivo a carico della ferita chirurgica: inizia al momento in cui il paziente è sottoposto ad intervento chirurgico, prosegue fino alla dimissione e termina a 30 giorni dall'intervento. Per gli interventi in cui è stato utilizzato materiale protesico la sorveglianza si protrae fino ad un anno dall'intervento stesso.

Risultati raggiunti

Al termine degli interventi formativi realizzati nel mese di Gennaio 2014, per illustrare ai Professionisti delle UU.OO chirurgiche le modalità di utilizzo del nuovo sistema informatizzato di rilevazione, collegato al Registro Operatorio, dal 1 febbraio 2014 la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) è stata estesa a tutte le UU.OO. Chirurgiche Generali e Specialistiche ed a tutte le categorie di intervento previste dal Progetto di Sorveglianza stesso (Protocollo SNIC – Sistema Nazionale di Sorveglianza delle ISC).

Da giugno 2014 i Referenti Aziendali, hanno partecipato con regolarità agli incontri del Gruppo Regionale per la Sorveglianza delle Infezioni del Sito chirurgico, che avevano come scopo di verificare lo stato dell'arte SICHER nelle singole strutture sanitarie e porre in atto alcune azioni di miglioramento.

Le singole aziende sanitarie sono state progressivamente rese autonome per quanto riguarda il caricamento dei dati direttamente su piattaforma GAF (Gestione Accoglienza Flussi), attività prima realizzata tramite i Referenti regionali. E' stato reso disponibile apposito software che consente di correggere gli eventuali errori nei file di estrazione dati, prima del caricamento in piattaforma.

Nel corso dell'anno sono stati sorvegliati oltre 7500 interventi. Si precisa che, in tale numero, non sono ricompresi gli interventi protesici, il cui periodo di sorveglianza avrà termine nel corso del 2015.

I dati sono stati caricati in piattaforma, secondo i flussi informativi definiti dal Protocollo generale, pertanto nel corso del 2015, indicativamente nel mese di giugno, dovrebbero essere disponibili i report degli interventi sorvegliati nel 2014 e degli interventi ortopedici con impianto di protesi sorvegliati nel 2013.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Sono in corso alcune valutazioni per migliorare la *compliance* dei Chirurghi e di tutto il Personale coinvolto nella rilevazione.

Si proporranno alcuni incontri a piccoli gruppi, rivolti ai Professionisti, in modo da verificare le criticità e mettere in atto azioni di miglioramento. Infatti, la puntuale chiusura delle schede al termine del periodo di *follow-up*, permetterebbe l'invio più ravvicinato dei dati e la relativa elaborazione, con restituzione dei dati alle Chirurgie in tempi brevi, per la valutazione tempestiva della *performance*.



Promozione dell'igiene delle mani - Progetto "Clean care is safety care"

L'igiene delle mani, da sempre, rappresenta un fattore determinante nella prevenzione delle infezioni associate alle pratiche assistenziali.

Molti studi internazionali hanno dimostrato che, quando l'adesione alla corretta igiene delle mani è elevata, si riduce il rischio di infezioni, comprese quelle da batteri resistenti agli antibiotici, che rappresentano un grave rischio per la salute e, in generale, uno dei maggiori problemi di salute pubblica.

L'OMS, da diversi anni, attivo con la 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, **promuove la corretta pratica dell'igiene delle mani**.

A livello aziendale già da diversi anni è stato avviato un percorso a sostegno del Progetto, con il fine di accrescere la consapevolezza degli Professionisti, migliorando la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti.

Risultati raggiunti

In piena sintonia con la campagna di sensibilizzazione WHO SAVE LIVES - Clean your hands e gli obiettivi regionali, anche nel corso del 2014 sono state realizzate diverse attività a sostegno dell'igiene delle mani.

E' continuato il monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico per l'igiene delle mani: i dati analizzati, anche se incoraggianti, in quanto in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (dato cumulativo 8,3 lt./1000 gg degenza vs 7,5 lt./1000 gg degenza), rimangono al di sotto dello standard regionale (>/= 10 lt./1000 gg degenza) con diversità rilevanti tra reparti medici/chirurgici. Dati decisamente migliorativi, invece, nelle TI. I dati rilevati sono stati trasmessi alle varie articolazioni aziendali, in modo da favorire la messa in atto di azioni di miglioramento interne a ciascun reparto.

Nel mese di marzo, con l'intento di supportare i reparti nell'analisi delle componenti gestionali/organizzative legate all'igiene delle mani e la conseguente individuazione delle problematiche che necessitano di attenzione e miglioramento, è stata trasmessa ai reparti una check-list di autocontrollo (domande chiuse SI/NO - punteggio assegnato). L'impiego sistematico a cadenza trimestrale della scheda ha fornito l'opportunità di riflettere sulle risorse disponibili ed aiutato i Responsabili/Referenti dei Reparti a concentrarsi sullo sviluppo di azioni di miglioramento e promozione dell'igiene delle mani.

In collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Area rischio Infettivo sono state realizzate le seguenti attività

- in occasione della **giornata mondiale dell'igiene delle mani** (5 maggio di ogni anno), che aveva come tema l'importanza dell'igiene delle mani nella prevenzione di potenziali patogeni (microrganismi multifarmaco-resistenti), si è collaborato alla realizzazione di materiali e strumenti di comunicazione (video, giochi enigmistici, filastrocche, ecc.) che sono stati messi a disposizione del personale sanitario delle varie aziende, sul sito dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, tramite collegamento ad apposito link. E' stato inoltre diffuso il Poster "**Bastano 5 momenti per cambiare il mondo**" quale reminder visivo per sensibilizzare gli operatori sulla tematica.
- è stato sostenuto il progetto "**RImani- Ricorda l'igiene delle mani**", per la promozione della corretta igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Attraverso un applicativo web è possibile accedere a diversi moduli e ottenere informazioni o consigli utili al fine di mantenere alta, tra gli operatori sanitari, l'attenzione sulle buone pratiche di igiene.

E' stato mantenuto l'aggiornamento costante, anche tramite la pubblicazione sulla rete intranet aziendale, della bibliografia di riferimento e delle ultime indicazioni dell'OMS e della RER in tema di igiene delle mani.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Come ogni anno, il 5 maggio, giornata mondiale dell'igiene delle mani, in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, sono previste iniziative volte a ricordare ai Professionisti l'importanza di tale pratica. Si sta ipotizzando anche la realizzazione di iniziative congiunte, da realizzare con altre strutture sanitarie in ambito AVEN, che potrebbero avere maggior impatto, in quanto l'informazione viene sostenuta in più ambiti.

Oltre al recepimento delle iniziative proposte dai canali istituzionali (OMS, Ministero della Salute, Agenzia Sanitaria e Sociale regionale), si provvederà a:

- promuovere iniziative informative/formative che prevedano l'impiego di materiale multimediale, per rendere l'argomento più appetibile ai Professionisti,
- promuovere audit interni, in modo da monitorare sia l'adesione all'igiene, sia il mantenimento/miglioramento dei requisiti strutturali/organizzativi,
- sostenere e promuovere l'impiego del gel idroalcolico, favorendone una diffusione capillare ed aumentando ulteriormente le postazioni disponibili.



Prevenzione del rischio infettivo

In stretta collaborazione con altre funzioni aziendali, è stato mantenuto il presidio delle tematiche antisepsi, disinfezione e sterilizzazione, di rilevanza strategica per l'ampio riflesso che determinano sul fenomeno delle Infezioni Correlate all'Assistenza e sulla qualità dell'assistenza.

Com'è noto, la criticità dei pazienti trattati (aumento di pazienti gravemente immunodepressi), la elevata aggressività diagnostico-terapeutica, la continua evoluzione della tecnologia sanitaria unita alla 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

Anche quest'anno sono proseguite le attività di realizzazione e diffusione di procedure ed istruzioni operative condivise, al fine di uniformare i comportamenti tra le figure professionali coinvolte nei processi clinico-assistenziali.

Si segnalano gli aspetti di maggiore rilievo affrontati in collaborazione con il Servizio di Farmacia:

- inserire nella pratica assistenziale l'antisettico clorexidina 2% in soluzione alcolica, per l'utilizzo quale antisettico su cute integra durante l'inserimento di cateteri venosi centrali (CVC), il prelievo per emocoltura, preparazione della cute prima dell'intervento chirurgico, ecc.. Al riguardo sono state redatte e diffuse specifiche indicazioni operative, in modo da agevolare i reparti nell'introduzione del nuovo prodotto nella routine assistenziale.
- sostenere le richieste di gel idroalcolico per l'igiene delle mani, provenienti dalle UU.OO. al fine di favorire l'impiego. Supportare i Coordinatori nell'installazione di supporti a muro, in punti strategici delle UU.OO. in modo da aumentare la fruizione durante l'attività assistenziale.
- analizzare e valutare i prodotti antisettici e disinfettanti disponibili in ambito AVEN, rispetto ai prodotti attualmente fruibili a livello aziendale. Ciascuna formulazione è stata valutata riguardo al livello di disinfezione realizzato, concentrazioni e tempi di impiego, applicabilità sul campo. Sono stati valutati inoltre i formati e le confezioni per singola tipologia di prodotto.
- sollecitare la fornitura di salviettine pre-inumidite con Clorexidina gluconato al 2% per l'igiene personale dei pazienti critici colonizzati/infetti da microrganismi multifarmaco-resistenti, da introdurre, in prima istanza, presso le UU.OO. di Terapia Intensiva. Questo in stretta sintonia con le letterature internazionali e le LG di riferimento che ne raccomandano l'impiego, quale misura, per il controllo della diffusione dei multi-durg resistant (MDR) in particolari in pazienti ad elevata criticità assistenziale ed in determinati contesti di cura, quali ad esempio le TI

In tema di sicurezza igienica legata all'impiego di attrezzature sanitarie e dispositivi medici, è stato mantenuta 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 reprocessing dei DM riutilizzabili, in relazione al rischio infettivo correlato all'impiego.

L'attività si è sviluppata con la realizzazione di protocolli operativi specifici. Da sottolineare la realizzazione delle istruzioni operative per il trattamento di pulizia/disinfezione delle cappe da laboratorio presenti presso il Centro Incapacità Riproduttivo (CIR) e Centro Trapianti Midollo Osseo (CTMO), nonché le attrezzature destinate all'assistenza di prematuri e neonati, degenti presso la TIN (culle, incubatrici, fasciatoi e vaschette).

Per quanto riguarda la sterilizzazione dei presidi e strumenti sanitari, sono state realizzate, in particolare, le seguenti iniziative:

- collaborazione nell'individuazione dei requisiti tecnici per l'acquisizione di nuove apparecchiature destinate al trattamento di dispositivi medici (autoclavi, lavaferri, lavaendoscopi, eccetera), che andranno a costituire il "parco macchine" delle strutture di prossima apertura (Dental School e Ala Sud)
- mantenere i controlli sulla qualità del materiale inviato alla sterilizzazione, con segnalazione scritta delle "non conformità" alle UU.OO. coinvolte nelle criticità rilevate.
- coordinare le attività di controllo microbiologico delle apparecchiature (Steris Sistem ed autoclavi) presenti nel plesso ospedaliero
- curare la formazione sul campo delle figure OSS, 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.
- acquisire specifico software per l'aggiornamento del sistema di tracciabilità del materiale prodotto sterile (DM riutilizzabili).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

In tema di **antisepsi**:

- è in fase di introduzione in TIN il prodotto Amukine Med (Clorossidante Elettrolitico) in confezioni di piccolo formato, per l'antisepsi del neonato, in corso di determinate procedure
- i recenti cambiamenti organizzativi e l'adesione ad AVEN impongono una 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.



- sono in via di revisione/stesura alcune procedure per il trattamento di dispositivi medici utilizzati sul tratto respiratorio (es. pneumotacografo, eccetera).

Per quanto riguarda la **sterilizzazione**:

- è di prossima introduzione il test di penetrazione corpi cavi, quale controllo periodico a verifica del processo di sterilizzazione a vapore.
- realizzazione delle modalità di gestione delle "non conformità" rilevate sul materiale da sterilizzare, con messa a punto di uno specifico modulo di segnalazione.
- valutazione delle tempistiche di conservazione della documentazione comprovante l'avvenuta sterilizzazione dei DM (fogli di lavoro, grafici delle macchine sterilizzatrici, ecc.) alla luce delle normative vigenti.
- revisione della nuova procedura per la sterilizzazione dei DM risterilizzabili
- collaborazione con il Servizio Ingegneria Clinica alla programmazione periodica delle convalide sull'attrezzatura utilizzata per il ricondizionamento totale dei DM risterilizzabili (sterilizzatrici a vapore, a gas plasma, ad acido peracetico, lavastrumenti, lavaendoscopi, saldatrici).
- Sperimentazione del sistema gas plasma per la sterilizzazione di alcune componenti del pneumotacografo, attrezzatura impiegata presso l'Area Ambulatoriale pediatrica.

Prevenzione e controllo del rischio infettivo da legionella in ospedale

La Legionellosi è una malattia grave ad elevata mortalità. La malattia è sostenuta da *Legionella spp.*, un germe acquatico opportunistico che trova il suo habitat ideale negli ambienti caldo umidi, è capace di sopravvivere in condizioni sfavorevoli agli altri germi e si moltiplica in nicchie ecologiche particolari, costituendo un elemento di rischio in tutte le situazioni in cui è in funzione un sistema di condizionamento, di umidificazione o di trattamento dell'aria o di ricircolo delle acque (ospedali, case di cura, residenze per anziani, alberghi, terme, piscine, centri sportivi, ecc.)

Rappresenta uno dei principali problemi di Sanità Pubblica, non solo italiana, ma anche mondiale, tanto da essere sottoposta a sorveglianza speciale da parte dell'OMS ed oggetto di emanazione di apposite linee guida sia internazionali (OMS, EWGLI), che nazionali/regionali.

L'obiettivo fondamentale, in tema di prevenzione del rischio Legionella in ospedale, è quello di assicurare adeguati standard di sicurezza igienica agli utenti ricoverati, in base alla valutazione del rischio correlato.

Risultati raggiunti

Nel rispetto delle indicazioni del DGR 21.07.2008 n. 1115 "Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza ed il controllo della Legionellosi", riprese nello specifico programma di controllo in vigore, realizzato sulla scorta del documento aziendale "Valutazione del rischio da Legionella", sono state mantenute diverse attività:

- Coordinamento del Gruppo Multidisciplinare Gestione Rischio Legionella Aziendale, che ha il compito di presidiare il fenomeno a livello locale e porre in atto gli interventi di prevenzione e controllo in base agli esiti dei rilievi effettuati.
- Sorveglianza e controllo delle polmoniti, con particolare riguardo a quelle di origine nosocomiale, attraverso il monitoraggio prospettico dell'incidenza delle polmoniti sostenute da *Legionella spp.*, ricorrendo alla diagnosi differenziale con ricerca dell'antigene urinario e degli anticorpi specifici. Anche quest'anno non si sono evidenziati casi di Legionellosi acquisita in corso di assistenza sanitaria, confermando l'efficacia delle misure preventive e di controllo poste in essere.
- Esecuzione dei monitoraggi microbiologici sulla rete idrica aziendale, previsti dal Documento di Valutazione del rischio in vigore. Le verifiche sono state effettuate in parte a cura della Ditta che ha in gestione gli impianti a livello aziendale, sulla base del rischio tecnico-impiantistico, in parte tramite la convenzione in essere con l'Unità di Sanità Pubblica del Dipartimento di S.Bi.Bi.T dell'Università di Parma. Il programma di controllo elaborato, tiene conto non solo del criterio di posizione sfavorevole rispetto alla geometria dell'impianto, ma anche della storia microbiologica della rete idrica di ciascun Padiglione e del rischio dei pazienti assistiti in ciascuna struttura. La priorità è stata data ai Padiglioni con riscontro di contaminazione dell'impianto o con gli esiti più datati ed ai reparti ove sono presenti pazienti ritenuti a maggior rischio. Inoltre come ogni anno, sono stati inseriti nel programma di controllo anche tutte le aree di nuova attivazione, sia per verificare l'adeguatezza microbiologica degli impianti al momento dell'apertura, sia per iniziare a costruire uno storico della struttura.

Nel corso del 2014 sono stati realizzati n. 45 controlli nelle seguenti strutture: Maternità, Pronto Soccorso, Ala Ovest, NOB, Ortopedia, Ala Est, Monoblocco, Torre Medicine, Centro del Cuore, Padiglione Barbieri.

Le verifiche hanno consentito di evidenziare alcune criticità dal punto di vista tecnico-impiantistico, prontamente segnalate ai vari settori di competenza ed in alcune casi la presenza di concentrazioni di *Legionella spp.*, che a scopo precauzionale, hanno richiesto, in linea con il DGR 21.07.2008 n. 1115, l'esecuzione di interventi di iperclorazione per mantenere sotto controllo le cariche



microbiche.

- Coordinamento e controllo delle attività legate al cottimo fiduciario per la fornitura, l'installazione e la gestione dei filtri monouso antibatterici per terminali idrici, installati presso le UU.OO. aziendali valutate a maggior rischio (R3). Nel mese di aprile, alla scadenza del cottimo fiduciario, non è stato possibile per motivi economici, prorogare il contratto alla Ditta aggiudicataria e pertanto, nel rispetto dei vincoli amministrativi, si è provveduto ad assegnare l'attività ad altro fornitore (scadenza contratto 31.12.2014). Quest'ultimo, nonostante alcune difficoltà iniziali (problema di rottura di alcuni filtri applicati sui punti doccia), peraltro prontamente risolte, ha svolto l'attività in modo puntuale e conforme alle clausole contrattuali.

Nel corso dell'anno, a seguito degli esiti dei monitoraggi effettuati sull'acqua di rete dell'Ala Est ed in considerazione della criticità dei pazienti trattati nelle UU.OO. 1° Anestesia e Rianimazione e 2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica, sono stati installati i filtri sui terminali presenti nelle sale di terapia intensiva.

Gli esiti dei test di integrità di membrana dei filtri esausti eseguiti con cadenza mensile, hanno mostrato la corretta funzionalità dei dispositivi, anche al termine del periodo di impiego previsto (30 gg).

- Mantenimento dell'attività di flussaggio di tutti i terminali idrici aziendali, attività supportata sia dalla letteratura di riferimento, che dagli Organi di Vigilanza, quale intervento di fondamentale importanza per la prevenzione della contaminazione della parte distale degli impianti. Detta attività è oggetto di specifica procedura ed di monitoraggio in tutte le articolazioni aziendali, con particolare riguardo ad alcune situazioni ritenute particolarmente critiche, quali la messa in servizio delle nuove strutture e la riapertura di reparti dopo il periodo estivo.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

La sorveglianza e il controllo della legionellosi in ospedale rimane attività work in progress, in quanto essendo strettamente legata ai cambiamenti strutturali e clinico-organizzativi (tipologia di paziente e/o di prestazione sanitaria) in essere a livello aziendale, richiede la rivalutazione periodica dello specifico documento di valutazione del rischio e, conseguentemente, dei programmi di sorveglianza e controllo da attuare.

Dal primo gennaio 2015 il servizio di fornitura dei filtri antibatterici per terminali idrici è gestito tramite convenzione IntercentER. Al momento non si ravvisano particolari criticità, in quanto le clausole contrattuali non si discostano sostanzialmente da quelle precedenti.

Nel mese di febbraio prima del trasferimento dell'UO Odontostomatologia presso il nuovo Padiglione Dental School, in relazione alle specifiche peculiarità di alcune attrezzature allacciate alla rete idrica (es.: riuniti, lavastrumenti, ecc.) sono stati eseguiti i campionamenti da terminale idrico prima della messa in funzione delle apparecchiature, non individuando particolari criticità, né per la presenza di Legionella spp, né per le concentrazioni di carica microbica totali.

In relazione alla prossima apertura del nuovo Padiglione Ala Sud prevista tra aprile/maggio 2015 sono stati programmati i campionamenti per la ricerca Legionella, con calendarizzazione gestita sulla base dei trasferimenti previsti. Nella necessità di predisporre la valutazione del rischio ed il programma di controllo nella nuova Struttura, si sperimenterà la nuova metodologia proposta dalla RER - Circolare Regionale 304501/2013 "Sorveglianza e controllo della legionellosi nelle strutture sanitarie delle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna", che prevede una valutazione multidisciplinare (Tecnica, Clinica, Igienistica). Vista la complessità della tematica, per favorire il confronto fra i Professionisti coinvolti, è in programma un incontro formativo rivolto a Responsabili/Coordinatori delle UU.OO. destinate alla nuova struttura, in cui verranno sviluppati aspetti clinico-epidemiologici-assistenziali della Legionellosi e saranno presentate le nuove schede di sorveglianza sanitaria da compilare a cura dei Responsabili di U.O.

Eventuali problematiche riscontrate

Le caratteristiche della struttura (ospedale per acuti ad elevata specializzazione di grandi dimensioni), unita al momento di contingenza economica, comportano una complessa gestione del rischio.

Prevenzione del rischio infettivo – sicurezza igienica ambientale

I temi dell'igiene e sicurezza ambientale risultano particolarmente pressanti per le strutture sanitarie, chiamate a garantire appropriatezza e qualità delle prestazioni in tutti i contesti di cura, con particolare riguardo a quelli ad elevata complessità assistenziale (CO, Terapia Intensiva, Radiodiagnostiche, ecc., camere bianche, ecc.). Questo in ragione dell'elevato grado di specializzazione di alcuni settori, ove



convergono tecnologie sofisticate, procedure ad elevata invasività e utenti sempre più "fragili".

Le attività realizzate sono in continuo sviluppo, perché devono adattarsi ai cambiamenti strutturali ed organizzativi interni al "sistema" ospedale, chiamato a rispondere alle "variabili" esigenze di salute con nuovi modelli clinico-assistenziali.

Risultati raggiunti

Nel corso dell'anno sono stati mantenuti i controlli nelle Unità Operative/Servizi aziendali coinvolti nelle verifiche di autorizzazione ed accreditamento, con il fine di salvaguardare e mantenere condizioni di sicurezza igienica ambientale, idonee agli standard di riferimento previsti. Il programma di intervento si è consolidato attraverso:

- verifica e mantenimento degli aspetti igienico-preventivi di maggiore criticità negli ambienti assistenziali ed in particolare in quelli ad alto rischio (comparti operatori, terapie intensive);
- interventi informativi/formativi del personale, mirati all'implementazione di buone pratiche, partendo dalla rilevazione sul campo di eventuali comportamenti "non conformi", specie nelle strutture a maggiore criticità assistenziale.
- adeguamento dei percorsi interni, in relazione ai cambiamenti strutturali
- realizzazione di protocolli di pulizia/disinfezione ambientale nelle aree ad elevata complessità.

E' stata garantita la verifica ed il controllo degli aspetti igienico sanitari legati ai servizi in gestione appaltata inseriti nel *Global Service Economale*, con il fine di mantenere adeguati standard di sicurezza igienica, contenendo il rischio infettivo correlato alle attività di pulizia/disinfezione degli ambienti, lavanoleggio biancheria ed effetti lettereschi, disinfestazione e derattizzazione, igiene degli alimenti, eccetera.

Nello specifico, le attività realizzate sono state:

- verifica della corretta applicazione delle indicazioni/disposizioni igieniche contenute nei disciplinari tecnici del servizio di pulizia e sanificazione ambientale e servizio lavanoleggio segnalando eventuali criticità agli ambiti aziendali coinvolti;
- stesura, revisione e verifica dei protocolli di pulizia e disinfezione per specifiche strutture ad elevata complessità, con particolare riguardo a quelle afferenti al Dipartimento Materno Infantile: Degenza Comune Pediatrica, Terapia Intensiva Neonatale, Ambulatori Pediatrici, Sale Angiografiche, Comparto Operatorio Ostetricia-Ginecologia; Laboratorio Cellule Staminali;
- aggiornamento costante della mappatura delle destinazioni d'uso dei locali aziendali, anche ai fini igienico-preventivi;
- realizzazione di specifiche disposizioni, a tutela degli standard igienici e di sicurezza degli ambienti, sia durante l'esecuzione di lavori edili di ristrutturazione/manutenzione, sia durante gli interventi di manutenzione che prevedono l'interruzione di acqua calda/fredda sanitaria, di energia elettrica all'interno delle aree sanitarie aziendali. Le attività previste sono state effettuate sia con interventi programmati, che con interventi urgenti;
- individuazione, all'interno delle varie strutture aziendali, dei percorsi per l'accesso dell'utenza e degli operatori, l'approvvigionamento del materiale pulito e lo smaltimento del materiale sporco e dei rifiuti, nel rispetto dei vincoli strutturali e di cantiere esistenti. In specifico sono stati realizzati i percorsi per l'UO Oculistica, Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia Degenza, il Day Surgenry Degenza, Sala Ibrida e Sale angiografiche, Pediatria Area Ambulatoriale, Padiglione Barbieri. Contestualmente si è provveduto al controllo sull'aderenza alle disposizioni fornite nel rispetto dei percorsi stabiliti;
- coordinamento e controllo delle 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, valutando gli esiti degli interventi programmati (circa 400/anno), realizzati nelle aree aziendali vissute e censite a rischio infestazione (seminterrati, sottotetti, cucinette, fosse ascensori, ecc.) per la tempestiva identificazione della presenza di infestanti e dei fattori che ne incoraggiano lo sviluppo. In seguito, se necessario, sono stati eseguiti interventi di bonifica e di manutenzione per risolvere eventuali criticità strutturali, evidenziate dai sopralluoghi periodici.

Per quanto riguarda gli interventi di DDD straordinari, in corso del 2014 ne sono stati eseguiti circa 350. Da segnalare, le azioni messe in campo per monitorare le aree aziendali in cui la presenza di volatili è stata particolarmente significativa ed ha creato problematiche importanti, dal punto di vista igienico, in alcune aree sanitarie. L'azione congiunta di tutte le articolazioni aziendali coinvolte ha determinato la risoluzione delle non conformità, con interventi tecnico - strutturali (posizionamento di reti protettive negli interpiani tecnici Ala Est e Ovest ed in varie aree evidenziate a maggior rischio), di disinfestazione e pulizia ambientale.

Al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza igienico- ambientali nelle strutture sanitarie immediatamente adiacenti, in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, il Servizio Attività Tecniche e Logistiche ed il Settore Alberghiero e Servizio alla Persona, sono stati eseguiti interventi di ispezione e bonifica mirati in tutti i locali tecnici, chiusi e dismessi, in gestione a Ditte appaltatrici di servizi, interpiani tecnici (Ala Est, Ala Ovest, Cardiochirurgia, Ortopedia) e cavedi.



Ad integrazione ed aggiornamento di quanto contenuto nel Manuale Aziendale "Disinfestazione, derattizzazione e disinfezione Ambientale", è stato trasmesso a tutte le UUOO/Servizi il percorso operativo per la richiesta di interventi a carattere straordinario e non programmato, all'interno del quale sono declinate attività, competenze e responsabilità dei vari soggetti coinvolti.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'attivazione del nuovo Padiglione "Ala Sud" e il trasferimento sia del Centro di Odontoiatria Universitario sia dell'area ambulatoriale Dermatologica (nei locali ristrutturati al 3° piano del Padiglione Cattani) comportano un impegno costante per assicurare adeguati standard igienico-ambientali, con particolare riferimento alla classificazione delle destinazioni d'uso dei locali e all'attivazione dei servizi appaltati (sanificazione ambientale, gestione rifiuti, disinfestazione, eccetera), compresa la definizione dei percorsi sanitari.

E' stata data la disponibilità a collaborare al gruppo di lavoro interaziendale di Intercent-ER per la realizzazione del disciplinare tecnico del nuovo appalto di pulizia e disinfezione ambientale.

Per quanto riguarda le attività di DDD, in particolare per il controllo della colonia di volatili stanziali, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali (SATL, SPPA, SASP), sono in corso i monitoraggi programmati in tutti i locali tecnici, aree chiuse e dismesse, in gestione a Ditte appaltatrici di servizi, compresi interpiani tecnici e cavedii.

Essendo l'area ospedaliera inserita nell'ambito urbano, le azioni da mettere in campo per il controllo della colonia di piccioni sono da effettuarsi in sinergia con l'AUSL e il Comune.

Prevenzione del rischio infettivo - Il Sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree ad alto rischio

L'ospedale rappresenta un particolare modello di ambiente confinato, che si caratterizza per la sua complessità e coesistenza di tipologie architettoniche, funzionali ed operative molto diversificate. Nel suo contesto si ritrovano, oltre a quelli generalmente presenti nell'aria "indoor", taluni inquinanti biologici derivati dai processi clinico-assistenziali che in esso vengono svolti. L'esecuzione di procedure altamente invasive e la presenza di pazienti con difese immunitarie ridotte, impongono la verifica ed il controllo del potenziale rischio infettivo derivante dalla contaminazione di veicoli di infezione quali aria e superfici.

La progettazione degli ambienti sanitari, in particolar modo di quelli che devono garantire una contaminazione microbiologica controllata, è regolamentata da numerose normative, che definiscono anche i livelli di pulizia dell'aria all'interno dei locali, consentendo quindi la classificazione e la certificazione degli stessi in relazione alla classe di appartenenza

Risultati raggiunti

In conformità a quanto previsto dalle UNI EN ISO 14644:2001, 14698:2004 e 11425:2011, nonché dalla letteratura e linee guida di riferimento (ISPESL 2009, GMP Annex 1 2008, ecc.) anche per il 2014, è stata realizzata l'attività di monitoraggio ambientale per determinare la carica microbica ambientale (aria e superfici) ed il particolato presente in sospensione nell'aria, che può fungere da carrier per i microrganismi, quale indicatori di sicurezza igienica degli ambienti considerati ad alto rischio. Tanto infatti consente di mantenere monitorati i seguenti aspetti:

- il buon funzionamento degli impianti di ventilazione
- l'aderenza alle modalità comportamentali da parte degli operatori
- l'applicazione dei protocolli di sanificazione/sanitizzazione ambientale predisposti per ciascuna area.

I monitoraggi sono stati eseguiti in condizioni di "at rest", cioè con i locali vuoti, ma pronti per essere utilizzati ed "operational", cioè con i locali in attività.

Nel corso dell'anno, in linea con quanto previsto dalle GMP Annex-1 2008, sono stati verificati con cadenza semestrale i locali adibiti a "camera bianca", comprese le cappe/isolatori ivi presenti (Laboratorio Cellule Staminali, Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici, Centrale di Sterilizzazione, Locale Preparazione Parenterali in TIN), nonché il CTMO. Sono inoltre stati monitorati alcuni Comparti Operatori (Cardiochirurgia, ORL- Maxillo, Chirurgia Pediatrica, Sale angiografiche, Sala Ibrida e Day Surgery) per classificare le aree di nuova attivazione e per riqualificare gli ambienti dopo l'esecuzione di interventi tecnico strutturali e di manutenzione.

Nell'ambito di quanto richiesto dalla Regione Emilia Romagna, è stata predisposta la programmazione dei monitoraggi particellari e microbiologici delle sale operatorie, secondo quanto previsto UNI EN ISO 11425:2011, che richiede l'esecuzione di tali verifiche a seguito di lavori eseguiti sugli impianti di ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata, come ad esempio la sostituzione annuale dei filtri assoluti, per riqualificare l'impianto stesso. Il programma è stato avviato ed è in corso di implementazione.



Interventi in fase di sviluppo o in corso

In conformità con la Circolare Regionale del Servizio Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie - prot. PG/2012/188026 del 31/07/2012 "Applicazione nelle Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna della norma UNI EN ISO 11425:2011", tramite il coordinamento dello specifico Gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale, sono in fase di sviluppo le seguenti attività:

- redazione del "Documento di progetto" dei Blocchi Operatori presenti in Azienda
- pianificazione della calendarizzazione dei monitoraggi microbiologici e particellari in ottemperanza a quanto previsto dalla Normativa in questione.

Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile

La Regione Emilia-Romagna ha previsto l'introduzione della gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio Sanitario Regionale al fine di perseguire i seguenti obiettivi: prevenire il verificarsi di un danno (cure sicure), prevenire il ricorso alla soluzione legale delle vertenze e assicurare una compensazione rapida ed equa ai danneggiati.

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", nonché la Delibera di Giunta Regionale n. 2079 del 23/12/2013, 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 ad organizzare il servizio di gestione assicurativa dei rischi di responsabilità civile prevedendo due fasce per la liquidazione del danno: 1) importi fino a € 250.000,00 di competenza diretta delle Aziende Sanitarie; 2) importi oltre € 250.000,00 di competenza del SSR.

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 Sociali 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 deliberazione n. 235 del 07/09/2012 e ulteriore deliberazione n. 177 del 26/6/2014) 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. 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 che ha stabilito compiti e responsabilità nei processi di gestione del contenzioso dell'Azienda, 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

L'attività di collaborazione con i clinici coinvolti nei singoli sinistri - nella fase istruttoria medico legale - si è ulteriormente consolidata nel corso del 2014. L'incremento delle richieste informative da parte del Giudice contabile ha determinato anche un maggior impegno del Settore Legale e Medico Legale nella fase istruttoria specifica, e anche in questo caso si è focalizzata l'attenzione al rapporto di collaborazione con i professionisti coinvolti.

Eventuali problematiche riscontrate

L'imminenza della scomparsa di coperture assicurative e il conseguenziale passaggio ad una gestione diretta dei sinistri, anche in termini liquidatori, disvela una particolare complessità inerente sia gli aspetti tecnico-contabili che quelli gestionali tipici degli uffici liquidativi assicurativi, ma non propri della cultura e della preparazione professionale del personale amministrativo di un'azienda



Il futuro passaggio alla gestione assicurativa diretta comporterà la necessità di organizzare ulteriori eventi formativi e di sensibilizzazione del personale sanitario aziendale.

sanitaria. Ne consegue la necessità di proseguire e pianificare una più intensa attività formativa specifica, con il fondamentale contributo degli uffici regionali competenti. Parimenti l'evoluzione giurisprudenziale della suprema Corte in tema di "medical malpractice" ed anche quella della Giustizia contabile, a fronte della decisione regionale di procedere ad una gestione diretta dei sinistri, apre nuovi scenari che necessitano di approfondita riflessione e adeguata preparazione anche del personale sanitario in un'ottica di miglior e più fattiva collaborazione con i settori di supporto (Medico Legale e Legale) nella specifica gestione.

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".

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Assistenza farmaceutica ospedaliera

Nell'ambito dell'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera, le attività dell'AOU di Parma sono state in particolare orientate all'adesione alle gare in unione d'acquisto regionali (Intercent-ER) e di Area Vasta Emilia Nord (AVEN), al progetto di integrazione logistica centralizzata, al monitoraggio ed analisi dell'appropriatezza dei trattamenti, al monitoraggio dei consumi e all'implementazione dell'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale.

L'andamento dei consumi per l'assistenza farmaceutica ospedaliera nell'anno 2014 è stato di 41.750.765€ compreso ossigeno e gas medicinali [fonte: flusso AFO RER con IVA], con un aumento di 1.798.415 € rispetto al tetto della spesa farmaceutica indicato come obiettivo per la AOU PR nel relativo documento di programmazione della Regione Emilia-Romagna.

La categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (ATC L) ha fatto registrare nel 2014 un aumento della spesa relativa di circa il 10% rispetto a quella del 2013. Tale aumento è correlato ai farmaci di nuova introduzione in commercio (es. pertuzumab, trastuzumab etamsine di area oncologica), a nuove indicazioni terapeutiche, ad un aumento del numero dei pazienti trattati e alla casistica di pazienti trattati per periodi di maggiore durata.

Di seguito alcuni esempi:

- everolimus per donne in postmenopausa affette da carcinoma mammario avanzato prescritto secondo il Doc RER 192 (recepito in AVEN gennaio 2014);
- rituximab per il trattamento di tumori solidi ed ematologici con un aumento dei casi trattati;
- bevacizumab per le pazienti affette da carcinoma ovarico epiteliale, carcinoma alle tube di Falloppio o carcinoma peritoneale primario in stadio avanzato prescritto secondo il DocRER 197. A questo si aggiunge un aumento nel numero dei pazienti trattati;
- gefitinib per il carcinoma polmonare non a piccole cellule (il numero dei pazienti 2013/2014 è simile ma le terapie hanno permesso una stabilizzazione della malattia per periodi più lunghi).

La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai "Registri di Monitoraggio AIFA" è stata sottoposta ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione. Il sistema di recupero economico dei rimborsi correlati ai farmaci oncologici è sottoposto a costante controllo secondo un percorso aziendale consolidato con una periodica rendicontazione dei rimborsi dovuti dalle Aziende Farmaceutiche (100.655,08€ recuperati nel 2014).

Nell'ambito della classe L oltre all'aumento a carico della classe degli antineoplastici emerge un aumento per la Classe degli immunosoppressivi L04 con particolare riferimento al farmaco eculizumab (circa 50% dell'aumento) per il trattamento di 3 pazienti cronici con emoglobinuria parossistica notturna e 1 paziente con sindrome emolitica uremica.

In riferimento alle molecole di cui si è evidenziato un aumento dei consumi, vi sono anche i farmaci antiretrovirali, gli anticorpi monoclonali e i farmaci biologici impiegati in reumatologia, dermatologia e



gastroenterologia, tutti oggetto pertanto di particolari azioni di monitoraggio e in larga percentuale soggetti a compensazione economica completa.

La categoria dei farmaci del sangue (ATC B) ha fatto registrare un aumento dei consumi rispetto al 2013 con particolare riferimento al trattamento di pazienti emofilici (spesa totale 2.657.434 € per 59 pazienti di cui 5 pazienti della provincia di Parma che assorbono il 70% della spesa e 13 extra RER).

Nel 2014 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 il numero di 19.910 pazienti assistiti pari a 1.827.171 unità posologiche erogate pari ad un valore di 397.648 € [fonte AFO RER con IVA].

Per quanto riguarda i farmaci in compensazione, l'importo complessivo erogato è stato nel 2014 pari a 27.190.976 € [fonte: flusso Mobilità Attiva RER].

Centralizzazione logistica dei beni delle attività farmaceutiche

Nel 2014, secondo il programma, si è avviato il progetto di centralizzazione logistica AVEN per tutta l'area di gestione delle specialità medicinali della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (cfr. il paragrafo Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi).

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

L'attività di governo clinico si è sviluppata sui consolidati percorsi d'analisi dell'appropriatezza prescrittiva, dell'adesione alle indicazioni normative, ai percorsi regionali e aziendali, alle Linee Guida e Raccomandazioni Regionali, di monitoraggio della prescrizione da parte di Centri Autorizzati.

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, in armonia con le decisioni della CF-AVEN e con la CRF, tutte le eccezioni prescrittive (off label, extra prontuario).

In tutto l'anno 2014, 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 recepiti e divulgati tutti i documenti scientifici prodotti dalla CRF collegati all'applicazione del PT-AVEN e quelli elaborati dai gruppi multidisciplinari RER.

Si è consolidata l'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 e ai nuovi farmaci della coagulazione.

In base all'esito delle gare regionali dei biosimilari si è consolidato l'uso del filgrastim al 97% della prescrizione e si è progressivamente avviato l'uso dell'epoteina con il trattamento dei pazienti naive in particolare dell'area della nefrologia, dell'ematologia e dell'oncologia.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai Registri di Monitoraggio AIFA è stata sottoposta ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione. Il sistema di recupero economico dei rimborsi correlati principalmente ai farmaci oncologici è sottoposto a costante controllo secondo un percorso aziendale consolidato: la rendicontazione dei rimborsi dovuti dalle Aziende Farmaceutiche (100.655,08 € recuperati nel 2014) è oggetto di periodiche relazioni di dettaglio.

L'attività sui registri di Monitoraggio AIFA si è svolta nell'ambito del Progetto volto all'introduzione della figura del Farmacista di Area Omogenea in collaborazione tra il Servizio di Farmacia e la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, Qualità e Accreditamento e la U.O. di Oncologia Medica: il progetto ha consentito di mettere in atto azioni di gestione del rischio clinico attraverso l'elaborazione di strumenti destinati al paziente in trattamento domiciliare con farmaci oncologici orali.

Le attività di farmacovigilanza sono proseguite e si sono consolidate nel corso del 2014 in particolare attraverso la prosecuzione dei progetti regionali nell'ambito oncoematologico e del Pronto Soccorso. È stato stilato e diffuso il "Report Farmacovigilanza 2014", che ha preso in considerazione l'analisi delle segnalazioni di sospetta reazione avversa da Farmaco, i progetti di farmacovigilanza attiva: Monitoraggio Epidemiologico di Reazioni ed Eventi Avversi da Farmaci in Pronto Soccorso e Sviluppo di una Rete Regionale integrata di Farmacovigilanza finalizzata a migliorare la Sicurezza del Paziente oncologico.



Nell'ambito dell'applicazione della raccomandazione Regionale su Ricognizione/Riconciliazione come premessa alla prescrizione è stato effettuato un Audit su 3 UU.OO. che ha verificato che l'89,2% del totale delle Cartelle Cliniche analizzate (n=232) dispone della scheda (si consideri che l'assenza della scheda è stata rilevata fra le CC di una sola struttura). L'attività è stata oggetto di divulgazione attraverso un evento in quattro edizioni.

Nel corso del 2014 sono proseguite le attività di definizione di strumenti per la gestione del rischio inerenti le raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei processi ed in particolare, nell'ambito delle attività volte al miglioramento della qualità dei servizi sanitari ospedalieri, sono stati prodotti documenti informativi relativamente ai farmaci ad alto livello d'attenzione (LASA e farmaci contenenti potassio concentrato). È stato realizzato uno strumento informativo "Come fare per: prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA" [cfr. il paragrafo della presente relazione dedicato alla Sicurezza delle cure].

Nell'ambito dei percorsi indirizzati all'uso sicuro dei farmaci si inserisce anche l'attività di galenica clinica sviluppata nell'Area "Preparati non sterili", nell'Area Oncoematologica ("Rete delle Farmacie Oncologiche") e nell'Area di "Preparazione delle Terapie Nutrizionali in Neonatologia".

Galenica clinica: area "preparati non sterili"

L'attività del laboratorio galenico si basa sull'allestimento di preparazioni farmaceutiche, reagenti e disinfettanti in dose e forma farmaceutica non reperibili in commercio. La produzione è completamente orientata alla personalizzazione della terapia in risposta alle esigenze del singolo paziente o di specifiche popolazioni di pazienti (anziani, pazienti in età pediatrica, eccetera) con particolare orientamento alle situazioni ove emerga l'assenza di alternative terapeutiche.

Nell'anno 2014 le preparazioni allestite sono state 33.454.

Nel dettaglio sono state allestite

- n. 26.315 forme orali (caspule/cartine/soluzioni/sospensioni)
- n. 6.468 forme topiche (antisettici/creme/soluzioni/sospensioni)
- n. 563 disinfettanti
- n. 108 reagenti ad uso laboratorio

Galenica clinica: area oncoematologica - attività UMaCa

Il laboratorio di Farmacia Oncologica UMaCA (Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici), autorizzato con nota prot. n. 4454 del 5.02.2013, ha consolidato (+2% rispetto al 2013) l'attività di allestimento centralizzato delle terapie infusionali destinate al trattamento di patologie oncoematologiche ed autoimmuni, mentre il numero di pazienti trattati è incrementato del 28% rispetto al 2013.

Tra gli allestimenti eseguiti si evidenzia l'incremento del 40% rappresentato da preparazioni con farmaci ad alto costo (anticorpi monoclonali) parzialmente giustificato dall'inserimento nel prontuario AVEN (Area Vasta Emilia Nord) di:

- anticorpi monoclonali innovativi di recente introduzione in commercio;
- nuove indicazioni per gli anticorpi monoclonali manipolati da tempo.

Pur essendo l'attività ormai a regime, la banca dati informatica degli schemi terapeutici è una realtà dinamica che viene continuamente aggiornata: nel 2014 sono stati analizzati e predisposti, in collaborazione con i Clinici, 217 nuovi schemi di terapia (pari a oltre 4 nuovi schemi ogni settimana, +23%).

I dati di produzione relativi al 2014 sono riportati nella tabella.

Dati attività laboratorio oncologico UMaCA

	2014	2013
Totale terapie allestite (oncologiche, ancillari e sperimentali)	54.680	53.864
Totale terapie oncologiche	22.491 (18.353 citotossici + 4.138* anticorpi monoclonali)	21.902 (18.943 citotossici + 2.959* anticorpi monoclonali)
Totale allestimenti ancillari	32.189	31.962
Totale pazienti trattati	2.272	1.781
Totale accessi	16.531	15.702



	2014	2013
Totale schemi terapeutici validati e inseriti in banca dati	1.151	934
Totale UU.OO. arruolate	34	33

Nel corso del 2014 si è consolidata anche l'attività di allestimento per l'U.O. Oncoematologia Pediatrica: sono stati presi in carico 63 pazienti (21,8% del totale) per 926 accessi (5,9% del totale), rappresentando quindi un'importante quota delle terapie allestite quotidianamente.

Nel 2014 UMaCA ha registrato un'attività costante di analisi e inserimento nel database di protocolli sperimentali di ricerca. Si segnala una flessione del numero di pazienti trattati nell'ambito di trials clinici e del relativo numero di accessi dovuta ad alcuni aspetti specifici protocolli di trattamento, fra cui una ciclicità di somministrazione meno frequente.

Studi sperimentali sponsorizzati o non sponsorizzati presi in carico da UMaCA e suddivisi per UU.OO

	Studi per Anno	U.O. Oncologia	U.O. Ematologia	Altre UU.OO.	Studi Sponsorizzati	Studi no profit
2009	8	1	7		1	7
2010	17	16		1	4	13
2011	12	11	1	-	7	5
2012	18	12	5	1	15	3
2013	17	10	5	2	13	4
2014	19	10	7	2	11	8
Totale studi	91	60	25	6	51	40

Numero pazienti trattati nell'ambito di protocolli sperimentali presi in carico da UMaCA

Anno	Numero pazienti	Numero accessi per paziente
2009	-	-
2010	27	226
2011	57	493
2012	67	652
2013	141	1679
2014	88	1092

Nel corso del 2014 UmaCA è stata individuata dalla Società Italiana di farmacia Ospedaliera come centro di eccellenza ove realizzare una serie di documenti video finalizzati a diffondere le Buone Pratiche in ambito nazionale (Progetto ONCOTube). Il progetto "ONCOTUBE" ha l'obiettivo di individuare e diffondere le best practices dell'area tematica oncoematologica.

Nell'ambito di UmaCA e del Servizio di Farmacia sono stati promossi specifici monitoraggi ambientali per verificare l'eventuale rilascio di prodotti nocivi per la salute degli operatori. Sono effettuati con periodicità i controlli e le manutenzioni standard atti a verificare il corretto funzionamento degli impianti tecnologici di sicurezza e dei dispositivi di protezione collettiva a servizio degli ambienti ove si effettuano preparazioni di terapie antitumorali

Infine, nel corso del 2014 sono proseguiti gli incontri interaziendali volti all'avviamento del Progetto di centralizzazione delle attività di preparazione delle terapie oncologiche infusionali per l'area provinciale.

Galenica clinica: area nutrizione parenterale neonatale

La nutrizione parenterale è parte integrante della terapia nel neonato critico, soprattutto con prematurità estrema e nel neonato in condizioni chirurgiche. In tale contesto le specifiche necessità cliniche non sempre consentono l'utilizzo di miscele nutrizionali prodotte industrialmente ma necessitano di una preparazione estemporanea personalizzata. Per l'anno 2014 sono state allestite 984 sacche personalizzate per Nutrizione Parenterale, prevalentemente per soddisfare i fabbisogni dei neonati pretermine, per i quali non risultano adatte le formulazioni standard presenti in commercio.



Governo dei Dispositivi Medici (DM)

La Commissione Aziendale sui DM (CADM) ha consolidato la sua attività di analisi dei prodotti e di autorizzazione all'utilizzo in base alle evidenze scientifiche di efficacia e di tollerabilità valutandone la ricaduta gestionale e la sostenibilità economica. Sono state condotte tutte le operazioni di anagrafica dei DM secondo la CND ed è mantenuto l'aggiornamento del Repertorio Aziendale permettendo la regolare generazione del flusso sui consumi e spesa (DiMe). Sono stati recepiti e implementati i documenti d'indirizzo elaborati a livello regionale. Per i prodotti a bassa complessità tecnologica e di largo consumo (sutura meccaniche, guanti monouso non chirurgici, medicazioni per ferite, piaghe ed ulcere) si è proceduto al monitoraggio e alla revisione dell'utilizzo.

L'attività di Dispositivo-Vigilanza è costantemente presidiata. La gestione dei campioni gratuiti è inserita in uno specifico percorso aziendale che prevede - secondo l'indirizzo regionale - anche l'attivazione di un registro dedicato.

Programma Stroke

Nel 2014 si è consolidata l'attività delle 2 aree di degenza dedicate allo stroke, che attualmente dispongono complessivamente di 23 posti letto: nove posti letto sono collocati nell'area stroke del 4° piano del padiglione centrale (8 posti letto - UU.OO. di Neurologia e 1 posti letto - Neurochirurgia), destinati ad accogliere i pazienti fino a 70-75 anni e tutti i pazienti sottoposti a trombolisi endovenosa e/o ad altre procedure intra-arteriose (trombolisi intra-arteriosa, trombectomia, stent extra-intra cranico). Altri 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 attualmente oltre il 70% di tutti gli ictus di questo Ospedale.

La gestione intra-ospedaliera del paziente con stroke viene attuata nel rispetto delle indicazioni del PDT - Ictus Cerebrale aziendale. I dati del 2014 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, la valutazione fisiologica entro 48 ore viene eseguita nel 100% dei pazienti, il 95% viene correttamente allocato alla dimissione, infine il 100% esegue la prima visita di follow up a 1 mese dall'evento acuto, la corretta allocazione dei pazienti nelle 2 aree stroke supera il 70%. L'istituzione del bed management aziendale, attuato da figure professionali di formazione infermieristica, direttamente dipendenti dalla Direzione Sanitaria, con la funzione di gestire il flusso dei pazienti urgenti, soprattutto provenienti da Pronto Soccorso, ha permesso, in generale, una più appropriata collocazione dei pazienti nei reparti dell'ospedale, in particolare, ottenendo un incremento dei ricoveri nelle aree stroke, soprattutto quella della Clinica Geriatrica, dove mediamente più del 90 % dei letti è occupato da pazienti colpiti da stroke.

Nel corso del 2014 l'attività ambulatoriale clinica, integrata con l'attività di diagnostica neurosonologica, è stata ulteriormente incrementata. Tutti i pazienti colpiti da stroke vengono sottoposti a regolare follow up programmati a 1 - 6 - 12 mesi dall'evento e a successivi controlli a frequenza annuale.

La rete stroke provinciale prevede la centralizzazione del paziente con stroke presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (3° livello), dove è possibile l'effettuazione della trombolisi endovenosa e delle procedure endovascolari. Per quest'ultima attività, l'Ospedale di Parma, essendo Centro Hub per le Neuroscienze, accoglie pazienti provenienti anche dalle limitrofe province di Piacenza e Reggio Emilia. Nel corso del 2014, le procedure di trombolisi endovenosa hanno avuto un incremento del 40% (60 vs 43 del 2013).

Centro procreazione medicalmente assistita (CPMA)

Nel 2014 è stato ristrutturato e riorganizzato il Centro per la Procreazione Medicalmente Assistita dell'Azienda, che è registrato all'Istituto Superiore di Sanità (Registro Nazionale PMA) e alla Regione Emilia Romagna, come Centro di 3° livello, in quanto offre procedure riproduttive in vitro e trattamento della dispermia severa, tramite prelievo microchirurgico testicolare (TESE), in collaborazione con l'U.O. di Urologia. Il CPMA ha le competenze culturali e cliniche per gestire anche i trattamenti chirurgici legati alla riproduzione, attraverso l'uso della chirurgia mininvasiva istero e laparoscopica delle principali patologie pelviche benigne: fibromi, endometriosi, impervietà tubarica, sindrome aderenziale.

Nello corso del 2014 sono state eseguite 55 PMA in vitro e 200 in vivo, in conseguenza della ristrutturazione del laboratorio e dell'ambulatorio dedicati, ai fini dei necessari adeguamenti autorizzativi. La previsione per il 2015 è di effettuare circa 150-200 PMA in vitro e 200 in vivo.



Con la Delibera di Giunta Regionale 11.09.2014 n. 1487, il Centro PMA di Parma ha potuto avviare il percorso della fecondazione eterologa, di fianco al percorso già in essere per la fecondazione omologa. E' stata attivata una lista di attesa delle coppie che hanno richiesto l'utilizzo di gameti donati, anche se ad oggi non sono ancora state eseguite fecondazioni eterologhe, per la difficoltà nel reperimento di gameti donati.

Il nostro Centro partecipa a due dei tre gruppi di lavoro che la Regione ha istituito per chiarire e costruire dei percorsi comuni fra tutti i centri pubblici regionali in tema di PMA eterologa: gruppo della stesura dei consensi informati e norme di accesso, gruppo per l'informazione, la comunicazione della donazione altruistica come bene comune alla stregua della donazione del sangue, del midollo, degli organi, del sangue cordonale.

E' stato predefinito il PDTA aziendale per la dispermia severa, in collaborazione con la U.O. Urologia. Inoltre, è iniziata una collaborazione con le strutture oncologiche aziendali (Oncologia ed Ematologia), al fine di definire le procedure per la preservazione della fertilità dei pazienti oncologici in età riproduttiva sia maschili che femminili.

Efficienza gestionale

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

Gli obiettivi in materia di acquisto di beni e servizi sono stati definiti con AVEN nell'ambito della pianificazione annuale degli acquisti condivisi e con la Direzione aziendale. Di seguito si presentano i risultati conseguiti.

Risultati raggiunti

- L'Azienda ha mantenuto ai massimi livelli l'adesione alle convenzioni Intercent-ER e ha attivamente partecipato alle gare di Area Vasta, in particolare seguendo come capofila ben quattordici gare tra le quali in particolar modo si segnala la fornitura di DM per urologie ed endourologia di 60 lotti. Nel 2014 sono state, inoltre, concluse 74 gare aggregate per € 97.545.105,13, considerando tutte le gare di Area vasta, con un risparmio del 15,79% pari a € 18.287.360,66 rispetto alle precedenti quotazioni (cfr. Allegato 1 Rendicontazione AVEN 2014).
- Sono stati effettuati a livello aziendale ingenti acquisti legati a finanziamenti regionali/statali per complessive 97 procedure tra gare europee e acquisti sottosoglia, per un importo totale di € 3.200.000 per ammodernamento apparecchiatura informatiche e sanitarie e € 4.500.000 per lavori, servizi e forniture destinati al completamento della nuova Ala SUD.
- È stato reso operativo il percorso di condivisione delle gare di servizi economici, definito con l'Azienda AUSL di Parma, mediante espletamento della prima gara in programmazione (servizio di call center) e la ridefinizione a livello provinciale delle gare, in coerenza con la programmazione di Intercent-er e Aven. In particolare sono stati ridefiniti congiuntamente gli ambiti di azione dal momento che la centrale regionale ha inserito all'interno del proprio master plan pluriennale molte gare di servizi di interesse provinciale e pertanto l'attività prevista a livello locale/di area vasta ha dovuto subire le conseguenti revisioni. L'avvio della fase operativa del progetto relativo al **magazzino unico provinciale** di materiale economico, prevista inizialmente entro il 2014 è stata posticipata in conseguenza delle nuove date concordate con Aven di avvio del processo di inserimento nel magazzino centralizzato di Area Vasta dei dispositivi medici, condizione necessaria per poter disporre degli spazi dedicati. Nel corso del 2014 è stato acquisito un nuovo software di gestione delle attività amministrative, con operatività prevista nel 2016, all'interno del quale è compreso anche l'applicativo di gestione dell'attività di magazzino, tale nuovo strumento costituisce una ulteriore opportunità di integrazione tra le due aziende nell'ambito di un unico magazzino.
- Il Coordinamento delle acquisizioni dei beni di investimento (AGBI) ha organizzato numerosi eventi formativi aziendali e di Area Vasta al fine di diffondere i contenuti del nuovo regolamento dell'inventario e per l'esposizione delle corrette modalità di contabilizzazione e conservazione dei beni mobili ed immobili.
- La costante attività di monitoraggio della spesa relativa ai beni sanitari, pur nel massimo rispetto della qualità, ha consentito per il 2014, anche a fronte 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

E' stata avviata nel corso del 2014 la complessa fase di inserimento dei farmaci nel **magazzino unico di Area Vasta**, il processo si è concluso a ottobre 2014 con il trasferimento dei contratti e l'avvio delle forniture per il valore di circa € 30.000.000/annui mentre per i dispositivi medici si prevede l'ultimazione dell'inserimento entro ottobre 2015. L'ingresso dell'azienda (per quanto parziale) ha comportato un preliminare intenso e puntuale lavoro su tre versanti:

- messa a punto delle interfacce informatiche per la gestione degli scambi informativi tra i gestionali aziendali e quello del magazzino;
- allineamento delle codifiche dei prodotti aziendali con quelle del magazzino;
- assunzione da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia della gestione amministrativa (contratti, prezzi, fornitori) di competenza di ciascuna delle aziende servite dal magazzino.

Questa fase ha comportato la definizione di una metodologia di approccio e, successivamente, un lavoro operativo che hanno impegnato rilevanti risorse nell'ambito dei vari servizi aziendali coinvolti nel processo (Farmacia, servizio acquisti, servizio informativo, servizio assistenziale).

E' stata avviata la revisione della procedura per l'accettazione delle donazioni, funzionale anche ai fini dell'accreditamento regionale e attualmente in fase di raccordo con le linee guida emanate dalla Regione per la stesura delle procedure amministrativo-contabili previste dal percorso attuativo della certificabilità regionale (PAC). Tale procedura è propedeutica all'aggiornamento del regolamento aziendale per l'accettazione delle donazioni.

Eventuali problematiche riscontrate

A livello di Area Vasta e di intercent-ER in molte procedure di gara (soprattutto in quelle particolarmente innovative o complesse) si rileva come problematica l'eccessiva durata delle stesse, dovuta principalmente al coinvolgimento di numerose professionalità e numerosi uffici dislocati in diverse aziende. Il nuovo sistema di monitoraggio e rendicontazione della tempistica, attivo dal 2014, ha consentito di esporre e dettagliare alle Direzioni generali le criticità riscontrate, permettendo quindi in molti casi di risolvere le problematiche suddette.

Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

Il 2014 è stato caratterizzato in ambito ICT dalla acquisizione di diversi strumenti informatici, grazie ad un finanziamento ministeriale, fondamentali nella progressiva dematerializzazione ed automazione dei processi aziendali.

In ambito amministrativo, è stato acquisito il nuovo sistema amministrativo-logistico-contabile integrato che permetterà una più completa integrazione di tutti i processi tecnico amministrativi.

In ambito sanitario, anche in ottica di progressiva informatizzazione della cartella clinica, sono stati acquisiti il sistema di gestione delle sale operatorie, il sistema della farmaco-prescrizione ed il completamento del dossier sanitario.

Il finanziamento ha inoltre previsto l'ammodernamento di tutta l'infrastruttura tecnologica retrostante ai precitati sistemi informativi.

Sistema informativo regionale

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 le attività svolte per consolidare la qualità dei flussi SICHER e SOS.net, ASA, SDO e della farmaceutica. Risulta inoltre significativa l'attività svolta per consolidare l'alimentazione dei flussi dei "DB Clinici" divenuti nel corso dell'anno parte del sistema informativo regionale.



3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

La riorganizzazione dipartimentale

La riorganizzazione dipartimentale si inserisce in un contesto generale di riorganizzazione aziendale che ha previsto una parziale revisione del ruolo dipartimentale maggiormente orientato all'esercizio di funzioni di Governo Clinico del sistema di produzione e finalizzato ad assicurare la qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, alla promozione dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali attraverso la elaborazione di programmi di formazione e di ricerca, più che alla gestione delle risorse fisiche e logistiche (ad esempio posti letto, tecnologie, sale operatorie, ambulatori) che entrano a far parte di piattaforme produttive gestite centralmente. Il ruolo preponderante dei dipartimenti si esprime quindi attraverso il presidio organizzativo delle scelte strategiche in merito allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali esercitate su ben definiti percorsi clinico/organizzativi efficaci ed appropriati che ogni unità operativa dovrà presidiare per garantire continuità ed efficacia nella risposta ai bisogni dei pazienti anche quando questi si sviluppino tra unità operative e discipline diverse.

Tale revisione organizzativa, portando la gestione delle risorse fisiche e logistiche a livello centrale, intende favorire una maggiore efficienza di impiego delle stesse ed una maggiore integrazione interdisciplinare e interprofessionale e contemporaneamente sarà di supporto alla gestione dipartimentale.

La contrazione dei dipartimenti porta, come logica conseguenza, alla concentrazione di un numero maggiore di strutture all'interno dello stesso dipartimento, favorendo in tal modo l'integrazione tra le stesse, la maggiore possibilità di presidiare i flussi dei pazienti, la maggiore condivisione delle risorse disponibili e certamente la convivenza di aree disciplinari a volte diversificate nelle finalità più strettamente cliniche.

A seguito dell'intesa con il Magnifico Rettore, con il nuovo Atto aziendale (allegato alla delibera n. 88 del 04/04/2014), sono stati costituiti 5 Dipartimenti ad Attività Integrata:

- Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica
- Medico Geriatrico Riabilitativo
- Diagnostico
- Chirurgico Generale e Specialistico
- Materno Infantile

I principi e i criteri di riferimento che hanno caratterizzato il processo di riorganizzazione dipartimentale sono:

- **DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E AREA MEDICA GENERALE E SPECIALISTICA**
Il denominatore comune è costituito da:
 - necessità di attivare percorsi di accettazione integrati con il pronto soccorso, all'interno di un processo diagnostico terapeutico che deve offrire una continuità dal momento della presa in carico a quello della dimissione privo di ridondanze;
 - potenzialità di trattare un'ampia gamma di patologie e di programmare una presa in carico successiva da parte dell'area specialistica;
 - ricerca dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto che dovranno essere organizzati in aree omogenee.

In questo settore si sviluppa inoltre l'attività di gestione delle reti dell'emergenza interna ed esterna con particolare riferimento al sistema integrato di assistenza ai traumi (SIAT), al sistema di governo della Centrale Operativa 118 e a tutte le attività che in tale ambito coinvolgono il pronto soccorso e medicina d'urgenza, la chirurgia d'urgenza, la neurotraumatologia, le terapie intensive e i collegamenti funzionali con tutte le unità operative interne ed esterne della rete territoriale provinciale e di area vasta.

- **DIPARTIMENTO MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO** (particolare orientamento al paziente polipatologico "fragile")



Il denominatore comune è costituito dalla tipologia di casistica trattata, caratterizzata da un'alta complessità, non derivante da una specificità clinica, ma da un insieme di condizioni (età, contesto sociale, coesistenza di varie patologie, cronicità), in cui l'approccio olistico al paziente diviene un'esigenza preponderante rispetto alla necessità di un trattamento di patologia d'organo o di apparato.

- **DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO**

Il denominatore comune è costituito da:

- necessità di esprimere un'alta competenza diagnostica che si espliciti non solo tramite l'erogazione di un servizio, ma anche e soprattutto con l'espressione di una professionalità specifica, che, mediante una stretta integrazione con i medici clinici, divenga elemento fondante nella definizione del percorso del paziente;
- opportunità di esprimere la migliore sequenza logica degli approfondimenti diagnostici nella ricerca dell'appropriatezza della richiesta e della tempestività della risposta, al fine di ottimizzare l'utilizzo di tutte le risorse impiegate nel processo di cura.

L'integrazione della diagnostica costituisce certamente un valore che ha la potenzialità di superare la sommatoria dei valori dei singoli settori e potrebbe in futuro sviluppare integrazioni polispecialistiche multidisciplinari che sappiano rispondere all'unisono ai quesiti provenienti da diverse discipline.

- **DIPARTIMENTO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO**

Il denominatore comune è il trattamento delle patologie chirurgiche in urgenza ed in elezione con strumenti di cura e di assistenza all'avanguardia e coerenti con la "mission" di alta specializzazione e di insegnamento del Dipartimento. In particolare, si rileva:

- necessità di trattare la patologia chirurgica con particolare riferimento al trattamento in urgenza e in elezione della casistica maggiormente complessa;
- esigenza di definizione di percorsi diagnostico terapeutici di elezione ove la partecipazione multidisciplinare venga presidiata e monitorata da referenti medici e infermieristici specificamente individuati. L'attività dovrà essere orientata all'erogazione di prestazioni ambulatoriali, di Day Hospital, Day Surgery, Day Service e in regime di ricovero di 2° e 3° livello, rispondenti alle esigenze del bacino del territorio provinciale, regionale, nazionale, internazionale;
- ricerca dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto.

- **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

Il denominatore comune è il trattamento delle patologie ostetriche, neonatologiche e pediatriche e l'accompagnamento al parto fisiologico, con particolare riferimento all'approccio globale alle esigenze del paziente e del nucleo familiare che in questi settori diviene elemento portante e fondante della cura con particolare attenzione allo sviluppo dei processi clinico assistenziali rivolti alla donna e al bambino.

L'orientamento dominante del dipartimento dovrà comunque essere nel prossimo periodo volto particolarmente al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo posti all'attivazione dell'Ospedale del Bambino.

Integrazione di servizi in ambito interaziendale e di Area Vasta

I processi di integrazione di attività e funzioni tra aziende sono di fatto, in un periodo di contrazione di risorse, condizioni essenziali per poter continuare a perseguire il miglioramento della sostenibilità del sistema sanitario attraverso la razionalizzazione di risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, favorendo la collaborazione, l'integrazione e concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico

Strategie di integrazione a livello AVEN

Il processo di integrazione tra le Aziende di Area Vasta e in ambito provinciale è proseguito nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali e in continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. Gli obiettivi dell'Area Vasta Emilia Nord sono stati definiti in coerenza con gli indirizzi



regionali. Il processo di integrazione è proseguito in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti.

Le macro aree di attività in essere sono:

- il sistema di logistica integrata/magazzino unico
- il Dipartimento Integrato Acquisti che cura politiche ed attività per l'acquisto di beni e servizi
- i gruppi e progetti per numerosi ambiti sanitari ed amministrativi per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione

Sono, inoltre, operative già dal 2013 le convenzioni attuative relative a:

- coordinamento dei Dipartimenti/Servizi Farmaceutici con l'obiettivo di garantire una costante integrazione tra le Aziende relativamente alle competenze di ambito farmaceutico
- acquisizione beni e servizi
- risorse umane per procedimenti concorsuali
- coordinamento dei Servizi di Ingegneria Clinica
- formazione

Le attività finalizzate all'integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale che clinico-assistenziale sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo.

In particolare, con riferimento all'avvio del processo di integrazione di attività e funzioni è proseguito l'impegno nell'ambito del gruppo dei responsabili del personale inerente l'interpretazione ed applicazione omogenea della normativa. Nel corso del 2014 è stato fornito un contributo a livello regionale per l'analisi finalizzata alla predisposizione del capitolato relativo alla gara per acquisizione di software unico regionale per la gestione del personale.

Correlativamente a tale gara si è fattivamente collaborato in area vasta alla raccolta e al confronto dei dati sia di area economica, sia di area giuridica sollecitato dal gruppo regionale dedicato a predisporre l'istruttoria preliminare all'installazione del nuovo software una volta aggiudicato.

Anche la realizzazione di un'unica centrale operativa 118 tra le Aziende di Piacenza, Parma e Reggio Emilia, che è stata finalizzata nel corso del 2014, fa parte delle integrazioni progettate e realizzate in ambito AVEN (cfr. il capitolo 7 del presente volume).

Strategie di integrazione a livello provinciale

Diverse sono le linee di sviluppo maturate anche nel corso del 2014 relativamente ai percorsi di integrazione tra le Aziende sanitarie in ambito provinciale sia con riferimento all'ambito tecnico-amministrativo che ad aree più specificamente sanitarie:

- costituzione del Dipartimento Information and Communication Technology (ICT) interaziendale tra le Aziende USL di Parma, di Piacenza e l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma (cfr. di seguito il sottoparagrafo dedicato)
- gestione unificata presso AOU del trattamento aggiuntivo spettante al personale universitario convenzionato, per il quale l'Azienda Ospedaliera disponeva di apposito applicativo. In particolare si è reso necessario rivedere la procedura informatizzata di gestione degli emolumenti mensilmente dovuti a docenti universitari convenzionati, duplicandola per creare ambiente di gestione del personale afferente l'Azienda USL di Parma. Si sono acquisiti dall'Azienda territoriale e successivamente verificati con il Settore Stipendi dell'Università i dati necessari all'implementazione della banca dati e si sono stabiliti tempistiche e contenuti dei flussi mensili necessari all'elaborazione del trattamento aggiuntivo. Il sistema è a regime con trasmissione di files per il pagamento all'Università e di controllo all'Azienda USL. Nel percorso di pagamento sono state comprese anche le competenze accessorie che l'Azienda USL comunica per ciascun interessato dopo propria elaborazione.
- "Progetto di costituzione del servizio unico provinciale in ambito sanitario per la gestione dei contratti dei servizi esternalizzati", con una logica unitaria in ambito provinciale per uniformare i livelli di erogazione delle prestazioni
- "Progetto di realizzazione del Magazzino provinciale unico per beni economici". L'avvio della fase operativa del progetto relativo al magazzino unico provinciale di materiale economico, prevista inizialmente entro il 2014, è stata posticipata in conseguenza delle nuove tempistiche concordate con AVEN di avvio del processo di inserimento nel magazzino centralizzato di Area Vasta dei dispositivi medici, condizione necessaria per poter disporre degli spazi dedicati
- istituito Coordinamento Provinciale dei Servizi Tecnici, con previsione di specifici criteri e modalità per il conferimento degli incarichi di attività agli operatori delle due Aziende a partire da fine 2013
- Progetti di integrazione sviluppati in area Sanitaria:



Polo farmaceutico unico di distribuzione diretta e centralizzazione terapie onco-ematologiche infusionali

Al fine di garantire standardizzazione dei processi sia di distribuzione diretta dei farmaci che di preparazione delle terapie oncoematologiche presso l'UMaCa, nel quadro di appropriatezza prescrittiva e della sicurezza del paziente, è in corso il progetto di costituzione di un unico polo farmaceutico di distribuzione diretta e di centralizzazione delle terapie oncoematologiche infusionali.

La prima fase del progetto, avviata con l'approvazione nel marzo 2014 della convenzione tra le due Aziende per la realizzazione del nuovo centro distribuzione farmaci, in area ospedaliera, è stata attivata.

Sviluppo della rete neurologica

Obiettivo è la creazione di un unico polo provinciale per le cure neurologiche.

Il lavoro svolto dal gruppo interaziendale, che ha evidenziato aree di attività a forte valenza territoriale, ha portato all'approvazione di un documento conclusivo "Progetto polo neurologico interaziendale", con proposta di riorganizzazione degli assetti delle cure neurologiche in ambito provinciale

Laboratorio analisi /modello organizzativo di rete

La collocazione e le finalità proprie delle strutture di diagnostica di laboratorio istituzionali, che insistono sul territorio dell'AVEN, sono state orientate a un modello funzionalmente integrato che preveda l'istituzione di un coordinamento, con finalità di governance diretta sui processi clinico-organizzativi nell'ambito della diagnostica di laboratorio, propedeutico anche ad una futura possibile integrazione.

Il gruppo di lavoro dei laboratori ha quindi definito una serie di attività perseguendo l'obiettivo della razionalizzazione dell'uso delle risorse e della valorizzazione della professionalità.

Nella fattispecie, l'attività svolta dal gruppo dei laboratori si è concentrata su cinque temi specifici, ovvero:

1. Facilitazione della comunicazione in AVEN.
2. Monitoraggio e pianificazione delle attività di acquisizione beni/servizi per laboratori AVEN, con definizione di una gara comune per i laboratori di Parma (AO) e Modena (AO e AUSL), così come di gare comuni AVEN per diagnostica proteica, diagnostica allergologica e diagnosi delle emoglobinopatie.
3. Definizione e monitoraggio delle regole di appropriatezza per la richiesta degli esami di laboratorio (ad esempio SH reflex, ANA reflex, Troponina reflex).
4. Sviluppo e definizione di progetti basati sull'appropriatezza prescrittiva od organizzativa.
5. Progetto di redistribuzione della diagnostica di primo e/o secondo livello tra i laboratori AVEN, nell'ottica di governo clinico, razionalizzazione della spesa e valorizzazione di professionalità.

Riabilitazione/modello e percorsi

Il gruppo di lavoro interaziendale ha lavorato alla definizione del progetto "Polo Riabilitativo Integrato" che presenta un modello organizzativo interaziendale che, unificando le risorse umane, professionali, tecnico scientifiche, strutturali ed impiantistiche esistenti, nonché integrando le attività assistenziali, didattiche e di ricerca, persegue il principio della centralità della persona e della sua partecipazione consapevole al processo di presa in carico riabilitativa.

Costituzione del Dipartimento Information and Communication Technology (ICT) interaziendale tra le Aziende USL di Parma, di Piacenza e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Uno degli ambiti strategici, per i quali la promozione di forme di integrazione interaziendale è indicata in ragione del miglioramento delle organizzazioni e delle performance, è rappresentato dalle funzioni di Information and Communication Technology (ICT).

L'Azienda ha inteso perseguire ulteriori forme di integrazione interaziendale in ambito ICT, valutate insieme alle Aziende USL di Piacenza e di Parma, per favorire il perseguimento di:

- standardizzare i processi relativi alla gestione dell'ICT;
- diminuire la complessità del sistema, razionalizzandone le richieste allo scopo di ottenere una più rapida introduzione dell'automazione e una maggiore diffusione dell'ICT in una ottica di efficienza ed efficacia dei processi;
- realizzare adeguate economie di scala con il perseguimento di massimo efficientamento delle strutture.



Le tre Aziende sanitarie delle province di Parma e Piacenza hanno quindi stipulato una convezione finalizzata alla costituzione di un Dipartimento ICT interaziendale, integrato su base interprovinciale, al quale affidare la costante innovazione dei sistemi informatici, tecnologici e informativi, nonché il coordinamento della loro progettazione, implementazione e manutenzione. Tale modello organizzativo è congeniale a garantire le esigenze di governo, coordinamento e armonizzazione di obiettivi e sistemi, nonché a perseguire l'obiettivo di garantire una progressiva razionalizzazione nella progettazione, nell'adozione di regolamenti e nell'uso delle risorse dedicate ai servizi ICT. Obiettivi generali del progetto di riorganizzazione sono:

- sviluppo comune di progetti ICT, valorizzando le competenze già in essere presso i Servizi ICT delle diverse Aziende e considerando le specializzazioni presenti nelle singole Aziende negli ambiti clinico, tecnico ed amministrativo (hub, servizi unici, eccetera);
- gestione unitaria dei rapporti contrattuali con i fornitori comuni di sistemi e servizi ICT in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale degli Acquisti (DIA) di AVEN;
- sviluppo delle professionalità presenti nelle singole strutture che costituiscono il DICT mediante iniziative specifiche di formazione.

Nello specifico sono state individuate le seguenti aree di condivisione e coordinamento interaziendale:

- adozione di linee guida e regolamenti sui sistemi informatici
- pianificazione degli investimenti e redazione delle priorità di investimento in ambito ICT
- pianificazione dei servizi di manutenzione, monitoraggio e informatizzazione dei processi e flussi informativi
- formazione e aggiornamento del personale ICT
- perseguimento degli obiettivi ICT sovra-aziendali
- proposte di omogeneizzazione del ruolo del Servizio ICT in ambito aziendale.

Il governo del Dipartimento è stato articolato secondo funzioni attribuite al Consiglio, al Comitato, al Direttore.

Riordino ospedaliero

All'interno della complessità che caratterizza la gestione di un'azienda sanitaria è possibile identificare e distinguere tre dimensioni, oggetto del management in ospedale: la gestione delle conoscenze e delle persone (knowledge management); la gestione dei percorsi di cura dei pazienti (disease management); la gestione delle risorse produttive (asset management).

Queste tre dimensioni sono intercorrelate e presentano numerose aree di sovrapposizione, ma sono al contempo caratterizzate da logiche gestionali specifiche; esse costituiscono i tre assi attorno ai quali si è strutturato il progetto di modernizzazione denominato "Make in Parma", nel cui ambito sono state valorizzate e sviluppate le esperienze di integrazione organizzativa multidisciplinare e di gestione condivisa delle risorse già presenti in Azienda.

A questo riguardo sono state intraprese specifiche azioni nel corso del 2014.

L'*asset management* è finalizzato a rendere ottimale il funzionamento dei processi che sottostanno alle attività di assistenza e cura, gestendo in maniera integrata le risorse fisiche e logistiche (ad esempio posti letto, tecnologie, sale operatorie, ambulatori). Tale integrazione avviene prevalentemente all'interno di macro-aree caratterizzate da logiche di qualità ed efficienza specifiche, quali ad esempio l'area chirurgica, l'area medica e l'area emergenza/urgenza, l'area materno infantile, l'area paziente fragile, eccetera.

Nel corso del 2014, l'Azienda ha realizzato una importante riorganizzazione del proprio assetto dipartimentale, arrivando alla costituzione di 5 Dipartimenti ad Attività Integrata (cfr. il paragrafo "La riorganizzazione dipartimentale" del presente capitolo):

- Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica,
- Medico Geriatrico Riabilitativo,
- Diagnostico,
- Chirurgico Generale e Specialistico,
- Materno Infantile.

Tale impianto ha tenuto conto delle piattaforme produttive di livello dipartimentale, definendo un assetto organizzativo ed istituzionale che consenta di delineare percorsi di sviluppo e target di produzione coerenti con la missione e con il posizionamento atteso dell'Azienda nel sistema di offerta regionale.

Per la gestione degli asset o piattaforme produttive sono previste figure di Operation Manager che agiscono a livello centrale e decentrato (all'interno della macro area Medica o Chirurgica per esempio). I gestori delle piattaforme identificati in ogni macro area sono coordinati dagli Operations Manager a livello



centrale, che svolgono una funzione di integrazione tra le diverse aree e di contatto con la Direzione Sanitaria e gli uffici di staff aziendali.

Nel corso del 2014 sono state istituite tre figure di operation manager centrali, tra cui due bed manager. Queste tre figure presidiano, da un lato, il corretto funzionamento dei flussi di pazienti in ospedale e, dall'altro, nei setting organizzati per intensità di cura e/o in aree comuni multidisciplinari, coordinano l'attività di programmazione e allocazione dei pazienti. Supportano, inoltre, le riorganizzazioni delle piattaforme anche attraverso analisi dei dati e predispongono gli strumenti informativi per il monitoraggio delle stesse. In area materno-infantile sono presenti due bed manager decentrati.

Il *disease management* rappresenta la gestione dei percorsi clinici dei pazienti, frequentemente trasversali a più unità operative e dipartimenti, in una logica di integrazione organizzativa, centralità del paziente e continuità della presa in carico anche in funzione dell'introduzione di protocolli di ricerca comuni e trasversali a più UU.OO..

L'introduzione di logiche di disease management per garantire l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza dei processi di cura passa attraverso la realizzazione e l'applicazione dei PDTA. In relazione a ciò, nel corso del 2014, alcuni percorsi hanno visto un aggiornamento degli aspetti clinico-assistenziali, altri hanno meglio specificato, attraverso la definizione di documenti condivisi, le ricadute degli stessi sugli aspetti più propriamente organizzativi.

Sono stati definiti i principali orientamenti clinici della struttura e successiva individuazione dei gruppi professionali (gruppi del sapere) in questi coinvolti con l'obiettivo di favorire lo sviluppo professionale ed il miglioramento della qualità della prestazione erogata anche tramite l'individuazione delle modalità di confronto e di formazione culturale, scientifica e clinica tra professionisti.

Il *knowledge management* riunisce le attività e i saperi che definiscono il posizionamento dell'azienda e ne determinano lo sviluppo futuro.

Il "luogo" all'interno del quale si sviluppa l'attività di *knowledge management* è il Dipartimento (e all'interno di esso le Unità Operative), sulla base delle indicazioni strategiche formulate dal Collegio di Direzione.

Per questo all'interno degli obiettivi di Budget 2014 sono stati invitati i Direttori di Dipartimento a definire i piani di sviluppo del Dipartimento, attraverso un'analisi strategica delle performance, per valutare punti di forza e di debolezza, le opportunità e criticità, allo scopo di definire:

- priorità di sviluppo sostenibili delle aree cliniche, dell'innovazione e della ricerca e azioni conseguenti;
- posizionamento prospettico del Dipartimento in termini di case-mix produttivo;
- implementazione appropriatezza.

Governo clinico: Programma Nazionale Esiti

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma promuove la ricerca del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e si prefigge di supportare lo sviluppo del governo clinico, finalizzato all'erogazione di elevati livelli di prestazioni, espressione dell'eccellenza professionale, clinica, organizzativa.

È stato promosso l'inserimento, a titolo sperimentale, di alcuni indicatori del PNE Agenas nel Budget 2014.

Tali indicatori sono stati accolti dai Dipartimenti e monitorati dalla SSD Governo Clinico e dal Servizio Programmazione e Controllo di Gestione.

Nel corso del 2014 il PNE, gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute, ha reso disponibili i risultati dell'analisi su dati SDO 2005-2013 su sito web dedicato, accessibile attraverso l'autenticazione con credenziali a tutte le Istituzioni e i soggetti accreditati del SSN.

La nuova edizione di PNE contiene alcune rilevanti modifiche di analisi e di consultazione e, come negli anni precedenti, valuta gli esiti dell'assistenza ospedaliera per tutte le strutture ospedaliere, sia dal punto di vista dei produttori di servizi, che da quello delle ASL, titolari delle funzioni di tutela della salute della popolazione.

L'edizione 2014 del PNE sui dati aggiornati al 2013 analizza: 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione. Vi è inoltre una nuova sezione: "Emergenza-Urgenza" contenente informazioni relative alla copertura dei dati dell'emergenza - urgenza per le diverse Regioni, la distribuzione per numero di accessi e tempi di permanenza per Struttura.

Risultati raggiunti

Come ogni anno l'Azienda - attraverso la SSD Governo Clinico Gestione del Rischio e Coordinamento Qualità e Accreditamento - ha elaborato per i professionisti dell'Azienda i report tratti dal sito PNE Agenas, ciò al fine di diffondere la cultura della valutazione, permettere ai professionisti di effettuare il confronto tra aziende e attivare audit su specifici indicatori.



Nel 2014 l'Azienda ha strutturato i seguenti documenti:

- Indicatori di attività (cardiologia, chirurgia, perinatale, ortopedia, traumi gravi, pneumologia, oncologia)
- Indicatori di ospedalizzazione
- Pronto Soccorso
- Volumi di attività
- Metodi statistici

Il tema degli indicatori e del PNE è stato presentato e discusso in Collegio di Direzione insieme alle valutazioni prodotte della Regione Emilia-Romagna e al Sistema Bersaglio.

I Volumi elaborati sono stati trasmessi ai Dipartimenti.

Tutti i Report elaborati sono stati diffusi sulla rete Intranet nella pagina del Governo Clinico>Sistemi di Valutazione & Percorsi (PDTA) & Buone Pratiche.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

La proposta è quella di individuare professionisti delle varie discipline per analizzare i risultati e facilitare il confronto con le Strutture che rappresentano il *gold standard* nazionale e avviare, se del caso, azioni di miglioramento specifiche. La proposta prevede che le azioni che verranno definite per migliorare l'esito dei singoli indicatori e quindi la performance generale dell'Azienda saranno presentate al Collegio di Direzione per le valutazioni e la validazione.

L'innovazione tecnologica

Sistema per raccolta e produzione in semiautomazione standardizzata di concentrati eritrocitari, buffy coat e plasma

Nel corso del 2014 si è proceduto a realizzare un progetto volto a standardizzare e tracciare completamente tutta l'attività di raccolta sangue pubblica ed associativa fino alla distribuzione e movimentazione delle unità di sangue validate e lavorate. Gli aspetti innovativi e l'utilizzo di nuove tecnologie, il tema della tracciabilità, dell'automazione, della velocizzazione e del risparmio di risorse umane, l'aspetto della sicurezza e della garanzia dei prodotti lavorati, le caratteristiche di integrazione organizzativa e strumentale complessiva del processo sono gli aspetti qualificanti del progetto stesso. E' stata effettuata la gara e si è proceduto all'aggiudicazione e all'installazione dei sistemi.

Realizzazione di un Core lab integrato per l'attività diagnostica di laboratorio dell'U.O. Diagnostica Ematochimica e SSD Biochimica ad elevata automazione

Nel corso del 2014 è stato avviato lo studio progettuale per la realizzazione, nell'attuale area, di un nuovo Core lab per le attività diagnostiche di laboratorio dell'U.O. Diagnostica Ematochimica e SSD Biochimica ad elevata automazione. La finalità è quella di standardizzare e integrare maggiormente le attività preanalitiche, analitiche e post analitiche grazie ad un più elevato grado di automazione (sistema di posta pneumatica, strumenti in catena, informatizzazione del magazzino reagenti) e all'innovazione delle strumentazioni analitiche in uso. La realizzazione del progetto consentirà, inoltre, di ottimizzare l'impiego delle risorse umane, migliorare il TAT (Turn Around Time) complessivo del laboratorio e garantire un completo livello di tracciabilità per tutto il percorso diagnostico.

E' stato completato il progetto e il conseguente capitolato di gara, pubblicato nel corso del 2015.

Realizzazione di un core lab dedicato alla ricerca nell'ambito del Centro Comune di Ricerca

Nel corso del 2014 è stato realizzato un core lab dedicato esclusivamente alla ricerca di laboratorio prevalentemente focalizzato nel campo della genetica molecolare e della farmacogenomica con l'obiettivo di attrarre risorse e competenze finalizzate allo sviluppo di studi specifici. Il laboratorio sarà dotato di strumentazioni all'avanguardia in grado di soddisfare le esigenze tecnologiche dei vari professionisti coinvolti. Sono in corso le acquisizioni delle tecnologie.

3.6 Il Comitato di Indirizzo: integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca

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.

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

Bilancio di Esercizio 2013

E' stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Esercizio - Anno 2013.

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.

Ha evidenziato come la politica di gestione delle risorse umane dell'Azienda sia stata prevalentemente orientata verso il personale dedicato all'assistenza. Si è registrato infatti rispetto al preventivo una maggior spesa relativamente alle competenze del personale dirigente medico e sanitario e del personale sanitario del comparto e, contestualmente, una contrazione relativamente alle competenze del personale ruolo tecnico e amministrativo dell'area Comparto.

Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo sul documento presentato.

Bilancio di Missione – Anno 2013

Il C.d.I. 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 ha dato atto che il documento del Bilancio di missione 2013, presentato alla sua attenzione, è conforme, nella struttura e articolazione, alle specifiche indicazioni regionali.

Il Comitato di Indirizzo ha ritenuto che il Bilancio di Missione 2013 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 sul Bilancio Preventivo Economico annuale 2014

E' stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo, per l'espressione del parere sulla loro formulazione, il Bilancio Preventivo Economico annuale 2014.

Dalla documentazione allegata alla deliberazione del Direttore Generale n. 51 del 26.02.2014 (Adozione del Bilancio preventivo economico annuale 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 2014" di cui alla D.G.R. n. 217/2014.

Il Comitato di Indirizzo ha ritenuto di condividere le seguenti linee strategiche:

- sviluppare processi di riorganizzazione e di integrazione professionale all'interno di tutte le articolazioni organizzative, nella rete ospedaliera e tra ospedale e territorio, per rispondere in maniera sempre più "sostenibile" ai bisogni degli utenti, promuovere attività strutturate di miglioramento dei risultati clinici e organizzativi e garantire percorsi di riorganizzazione che siano funzionali ad assicurare il miglior uso possibile delle risorse messe a disposizione;
- particolare attenzione è stata posta all'integrazione con l'Università degli Studi di Parma. A tal proposito, gli impegni che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma si è assunta sono la promozione di un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa e la definizione di un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza;
- la redazione del nuovo Piano Aziendale della Ricerca, relativo al biennio 2013-2014, mantenendo le sei principali linee di ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, tra cui la "Medicina Personalizzata" individuata dal Collegio di Direzione quale area di ricerca prioritaria dell'Azienda



Ospedaliero-Universitaria di Parma. Anche questa edizione del Piano sarà definita in base alle proposte dei Dipartimenti, discussa dal Board per la Ricerca e Innovazione, sottoposta al Comitato di Indirizzo Aziendale per l'analisi della coerenza con la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e approvata dal Collegio di Direzione.

Per quanto concerne il Bilancio preventivo economico annuale 2014, il Comitato ha preso atto delle esposizioni di dettaglio e di quanto contenuto nei documenti allegati alla deliberazione del Direttore Generale n. 51 del 26.02.2014, nonché dei vincoli di contenimento imposti dalla inadeguatezza delle risorse a disposizione in relazione alla corrente situazione economica. Il Comitato auspica che le intrinseche difficoltà che dovranno essere affrontate dall'Azienda nel corso del corrente esercizio per raggiungere il risultato di equilibrio, e per mantenere i vincoli di spesa e gli obiettivi di produzione, consentano di non incidere negativamente sul mantenimento dei livelli di attività assistenziale e di integrazione con la attività didattiche e di ricerca. L'Azienda dovrà valutare con particolare attenzione l'adozione di politiche volte a generare, laddove possibile, auspicabili recuperi di efficienza nell'impiego delle risorse, al fine di compensare il fisiologico aumento di talune classi di costo causato da fenomeni inflattivi e dagli automatismi di specie contrattuale.

In relazione a quanto sopra riportato, il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo sul Bilancio Preventivo Economico annuale 2014.

Altre attività

Nel mese di Aprile 2014, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si è stata effettuata una riorganizzazione dipartimentale che ha previsto una riduzione del numero dei Dipartimenti da 11 a 5.

Suddetta riorganizzazione è stata presentata al Comitato di Indirizzo che, ritenendo tale riorganizzazione rispondente alle necessità di sviluppare aggregazioni dipartimentali più consone alle necessità dei pazienti e ai percorsi di didattica e di ricerca, ha espresso parere favorevole in merito.

Il Comitato di Indirizzo è stato inoltre coinvolto in merito alla soppressione della Struttura Complessa di Gastroenterologia.

3.7 Nota integrativa per la relazione sulla performance 2014 (sintesi)

Premessa

In ottemperanza alle linee guida di programmazione economico-finanziaria regionali e con successivo ed opportuno adeguamento al Patto per la Salute 2014 - 2016, sulla base della Legge Regionale n. 28/2013 (Legge finanziaria regionale dell'anno 2014) e la Legge Regionale n. 29/2013, (Bilancio di Previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016), l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma ha impostato l'assegnazione degli obiettivi di budget 2014.

In un contesto generalizzato di riduzione delle risorse, è stato richiesto a tutte le articolazioni aziendali ed ai diversi livelli di responsabilità (Dipartimenti, Unità Operative, Setting Assistenziali), una attenzione particolare ai processi gestiti per migliorarne efficacia ed efficienza in modo da assicurare la sostenibilità complessiva del sistema aziendale nella sua capacità di dare risposta ai bisogni di salute degli utenti.

Nella prima decade di Aprile è stata fatta la presentazione del percorso di budget 2014 al Collegio di Direzione Aziendale, contestualmente alla presentazione delle Linee Guida al Budget 2014; successivamente, in Maggio, i vari Dipartimenti ad Attività Integrata hanno negoziato gli obiettivi validi per il 2014. Infine, nel corso dell'anno si è proceduto a monitorare gli andamenti e ad analizzare gli scostamenti rispetto al budget mediante appositi incontri con i centri di responsabilità al fine di individuare, congiuntamente con la direzione aziendale, le adeguate azioni di miglioramento.

Analisi performance per aree

Nell'ambito della ricerca dell'appropriatezza delle modalità di erogazione delle prestazioni, della risposta quali-quantitativa ai bisogni assistenziali, dello sviluppo e mantenimento delle attuali reti di eccellenza, sono stati introdotti nel sistema di valutazione delle performance alcuni specifici obiettivi che hanno riguardato in modo particolare:

- Produzione e i costi,
- Standard di servizio e miglioramento dei processi clinico-assistenziali

- Gestione organizzativa
- Qualità del servizio erogato al cittadino.

Area Produzione e costi

L'attenzione dell'azienda si è anzitutto focalizzata sull'appropriatezza delle prestazioni erogate sia in regime di ricovero che ambulatoriale. Sono stati quindi introdotti alcuni indicatori derivanti dal Piano Nazionale Esiti con l'obiettivo di orientare la performance delle strutture verso il soddisfacimento dei parametri in esso fissati: i risultati conseguiti dalle specifiche strutture alle quali sono stati assegnati gli obiettivi mostrano una situazione di sostanziale allineamento rispetto ai livelli attesi, seppur con la permanenza di alcune dinamiche non perfettamente in linea rispetto alle quali comunque ci si è impegnati a migliorare quanto fatto osservare negli anni precedenti.

Sono state inoltre adottate azioni volte all'ottimizzazione della degenza media attesa per le strutture con casistica di tipo medico, mentre per le UUOO chirurgiche ci si è soffermati principalmente sulla durata della degenza dei pazienti nel periodo pre-intervento al fine di ridurre la stessa entro il limite stabilito di una giornata al massimo. Sia le UUOO con casistica medica che quelle di tipo chirurgico hanno evidenziato una maggiore efficienza rispetto al passato nell'utilizzo dei posti letto di degenza ordinaria, nonostante permangano aree nelle quali la degenza media risulta superiore a quella attesa regionale a parità di casistica trattata. Con riferimento ulteriore alla durata della degenza, per un'ottimizzazione del percorso clinico dei pazienti si è provveduto ad una pianificazione della stessa mediante indicazione, nella piattaforma informatica dedicata, della "data di prevista dimissione" corredata di eventuali variazioni e motivazioni che potessero essere utili nella gestione del turnover dei posti letto.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha poi posto in essere azioni propedeutiche a "rafforzare" il trasferimento in regime ambulatoriale delle attività che non richiedono necessariamente "condizioni di ricovero", nell'ambito del più ampio obiettivo di ricerca dell'appropriatezza delle modalità di erogazione delle prestazioni a cui è collegata la rimodulazione dei posti letto di day hospital medico. In particolare nell'ambito della programmazione di budget per l'anno è stato previsto uno specifico impegno per le unità operative relativamente a tale tematica e ciò ha permesso l'avvio di un sistematico processo di trasferimento delle attività, iniziando dalle casistiche maggiormente a rischio di inappropriata, al fine di arrivare alla chiusura dei relativi posti letto. Tale processo è stato supportato dall'attivazione anche di diversi Day Service Ambulatoriali (laddove sussistevano i presupposti), dalla ridefinizione delle modalità organizzative ed operative correlate al trasferimento di regime di erogazione e da un costante monitoraggio a supporto di tale processo.

Con riguardo alle reti di eccellenza presenti all'interno dell'ospedale, l'obiettivo comune alle strutture interessate è stato quello di garantire una risposta efficiente e puntuale non soltanto all'utenza residente nel bacino provinciale ma anche a quella proveniente da altre province della regione o da altre regioni.

Oltre alle suddette azioni volte all'appropriatezza, sono state adottate specifiche azioni che hanno permesso una razionalizzazione delle risorse aziendali relativamente soprattutto alle principali categorie di consumo: farmaci e dispositivi medici. In tal senso, le varie articolazioni aziendali hanno adottato comportamenti virtuosi volti all'impiego efficiente ed appropriato delle risorse assegnate in termini di consumo di materiale sanitario sia di proprietà che in service. Le azioni messe in atto hanno permesso di contenere il trend crescente di spesa fatto registrare negli ultimi anni, con un raggiungimento degli obiettivi di budget per la quasi totalità delle strutture coinvolte nel processo budgetario. Hanno rappresentato oggetto di negoziazione anche le richieste dai reparti di prestazioni di laboratorio, microbiologia-virologia e diagnostica per immagini per i pazienti ricoverati nonché le diverse tipologie di consumi relativi ai servizi alberghieri (lavanolo, pulizie, pasti eccetera).

Standard di servizio e miglioramento dei processi clinico-assistenziali

Nell'ambito della riorganizzazione dipartimentale, in un'ottica paziente centrica e trasversale della cura, al fine di rendere sempre più efficienti ed appropriati i percorsi di presa in carico e cura dei pazienti all'interno dell'Azienda, nel budget 2014 è stato riservato spazio ad obiettivi che avessero come tema la formalizzazione di percorsi di cura clinico-logistici che tracciassero l'iter dell'utente, per specifica linea di produzione, dall'accettazione alle dimissioni. E' stato così richiesto a tutte le strutture di proporre e definire entro l'anno almeno un percorso a testa, scegliendolo sulla base della principale linea di produzione dell'unità operativa proponente, che fosse caratterizzata dai volumi più rilevanti e dal maggior numero di unità operative coinvolte, questo al fine di definire quale fosse lo standard aziendale di cura per quella patologia e contestualmente per delineare le tappe e gli spostamenti logistici del paziente all'interno dell'azienda. La partecipazione rispetto a questi temi si è rivelata particolarmente soddisfacente tanto che al termine del processo tutte le articolazioni aziendali sono state coinvolte in almeno un percorso clinico-logistico come richiesto.





In tema di valorizzazione delle professionalità presenti all'interno di ciascuna struttura è stato richiesto a quest'ultime una mappatura delle competenze con l'obiettivo di favorire lo sviluppo professionale ed il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, anche tramite l'individuazione delle modalità di confronto e di formazione culturale, scientifica e clinica tra gli stessi.

Gestione organizzativa

Al fine di ottimizzare la gestione dei posti letto e delle piattaforme logistiche è stato assegnato un obiettivo di budget specifico di adesione all'utilizzo della procedura di gestione del posto letto aziendale attraverso l'assegnazione del posto letto mappato contestualmente all'accettazione del paziente in reparto. Nella fattispecie si tratta dell'implementazione di un cruscotto informatico che consente alle nuove figure dei "bed manager" di poter contare sulla situazione dei posti letto liberi e occupati in tempo reale, per una più efficiente gestione ed assegnazione. La percentuale di adesione all'utilizzo dello strumento è stata molto elevata.

Qualità e Ricerca

Al fine di garantire la qualità delle cure, nel 2014 sono state consolidate tutte le attività già avviate in materia di sicurezza delle cure e risarcimento danni, così come le politiche per la prevenzione e il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza e alla ricerca.

Il Governo Clinico ha avuto come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del miglior equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili. È stato quindi promosso il tema della responsabilizzazione/clinical competence dei professionisti sui sistemi di valutazione delle attività (elemento cardine del governo clinico) e dato evidenza delle buone pratiche e dei risultati dell'attuazione dei vari sistemi di verifica (Audit Clinici e Organizzativi, Qualità percepita dal cittadino/utente, esiti dei Programmi Nazionali di Valutazione ecc.). Le buone pratiche, in modo particolare, attengono ai modelli organizzativi, alla formazione, alla sicurezza delle cure e al governo clinico, e concorrono alla implementazione dei sistemi di valutazione delle attività previsti sia dall'Accreditamento che dal Governo Clinico.

Ulteriore aspetto relativo all'area della Qualità è quello connesso alla politica del farmaco. Gli obiettivi della farmaceutica per il 2014 hanno previsto i due seguenti ambiti di intervento: consolidamento del governo e dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici e avvio di una riorganizzazione complessiva delle attività farmaceutiche. Tutte le strutture aziendali coinvolte in tali processi si sono adoperate per il conseguimento degli obiettivi attesi.

Altro aspetto rilevante riguarda l'attività della ricerca, rispetto alla quale sono state adottate azioni volte all'accrescimento della consapevolezza dell'importanza della ricerca per i pazienti (cure innovative) e per il SSN (riduzione dei costi delle terapie, maggiore qualità dell'assistenza) nonché a favorire l'adesione alle good clinical practice (GCP) per garantire ricerca e cura di buona qualità. L'Azienda ha fissato, dunque, per le proprie articolazioni, obiettivi di ricerca ed innovazione mirati a sensibilizzare l'opinione pubblica per un sempre maggiore coinvolgimento nelle attività di ricerca di pazienti e familiari. Le varie articolazioni aziendali interessate hanno mostrato un buon livello di adesione alla messa in atto delle azioni attese. Inoltre, con riferimento alla Good Clinical Practice, è stata richiesta ai responsabili scientifici dei progetti di ricerca di un gruppo scelto di unità operative, la frequenza ad uno specifico corso on-line. A fine anno è stata registrata piena partecipazione a tale corso con relativo invio del certificato da parte di tutti i responsabili scientifici di studi non profit come richiesto.

Altri obiettivi

Con riferimento al rispetto dei tempi d'attesa stabiliti a livello regionale per alcuni interventi chirurgici (di area cardiologica e cardiocirurgica, oncologica, vascolare e ortopedica), sono stati assegnati obiettivi specifici alle unità operative interessate in modo da valutare l'andamento interno rispetto agli standard di riferimento ed alla media regionale. Per il consolidamento ed il miglioramento di tali performance sono state fatte a livello aziendale numerose azioni che hanno portato ad una complessiva rivalutazione delle attività chirurgiche, con la messa in campo di misure organizzative di supporto: parziale mantenimento dell'attività operatoria in elezione nel periodo di contenimento estivo, rispetto agli anni precedenti; autorizzazione di sedute operatorie aggiuntive. Inoltre si è provveduto a sostenere i professionisti nella corretta tenuta delle liste di attesa, con incontri settimanali di programmazione e valutazione delle motivazioni causa di sforamenti. Nel contempo sono state ribadite formalmente le modalità operative per il corretto inserimento del paziente in lista d'attesa. Per quanto riguarda il rispetto dei tempi di attesa della patologia ortopedica (protesi d'anca), pur restando al di sotto dello standard di riferimento, l'indicatore rimane a livello della media regionale. Sul dato ha influito anche l'aumento dei pazienti



traumatologici (Trauma center Emilia Ovest), registrato nell'ultimo trimestre del 2014, che ha portato ad una rimodulazione degli interventi in elezione.

All'interno delle indicazioni della Regione in merito ai tempi d'attesa degli interventi chirurgici per patologia sono riportati degli standard che hanno fatto da punto di riferimento per il monitoraggio della situazione aziendale 2014 per quanto attiene alla programmazione degli interventi chirurgici. E' stato dunque richiesto alle unità operative caratterizzate da attività chirurgica, di definire il proprio programma di sala operatoria nel rispetto dei tempi d'attesa per patologia indicati e monitorati dalla Regione.

E' proseguita durante l'anno l'attività di incontro settimanale per la programmazione delle sedute operatorie sulla base della priorità clinica e dei giorni di attesa, con particolare attenzione alla patologia oncologica. Nel complesso è migliorata l'adesione e il corretto utilizzo dello strumento informatico di gestione delle liste di attesa, con valorizzazione del campo note in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa.

All'interno del tema di informatizzazione aziendale, diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e partecipazione alla rete SOLE, a tutte le unità operative con attività di ricovero o con attività ambulatoriale è stato richiesto un miglioramento di performance nell'implementazione del sistema informatico con le lettere di dimissione per ricoveri ordinari, di day-hospital e dei referti ambulatoriali elettronici. I risultati di fine anno hanno registrato un alto grado di partecipazione da parte di quasi tutte le strutture con raggiungimento dell'obiettivo. Per alcune di esse rimangono tuttavia discreti margini di miglioramento e la necessità di continuare in tale impegno.



Si riporta di seguito il grado di raggiungimento sintetico espresso in percentuali degli obiettivi incentivati per ciascuna Unità Operativa/ Struttura Semplice Dipartimentale afferente ai cinque Dipartimenti ad Attività Integrata.

**ESITI VERIFICA OBIETTIVI DI BUDGET INCENTIVATI -
DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA' ANNO 2014**

Descrizione Unità operativa/Struttura semplice dipartimentale	Grado di raggiungimento (%)
Dip. Emergenza Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica	
Neurologia - B76A	98,00
1° Anestesia e Rianimazione Gestione Interdipartimentale SIAT - F18A	99,00
Centrale Operativa 118 - F24A	100,00
Chirurgia d'Urgenza - C20A	94,66
Clinica e Immunologia Medica - B14A	78,33
Clinica e Terapia Medica - B10A	100,00
Clinica Pneumologica - B70A	97,00
Day Hospital Dipartimentale - SDC02	100,00
Day Hospital Pneumologico - SDE01	100,00
Dermatologia - C82A	91,33
Ematologia e C.T.M.O. - B11A	100,00
Endocrinologia - B12A	100,00
Fisiopatologia Respiratoria - B74A	100,00
Malattie del ricambio e diabetologia - SDC01	100,00
Malattie Infettive ed Epatologia - B50A	100,00
Medicina del Lavoro e Tossicologia Industriale - B17A	100,00
Medicina Interna - SD009	96,66
Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico e Coagulativo - B64A	96,66
Medicina Interna,Reumatologia - SD002	91,00
Nefrologia - B15A	94,50
Neurochirurgia-Neurotraumatologia - C28A	97,33
Oncologia Medica - B54A	100,00
Pneumologia ed Endoscopia Toracica - B72A	93,33
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - F14A	95,33
Semeiotica Medica - B18A	92,33
Trattamento Intensivo del Diabete e delle sue Complicanze - SD003	99,33
Dip. Diagnostico	
UO Microbiologia - L10A	100,00
Genetica Medica - B16A	94,00
Polo Emergenza Urgenza - SDN02	100,00
Radiologia Pediatrica - SDN01	98,00
Radioterapia - G34A	95,00
SSD Biochimica ad Elevata Automazione - SD007	100,00
UO Anatomia e Istologia Patologica - L22A	100,00
UO Diagnostica Ematochimica - L14A	97,00
UO Immunoematologia e Medicina TrASFusionale - L26A	98,00
UO Medicina Nucleare - G30A	100,00
UO Neuroradiologia - G18A	98,00
Scienze Radiologiche - G10A	96,00
UO Virologia - L12A	90,00
UO Radiologia - G14A	96,00
Dip. Medico Geriatrico Riabilitativo	
Clinica Geriatrica - B82A	100,00
Geriatria - B86A	100,00
Medicina Interna e Lungodegenza Critica - B83A	100,00
Medicina Riabilitativa - M10A	97,66

**ESITI VERIFICA OBIETTIVI DI BUDGET INCENTIVATI -
DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA' ANNO 2014**

Descrizione Unità operativa/Struttura semplice dipartimentale	Grado di raggiungimento (%)
Dip. Materno Infantile	
Cardiologia Pediatrica - SDI02	94,00
Chirurgia Pediatrica - E26A	83,66
Clinica Pediatrica - E22A	100,00
Coordinamento Attività di Day Hospital - SD010	100,00
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - E24A	100,00
Neonatologia - E14A	71,00
Ostetricia e Ginecologia - E10A	100,00
Pediatria e Oncoematologia - E18A	87,50
Pediatria Generale e D'Urgenza - E28A	97,50
Dip. Chirurgico generale e specialistico	
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica - F22A	100,00
UO Chirurgia Plastica e Centro Ustioni - C80A	100,00
UO Chirurgia Toracica - C24A	96,33
UO Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica - C18A	93,00
UO Clinica Ortopedica - C40A	84,62
UO Neurochirurgia - C50A	99,00
UO Oculistica - C70A	95,66
UO Odontostomatologia - C66A	94,00
UO Ortopedia - C44A	82,82
UO Otorinolaringoiatria e Otoneurochirurgia - C62A	94,66
UO Urologia - C78A	99,00
Cardiochirurgia - C74A	94,62
Cardiologia - B58A	100,00
SSD Chirurgia della Cute e degli Annessi, Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica - SD008	92,00
SSD Coordinamento Attività Specialistiche Ambulatoriali Cardiologiche - SD001	100,00
SSD Day Surgery - SDG01	100,00
UO Chirurgia Vascolare - C22A	98,66
UO Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo - C26A	98,00
UO Maxillo-Facciale - C54A	99,00





3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

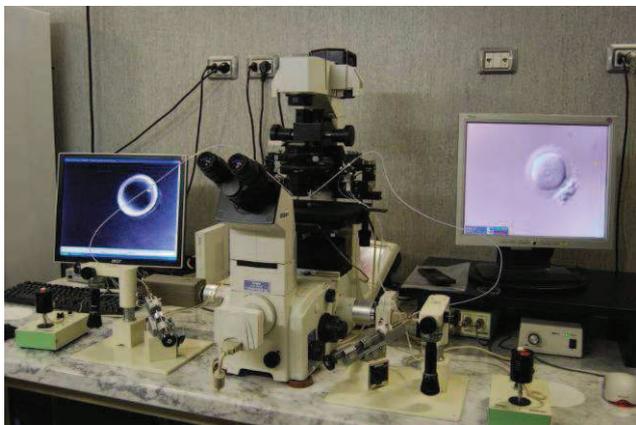
4

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

Il quarto capitolo è volto a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze professionali del personale. La valorizzazione delle competenze professionali può trovare diverse declinazioni a seconda dell'accezione e degli strumenti organizzativi che ciascuna azienda privilegia. Il capitolo sviluppa numerose tematiche, individuate di seguito.

- La "carta di identità" del personale
- Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e sicurezza
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- La formazione degli operatori sanitari nell'ambito relazionale: dalla cura al prendersi cura
- Sistema informativo del personale
- Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze
- Le azioni in tema di servizi alla persona e agli operatori







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

4.1 La "carta di identità" del personale

Questa parte del documento vuole fornire dati ed elementi utili per comprendere il "profilo" del personale di cui l'Azienda si avvale, nella consapevolezza che la performance delle strutture produttive dipende in larga misura dalle competenze, dalle capacità e dalle motivazioni delle persone che vi lavorano, soprattutto nel contesto di una azienda di servizi alla persona.

Al 31.12.2014 il personale operante presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma risulta costituito da 4134 unità.

Analizzando la tipologia contrattuale, si mantiene predominante il rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (91%) rispetto alle altre forme di impiego.

Prosegue inoltre il trend in diminuzione della consistenza 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 3,6% del totale delle professionalità presenti in Azienda. Rispetto all'anno precedente si registra un lieve aumento di tale tipologia di contratto in correlazione all'aumento delle adesioni dell'Azienda a progetti/programmi di ricerca finanziati dalla Regione, UE o con risorse esterne, da cui deriva un contestuale aumento delle collaborazioni per lo svolgimento delle attività connesse.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2012-2014

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Tempo indeterminato*	31.12.2012	2479	8	952	179	3618
	31.12.2013	2447	8	947	174	3576
	31.12.2014	2485	8	929	174	3596
Tempo determinato	31.12.2012	111	0	66	1	178
	31.12.2013	104	0	47	0	151
	31.12.2014	136	0	52	2	190
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2012	113	1	2	9	125
	31.12.2013	118	2	4	10	134
	31.12.2014	120	1	4	20	145

* 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 2012-2014

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Personale universitario	31.12.2012	189	0	6	24	219
	31.12.2013	188	0	6	23	217
	31.12.2014	178	0	6	19	203

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri utilizzati per il personale ospedaliero



Analisi di genere del personale

L'analisi dei fenomeni di innovazione e gestione del cambiamento organizzativo e socio-politico evidenzia, soprattutto negli ultimi anni, che la capacità degli individui di assumere un'ottica di genere rappresenta una competenza strategica per le organizzazioni e i sistemi.

Lo sviluppo di una cultura della gestione del personale con una lettura delle diverse politiche (di sviluppo, formative, di flessibilità) attenta al genere è sempre più auspicabile, in quanto crea valore tra i dipendenti e favorisce di fatto il potenziamento di efficacia e di efficienza dell'Amministrazione stessa.

Si offrono, di seguito, alcuni spunti per una valutazione di genere del personale che svolge la propria attività nelle strutture aziendali.

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 e determinato. Mentre nella popolazione universitaria prevale la componente maschile con il 59%.

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per età e per genere, anni 2012-2014

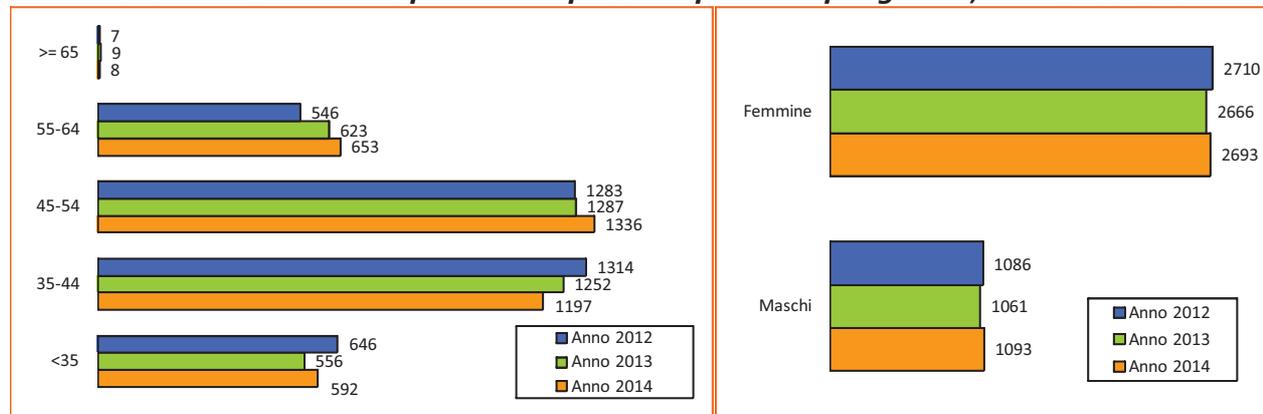


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e per genere, anni 2012-2014

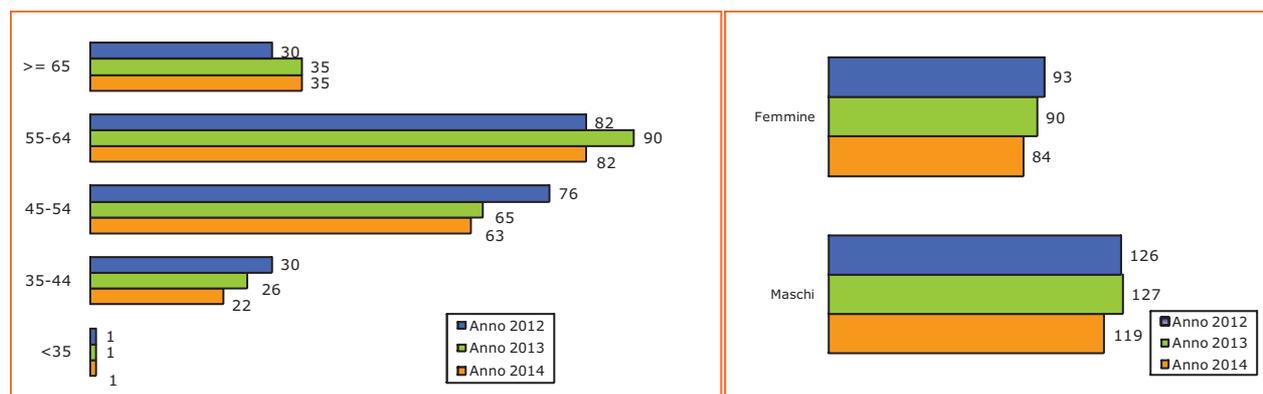


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori percentuali), anno 2014

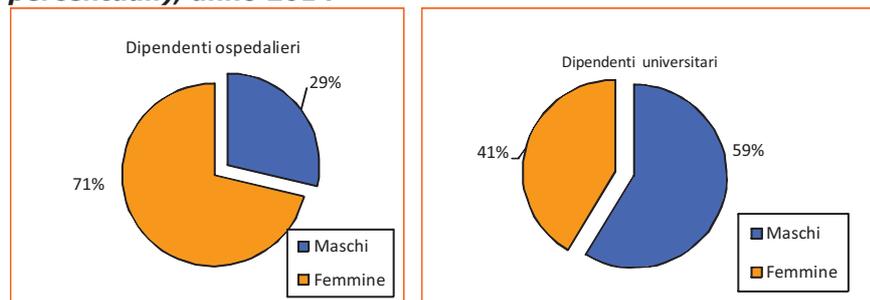
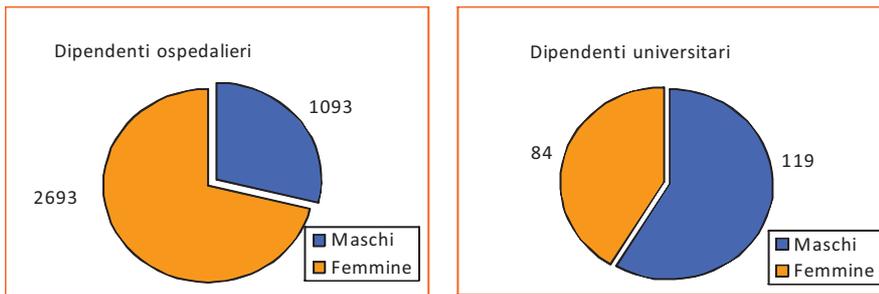




Grafico 4 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori assoluti) al



31.12.2014

Si conferma per l'anno 2014 che l'accesso al part-time resta una opportunità sfruttata prevalentemente dalle lavoratrici donne, e soprattutto, dal personale dell'area comparto.

Tabella 3 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri a tempo indeterminato per categorie, genere e accesso al part time, anni 2012-2014

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
al 31.12.2013 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	253	199	0	1	0	6	253	206	459
Altri dirigenti (sanitari - APT)	17	51	0	0	0	3	17	54	71
Personale infermieristico	302	978	0	18	8	305	310	1301	1611
Personale della riabilitazione	7	37	2	2	0	7	9	46	55
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	94	163	1	1	0	11	95	175	270
Altro personale ruolo tecnico	149	216	2	0	2	21	153	237	390
Personale OTA, OSS, ausiliario	139	358	0	4	1	53	140	415	555
Personale amministrativo	25	112	0	0	0	28	25	140	165
Totale	986	2114	5	26	11	434	1002	2574	3576
al 31.12.2014 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	249	201	0	1	0	7	249	209	458
Altri dirigenti (sanitari - APT)	16	52	0	0	0	3	16	55	71
Personale infermieristico	318	979	0	19	8	318	326	1316	1642
Personale della riabilitazione	8	35	2	2	0	7	10	44	54
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	98	168	1	1	0	11	99	180	279
Altro personale ruolo tecnico	143	204	1	0	2	21	146	225	371
Personale OTA, OSS, ausiliario	145	350	0	4	1	56	146	410	556
Personale amministrativo	25	112	0	0	0	28	25	140	165



Totale	1002	2101	4	27	11	451	1017	2579	3596
--------	------	------	---	----	----	-----	------	------	------

Tabella 4 Distribuzione per genere e aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2014

Aree contrattuali	Totale	%Totale	F	%F	M	%M
Comparto	3221	85,07%	2403	89,23%	818	74,83%
Dirigenza	565	14,93%	290	10,77%	275	25,17%
Totali	3786	100,00%	2693	100,00%	1093	100,00%

La tabella che precede analizza la distribuzione di genere per aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri. Nell'ambito del personale dirigenziale si evidenzia un sostanziale equilibrio tra la componente maschile e quella femminile, con una leggera prevalenza maschile.

Nell'area del comparto, invece, si rileva una marcata preponderanza di lavoratrici femmine.

Grafico 5 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2004- 2014

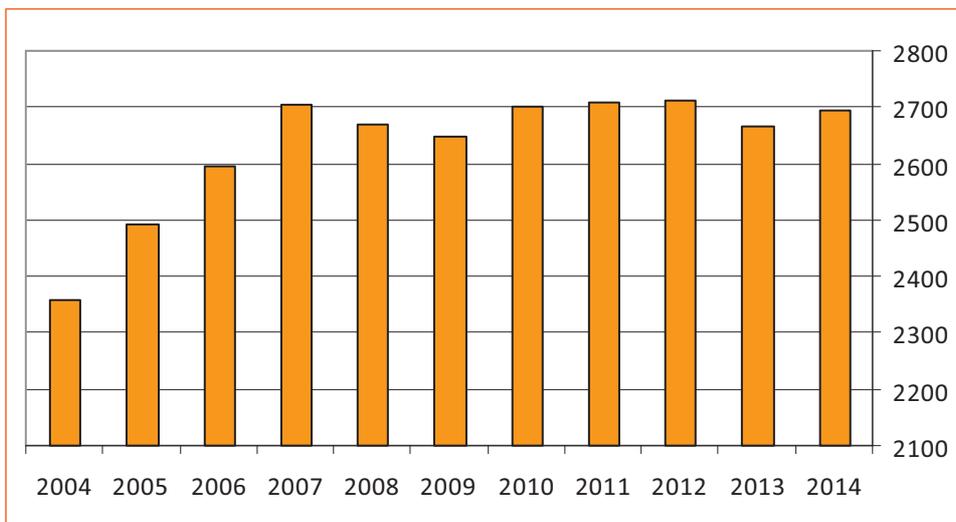
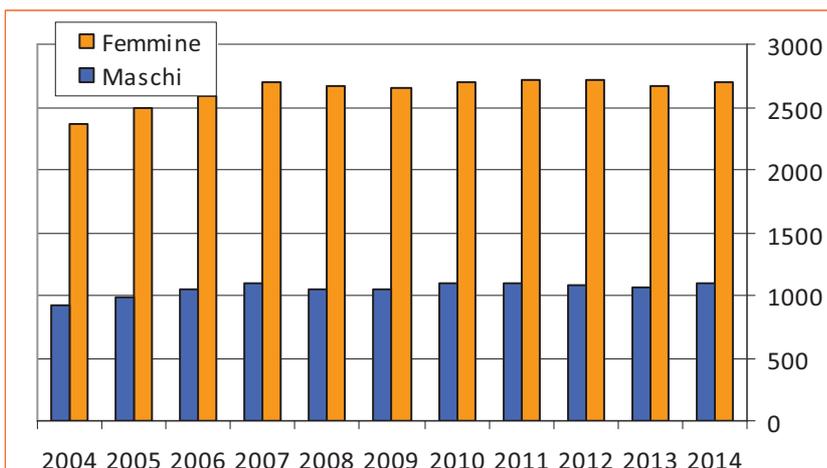


Grafico 6 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2004-2014



Nell'arco temporale 2004-2014, come rilevato nei grafici 5 e 6, la consistenza della popolazione femminile risulta marcata rispetto a quella maschile. Negli ultimi anni il rapporto tra lavoratori maschi e femmine si mantiene comunque stabile.



La tabella 5 illustra la distribuzione nelle 4 aree di riferimento (sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) della popolazione aziendale complessiva e rispettivamente della popolazione femminile e di quella maschile.

Tabella 5 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per genere e per aree al 31.12.2014

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2621	69,23%	1884	69,96%	737	67,43%
Professionale	8	0,21%	2	0,07%	6	0,55%
Tecnica	981	25,91%	659	24,47%	322	29,46%
Amministrativa	176	4,65%	148	5,50%	28	2,56%
Totali	3786	100,00%	2693	100,00%	1093	100,00%

Approfondendo la distribuzione del personale sulla base della titolarità di incarichi dirigenziali e di ruoli di responsabilità, si osserva (in tabella 6) che oltre il 90% del personale dirigente e il 65% circa del personale del comparto appartengono all'area sanitaria (tabella 7). Si rileva, sia tra il personale di area sanitaria che tra quello di area amministrativa, una minima prevalenza della componente femminile. Tale dato va analizzato con riferimento alla diversa distribuzione dei generi nell'area comparto (cfr. grafici 5 e 6).

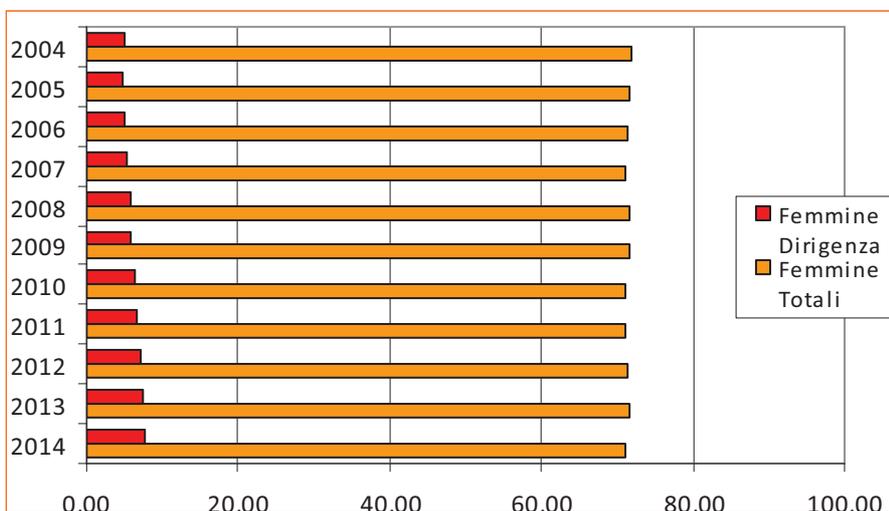
Tabella 6 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali a tempo indeterminato e determinato per genere al 31.12.2014

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	546	96,64%	282	97,24%	264	96,00%
Professionale	8	1,42%	2	0,69%	6	2,18%
Tecnica	2	0,35%	0	0%	2	0,73%
Amministrativa	9	1,59%	6	2,07%	3	1,09%
Totali	565	100,00%	290	100,00%	275	100,00%

Tabella 7 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere e per ruolo al 31.12.2014

Ruolo	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2075	64,42%	1602	66,67%	473	57,82%
Professionale	0	0%	0	0%	0	0%
Tecnico	979	30,39%	659	27,42%	320	39,12%
Amministrativo	167	5,18%	142	5,91%	25	3,06%
Totali	3221	100,00%	2403	100,00%	818	100,00%

Grafico 7 Personale femminile e dirigenti donne (2004 - 2014)





Nel periodo di tempo 2004-2014, si registra un graduale accrescimento della consistenza della popolazione femminile nell'ambito della compagine dirigenziale, accompagnata da una sostanziale stabilità di quella maschile.

Con le tabelle che seguono si vuole offrire qualche spunto di riflessione in merito alla ripartizione degli incarichi dirigenziali al personale ospedaliero (escludendo il personale universitario) e degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento attribuiti al personale del comparto.

Relativamente agli incarichi dirigenziali (tabella 8), gli stessi si mantengono prerogativa maschile, in termini assoluti e percentuali, nei livelli apicali (Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O./Servizio, Responsabile S.S.D), 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. Nello specifico si nota che i valori dell'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*) - rispettivamente 2,04% e 2,56% - denotano una minima prevalenza maschile. La prevalenza femminile in valore assoluto rappresentata dalla tabella è da ricondurre alla netta predominanza numerica di tale componente nell'area del comparto (vedasi tabella 5).

Nell'ambito degli incarichi di coordinamento (tabella 10), la presenza femminile è consolidata 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 31.12.2014

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totali	% totali
Direttore Dipartimento	0	0,00%	2	0,75%	2	0,38%
Direttore UO/Servizio	12	4,55%	22	8,30%	34	6,43%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	4	1,52%	6	2,26%	10	1,89%
Responsabile struttura semplice	10	3,79%	14	5,28%	24	4,54%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	0	0,00%	7	2,64%	7	1,32%
Incarico di alta specializzazione	23	8,71%	39	14,72%	62	11,72%
Case Manager Esperto	158	59,85%	142	53,58%	300	56,71%
Case Manager	57	21,59%	33	12,45%	90	17,01%
Totali	264	100,00%	265	100,00%	529	100,00%

Tabella 9 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2014

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
Sanitario	26	1,08%	11	1,34%	37
Professionale	0	0%	0	0%	0
Tecnico	4	0,17%	9	1,10%	13
Amministrativo	19	0,79%	1	0,12%	20
Totali	49	2,04%	21	2,56%	70

Tabella 10 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2014

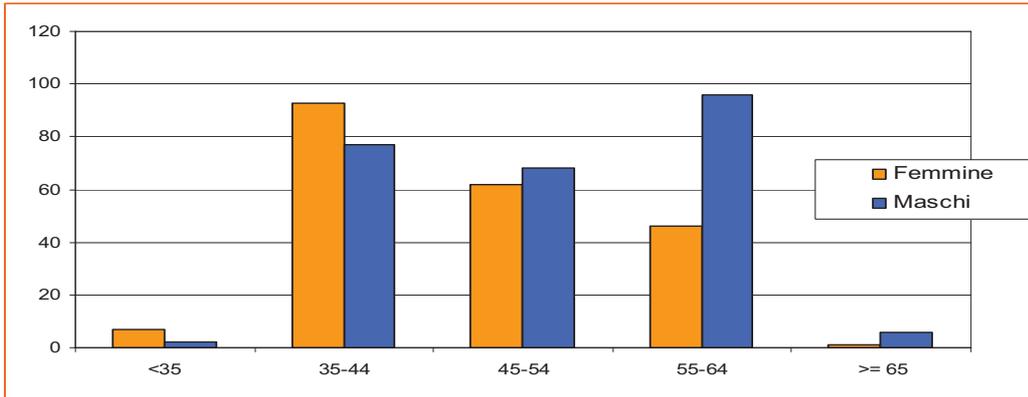
Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
113	4,70%	27	3,30%	140

Analisi di genere del personale medico

Approfondendo in particolare la dirigenza medica ospedaliera anche a tempo determinato, si conferma (grafico 8) la prevalenza della componente femminile tra le giovani generazioni (ossia fra chi ha meno di 45 anni).



Grafico 8 Distribuzione per genere e per fascia di età area dirigenza medica



Per quanto riguarda la distribuzione dei professionisti tenendo conto della disciplina di appartenenza (tabella 11) si osserva una netta prevalenza maschile nelle discipline chirurgiche. Nelle altre aree disciplinari si rileva complessivamente una sostanziale parità, addirittura con una lieve preponderanza di quella femminile.

Tabella 11 Distribuzione percentuale dirigenti medici ospedalieri per discipline e per genere al 31.12.2014

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	45,83%	54,17%
DERMATOLOGIA	50,00%	50,00%
EMATOLOGIA	100,00%	0,00%
GASTROENTEROLOGIA	37,50%	62,50%
GENETICA MEDICA	100,00%	0,00%
GERIATRIA	55,00%	45,00%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	38,46%	61,54%
MALATTIE INFETTIVE	46,67%	53,33%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	55,17%	44,83%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	66,67%	33,33%
MEDICINA INTERNA	48,94%	51,06%
NEFROLOGIA	50,00%	50,00%
NEONATOLOGIA	60,00%	40,00%
NEUROLOGIA	66,67%	33,33%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00%	0,00%
ONCOLOGIA	45,45%	54,55%
PEDIATRIA	73,91%	26,09%
RADIOTERAPIA	60,00%	40,00%
REUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
SUBTOTALI	53,91%	46,09%
DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	0,00%	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	14,29%	85,71%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA PEDIATRICA	28,57%	71,43%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0,00%	100,00%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	41,67%	58,33%
NEUROCHIRURGIA	16,67%	83,33%
OFTALMOLOGIA	33,33%	66,67%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5,88%	94,12%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,00%	100,00%
UROLOGIA	27,27%	72,73%
SUBTOTALI	18,18%	81,82%
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	58,44%	41,56%
MEDICINA LEGALE	0,00%	100,00%
MEDICINA NUCLEARE	100,00%	0,00%
MEDICINA TRASFUSIONALE	33,33%	66,67%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	66,67%	33,33%
NEURORADIOLOGIA	40,00%	60,00%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	71,43%	28,57%
RADIODIAGNOSTICA	52,94%	47,06%
SUBTOTALI	54,90%	45,10%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA		
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	66,67%	33,33%
SUBTOTALI	66,67%	33,33%
Totale	46,91%	53,09%

Analizzando in un'ottica prospettica lo sviluppo della professione medica, si rappresenta di seguito la distribuzione per genere dei medici in formazione specialistica.

La Tabella 12 evidenzia una prevalenza femminile nelle discipline di area medica, una certa parità in area chirurgica (seppur con una maggioranza femminile in ginecologia e ostetricia, otorinolaringoiatria e chirurgia vascolare), con l'eccezione della cardiocirurgia.

Grafico 9 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2014

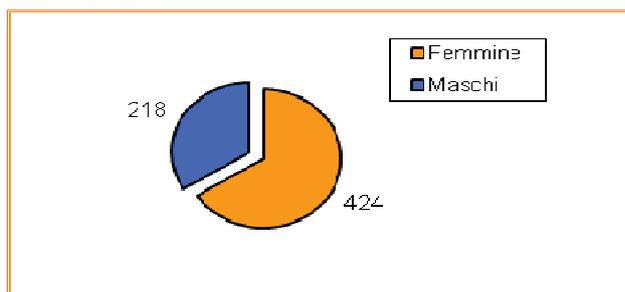


Tabella 12 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2014

Scuola di specializzazione	AREA MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE			
	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Allergologia ed immunologia clinica	3	75,00%	1	25,00%
Cardiologia	0		0	
Dermatologia e venereologia	5	71,43%	2	28,57%
Ematologia	5	71,43%	2	28,57%
Endocrinologia e malattie del ricambio	3	75,00%	1	25,00%
Gastroenterologia	4	66,67%	2	33,33%
Geriatria	13	76,47%	4	23,53%
Malattie dell'apparato respiratorio	19	65,52%	10	34,48%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	13	46,43%	15	53,57%
Malattie infettive	3	60,00%	2	40,00%
Medicina d'emergenza-urgenza	15	65,22%	8	34,78%
Medicina fisica e riabilitazione	11	68,75%	5	31,25%
Medicina interna	17	68,00%	8	32,00%
Nefrologia	12	66,67%	6	33,33%
Neurologia	12	75,00%	4	25,00%
Neuropsichiatria infantile	28	90,32%	3	9,68%
Oncologia	10	71,43%	4	28,57%
Pediatria	49	89,09%	6	10,91%
Psichiatria	22	88,00%	3	12,00%
Radioterapia	12	70,59%	5	29,41%
Scienza dell'alimentazione	2	50,00%	2	50,00%
Totale	258	73,50%	93	26,50%



AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Cardiologia	0	0,00%	4	100,00%
Chirurgia generale	14	41,18%	20	58,82%
Chirurgia maxillo facciale	9	50,00%	9	50,00%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	2	50,00%	2	50,00%
Chirurgia toracica	2	50,00%	2	50,00%
Chirurgia vascolare	4	66,67%	2	33,33%
Ginecologia e ostetricia	20	76,92%	6	23,08%
Oftalmologia	6	60,00%	4	40,00%
Ortopedia e traumatologia	6	33,33%	12	66,67%
Otorinolaringoiatria	4	66,67%	2	33,33%
Urologia	1	33,33%	2	66,67%
Totali	68	51,13%	65	48,87%
AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Anatomia patologica	8	72,73%	3	27,27%
Anestesia e rianimazione	1	100,00%	0	0,00%
Anestesia rianimazione terapia intensiva	30	62,50%	18	37,50%
Biochimica clinica	1	100,00%	0	0,00%
Medicina legale	2	50,00%	2	50,00%
Radiodiagnostica	29	50,00%	29	50,00%
Totali	71	57,72%	52	42,28%
AREA DI SANITÀ PUBBLICA				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Igiene e medicina preventiva	13	86,67%	2	13,33%
Medicina del lavoro	14	70,00%	6	30,00%
Totali	27	77,14%	8	22,86%

A conclusione della disamina delle caratteristiche della popolazione aziendale, si può osservare la nazionalità degli operatori.

L'Azienda conta 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 31.12.2014 – distribuzione nazionalità extra italiana Area comparto

Nazionalità	Femmine	Maschi
ARGENTINA	1	0
CAMERUN	2	0
GRECA	0	1
MAROCCHINA	1	0
PARAGUAIANA	17	2
POLACCA	4	0
RUMENA	51	3
SPAGNOLA	2	0
SERBA	1	0
LITUANA	1	0
UCRAINA	1	0
Totali	81	6

Mobilità del personale

La dinamica degli ingressi e delle uscite del personale negli anni 2012-2014 è illustrata nella tabella 14, sulla base dei criteri previsti per il conto annuale e tenendo conto del solo personale a tempo indeterminato.

In adesione agli indirizzi contenuti nella Delibera di Giunta Regionale n. 217 del 24.02.2014 con riferimento al governo delle risorse umane e alle indicazioni di dettaglio fornite dalla Direzione Generale Sanità e politiche sociali (prot. 49256 del 21.02.2014 e 94770 del 03.04.2014) l'Azienda ha provveduto ad inviare ai fini della prescritta autorizzazione regionale il piano assunzioni per l'anno 2014, tenendo



conto delle limitazioni alla copertura dei posti resisi vacanti nell'anno di competenza nella misura del 30% e del solo personale dedicato all'assistenza.

L'Azienda inoltre è stata autorizzata ad ulteriori assunzioni in deroga al fine di consentire l'implementazione del progetto della Centrale unica Emilia Ovest, nonché per completare il processo di re-internalizzazione delle prestazioni di risonanza magnetica eseguite in un poliambulatorio esterno nelle more del completamento della tecnologia inserita nel Nuovo Ospedale del Bambino.

Le politiche di gestione delle risorse umane sono state prevalentemente orientate verso il personale dedicato all'assistenza (medico e sanitario non medico) il cui costo ha la maggiore incidenza rispetto alla complessiva spesa del personale dipendente, persistendo per l'anno 2014 il blocco del turn over per i profili tecnico, professionale ed amministrativo fatte salve le deroghe autorizzate dalla Regione per l'assunzione di un ingegnere elettronico (in sostituzione di altro cessato in corso d'anno) necessario per non compromettere la gestione delle tecnologie medicali ed in particolare il consolidamento dei programmi del settore diagnostica e terapia per immagini e informatica medica nonché di due collaboratori amministrativi necessari per garantire la completezza delle attività fiscali e tributarie e poter adeguatamente corrispondere agli obiettivi inseriti nella programmazione regionale.

Nell'ultima parte dell'anno, inoltre, nell'ambito dello sviluppo del piano assunzioni e coerentemente alle linee di indirizzo contenute nella D.G.R. 1735 del 03.11.2014, si è avviato un processo di consolidamento e di stabilizzazione del capitale professionale relativamente al personale sanitario e tecnico addetto direttamente alle funzioni assistenziali, che ha consentito di integrare la programmazione dei fabbisogni finalizzandola alla copertura di posti vacanti già coperti con contratti a tempo determinato. Tale processo avrà il suo completamento nel corso del corrente anno.

Tabella 14 Mobilità del personale a tempo indeterminato, anni 2012-2014

Mobilità in uscita	2012	2013	2014
Limite età	9	6	9
Dimissioni	64	26	61
Passaggio altra amm.ne	55	58	42
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0
Altre cause	8	7	8
Mobilità in entrata	2012	2013	2014
Provenienti altre amm.ni	26	34	16
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0
Procedure concorsuali	126	18	115
Altre cause	5	1	1
Differenza	+21	-44	+12



Tabella 15 Cessati per categorie, 2012-2014.

Categorie	Passati altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2013				
Dirigenti medici	6	4	0	2
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	1	0	0
Personale infermieristico	33	9	2	2
Personale della riabilitazione	2	0	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	9	3	0	0
Altro personale ruolo tecnico	1	2	3	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	6	4	0	2
Personale amministrativo	1	3	1	0
Anno 2014				
Dirigenti medici	6	7	2	3
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	0	0	0
Personale infermieristico	22	26	1	2
Personale della riabilitazione	0	3	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	4	0	0
Altro personale ruolo tecnico	0	12	5	1
Personale OTA, OSS, ausiliari	10	5	1	2
Personale amministrativo	1	4	0	0

Tabella 16 Assunti per categorie, 2012-2014

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2013			
Dirigenti medici	5	3	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	0	0
Personale infermieristico	17	6	0
Personale della riabilitazione	2	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	1	5	0
Altro personale ruolo tecnico	1	0	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	8	4	0
Personale amministrativo	0	0	0
Anno 2014			
Dirigenti medici	7	10	0
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	1	0
Personale infermieristico	5	75	0
Personale della riabilitazione	0	2	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	2	10	0
Altro personale ruolo tecnico	0	0	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	1	16	0
Personale amministrativo	0	1	1

Pari opportunità

Accoglienza ospedaliera alle donne vittime di violenza di genere e di stalking.

Nel gennaio 2014 il Comitato Unico di Garanzia-CUG- ha recepito e diffuso tra tutti gli operatori coinvolti, le linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere. Successivamente ed in analogia alla procedura già formalizzata che riguarda le donne, si è costituito un gruppo di lavoro specifico per realizzare la procedura per l'accoglienza e la cura di bambini ed adolescenti vittime di maltrattamento/abuso.

Pari Opportunità

Nel corso del 2014 sono stati diversi gli eventi formativi organizzati dal CUG dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma:

- 7 marzo 2014 presso la Sala Congressi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, in collaborazione con l'Azienda USL di Parma, il Comune e la Provincia di Parma, è stata organizzata la seconda edizione dell'evento formativo sul tema della Medicina delle differenze-diversità e



disuguaglianza di genere. Tale evento, accreditato per tutte le professioni sanitarie, è stato aperto a tutta la cittadinanza e patrocinato dalle Associazioni Femminili cittadine;

- 30 marzo 2014 il Presidente del CUG ha presentato al congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), la relazione dal titolo: "Differenze generazionali nel futuro della professione medica". La relazione ha illustrato gli elementi che rendono difficile la coesistenza, in ambito sanitario, di generazioni con aspettative e criticità diverse. Importanti cambiamenti nella professione medica si prevedono con l'aumento delle donne in medicina e con l'ingresso delle nuove generazioni;
- 20 maggio 2014, la presentazione del libro di Lucia Annibali "Io ci sono-la mia storia di non amore" che ripercorre la sua storia partendo da quando una sera, tornando a casa, è stata sfigurata in faccia dall'acido lanciato da un uomo incappucciato. Quella stessa notte viene arrestato come mandante dell'aggressore il suo ex fidanzato. Il tema si sviluppa nell'ambito poi dell'accoglienza alle donne vittime di violenza e dei momenti che sono seguiti. Lucia Annibali ha poi scelto di essere curata nel nostro Ospedale e qui, ha voluto presentare il suo libro, alla presenza dei professionisti che l'hanno seguito negli anni.

Il CUG dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma ha inoltre partecipato e sponsorizzato le seguenti iniziative formative:

- 18 novembre 2014 con il patrocinio del Comune di Parma, incontro sul tema: "Donne e Isis-Fondamentalismo islamico-libera scelta o schiavitù?"
- 27 novembre 2014 presso l'Università degli studi di Parma – "La responsabilità del cambiamento".

Il CUG dell'Azienda aderisce, già dal 25.5.2013, al coordinamento provinciale dei CUG sul territorio con l'obiettivo di scambio di buone prassi per creare condizioni organizzative orientate al benessere dei dipendenti e degli utenti.

Nel corso del 2014, insieme al CUG dell'Azienda Usl di Parma, ha voluto estendere il proprio impegno realizzando la stesura di procedure legate a percorsi di formazione del personale sanitario, partecipando a tutte le fasi di progettazione, realizzazione e diffusione di percorsi di empowerment degli operatori nelle case della salute e nelle comunità di riferimento contro la violenza sulle donne.

In data 27 giugno 2014 è stata adottata dall'Azienda la delibera n. 182 con la quale è stata formalizzata la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa con la Prefettura, il Tribunale, la Procura della Repubblica, la Conferenza territoriale socio-sanitaria e altri organismi territoriali, per la prevenzione ed il contrasto delle violenze nei confronti delle donne. Tale protocollo è stato successivamente trasmesso alle strutture sanitarie che sono coinvolte nell'accoglienza delle vittime.

Bollino Rosa

Presso l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna – ONDA – il 10 dicembre 2014, si è tenuta la premiazione delle cinque migliori realtà ospedaliere che prevedono azioni innovative nell'accoglienza e nella gestione delle donne vittime di violenza, dal Pronto Soccorso alla Rete dei servizi territoriali.

Al concorso hanno partecipato 126 ospedali e, in questo contesto, l'Azienda ha ricevuto il Bollino Rosa, con il quale è stato riconosciuto e valutato positivamente il progetto presentato.

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione (di seguito CdD) rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.

Il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.



A seguito di una riorganizzazione dipartimentale che ha previsto una riduzione del numero dei Dipartimenti da 11 a 5, nel mese di Aprile 2014 si è insediato il nuovo Collegio di Direzione così composto:

Direttore Sanitario

Direttore Amministrativo

Direttore Servizio Assistenziale

Direttore Dipartimento Materno-Infantile

Direttore Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo

Direttore Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico

Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica

Direttore Dipartimento Diagnostico

Le azioni svolte dal Collegio di Direzione dal mese di gennaio al mese di marzo 2014 sono di seguito riportate.

Per quanto attiene la definizione dei criteri e delle procedure per il conferimento di incarichi di direzione di Struttura Complessa alla Dirigenza Medica-Sanitaria nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale, il Collegio di Direzione ha il compito di individuare le indicazioni per la definizione del fabbisogno. A tale proposito il Collegio di Direzione è stato coinvolto per l'espressione del parere su:

- Definizione del fabbisogno relativo alla direzione della Struttura Complessa di Radioterapia, ai fini dell'incarico di direzione da conferire;
- Definizione del fabbisogno caratterizzante il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, ai fini dell'incarico di direzione da conferire.

Il suddetto Organo 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).

A tale proposito ha espresso parere favorevole sul documento Linee di Indirizzo al budget 2014 e sul percorso di negoziazione di budget per l'anno 2014.

Ha, inoltre, affrontato il tema degli Indicatori clinici e degli Indicatori di ospedalizzazione inseriti nel Programma Nazionale Esiti del Ministero della Salute. (maggior dettaglio capitolo 3).

In particolare sono stati presentati e discussi i dati relativi agli indicatori 2013 del PNE dell'Azienda OU di Parma, nel confronto con le altre Aziende Regionali e Nazionali.

Per ogni indicatore di ospedalizzazione è stato rappresentato l'esito per gli anni 2011/2012/2013 della provincia di Parma, a confronto con le medie nazionali rilevate ogni anno.

Per facilitare la visualizzazione dell'andamento degli indicatori sono stati attribuiti i seguenti codici colore: colore verde corrisponde una performance migliore della media nazionale;

colore blu: performance che non differisce significativamente dalla media nazionale;

colore rosso: performance peggiore della media nazionale.

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale.

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.

A seguito delle direttive pervenute dalla Regione Emilia Romagna e dal Ministero della Salute inerenti l'infezione da Virus Ebola, è stata elaborata una procedura interna contenente le indicazioni operative e le misure di controllo per la malattia da virus ebola. Suddetta procedura è stata approfondita in sede di Collegio di Direzione.

La SSD Governo Clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento ha presentato e condiviso con il Collegio di Direzione il Piano Programma Accreditamento 2015/2016 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

In tema di formazione è stato validato dal Collegio di Direzione il Piano Formativo Aziendale 2014, 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.

Sono stati, inoltre, approvati il Rapporto annuale sulla Formazione 2013, le Linee di Indirizzo alla Formazione 2013-2015, nonché l'analisi del fabbisogno formativo e dossier formativo.



Nella definizione del modello di partecipazione viene riconosciuto un ruolo di primo piano al Collegio di Direzione, organo collegiale dell'Azienda con compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

A tale proposito il CdD è stato coinvolto in merito alla soppressione della Struttura Complessa di Gastroenterologia.

Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, è stato sottoposto al parere del Collegio di Direzione il Progetto di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura (Make in Parma) che comporta un passaggio da una organizzazione per Unità Operative ad una per Piattaforme assistenziali e Percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali.

Al fine di fornire un supporto al personale sanitario coinvolto in suddetta riorganizzazione, si è proceduto alla programmazione di un corso di formazione denominato "Macro progettazione del percorso formativo Make in Parma".

Il CdD, a seguito della nuova riorganizzazione Dipartimentale, ha effettuato la revisione del Gruppo Tecnico aziendale per approfondire il modello organizzativo per intensità di cura.

Sono stati approvati in sede di CdD i Percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, nonché i coordinatori di tali percorsi.

Inoltre, al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla nomina dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento.

Con riferimento all'attività di ricerca e sviluppo dell'innovazione, che rappresenta il punto di collegamento e di trasferimento all'interno dell'Azienda di innovazioni organizzative e di programmi regionali di formazione orientati a coloro che hanno la responsabilità diretta della gestione della tecnologia, su proposta del Collegio di Direzione è stato istituito il nuovo Board della Ricerca e Innovazione, in attuazione delle indicazioni delle delibere di Giunta Regionale n. 1066/2009 e 1495/2010, con il compito sia di vigilare sull'attività di ricerca sia di supportare la funzione propositiva del Collegio stesso, in merito all'attuazione delle seguenti attività:

- predisposizione del Piano Aziendale di Ricerca e Innovazione;
- valorizzazione dei professionisti e sostegno delle attività di ricerca.

E' stato, inoltre, approvato il Regolamento di funzionamento del suddetto Board.

Il Collegio di Direzione rappresenta, inoltre, la sede per la discussione e la valutazione preliminare della rilevanza e dell'impatto nella pratica clinica delle proposte progettuali.

A tale scopo, durante l'anno 2014 sono stati discussi e valutati i progetti di ricerca per la Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori 2013.

Sono stati, inoltre, validati:

- il Piano Aziendale della attività di ricerca Anni 2013/2015;
- la procedura standard di riferimento aziendale SOP:AMM02_C: "Acquisizione di beni e servizi. Quale iter da seguire per l'acquisto di materiale di consumo (kit di reagenti, anticorpi, vetreria, solventi, eccetera) e per l'affidamento di un servizio esterno";
- la procedura standard di riferimento regionale SOP: AMM06: "Gestione del farmaco in sperimentazione. Quale iter da seguire per gestire il farmaco durante una sperimentazione clinica".

Come anzidetto, il Collegio di Direzione ha il compito di individuare le indicazioni per la definizione del fabbisogno caratterizzante il conferimento di incarichi di direzione di Struttura Complessa alla Dirigenza Medica-Sanitaria nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale. A tale proposito è stato coinvolto per l'espressione del parere su:

- Definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa di Neurochirurgia ai fini dell'assegnazione dell'incarico di direzione da conferire;
- Definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa di Chirurgia d'Urgenza ai fini dell'assegnazione dell'incarico di direzione da conferire;
- Definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa Oncologia Medica ai fini dell'assegnazione dell'incarico di direzione da conferire;
- Definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa Urologia ai fini dell'assegnazione dell'incarico di direzione da conferire.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla:

- prosecuzione delle convezioni per attività libero professionale su base extraprovinciale,



- prosecuzione dell'esercizio presso studi professionali privati, in regime di intramoenia allargata per alcuni Professionisti che svolgono prestazioni di odontoiatria-maxillo facciale.

Il Collegio di Direzione ha, inoltre, espresso parere favorevole sui seguenti documenti:

- Regolamento di funzionamento del Collegio di Direzione
- Regolamento aziendale in materia di sponsorizzazione della formazione;
- Regolamento degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici delle ricerche e sperimentazioni cliniche effettuate nelle Strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- Progetto Polo Neurologico Interaziendale;
- Progetto Polo Provinciale Riabilitativo Integrato;
- Piano aziendale di prevenzione della corruzione - Aggiornamento 2015/2017
- Piano straordinario di contenimento dei tempi di attesa.
- Centralizzazione magazzino farmaceutico nell'unità logistica centralizzata di area vasta
- Modifica dell'assetto organizzativo in materia di sicurezza D.Lgs. 81/2008

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Promozione della salute, prevenzione delle malattie

Nel mese di Aprile 2014 l'Azienda ha partecipato alla 22st International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services promossa dalla della rete HPH (Health Promoting Hospital) dell'Organizzazione Mondiale della sanità (WHO) per la promozione di stili di vita sani presentando cinque importanti esperienze aziendali:

Alcohol consumption among health professionals: an action-research in order to promote healthy lifestyles (Consumo di alcol fra gli operatori sanitari: una ricerca-azione per promuovere stili di vita sani).

Promotion of healthy lifestyles and smoking cessation among the Parma University Hospital's professionals (Promozione di stili di vita sani e cessazione del fumo di sigaretta fra i professionisti dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma).

Energy efficiency measures into the University Hospital of Parma (Misure di efficientamento energetico nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)

Falls Prevention in the elderly in the University - Hospital of Parma: phenomenon's monitoring and health literacy of patients and caregivers (Prevenzione delle cadute nell'anziano presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma: monitoraggio del fenomeno ed health literacy di pazienti e caregivers)

From collection to diffusion of good practices of Health Literacy into the University Hospital of Parma (Dalla raccolta alla diffusione delle buone pratiche di Health Literacy presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma).

Risultati raggiunti

L'aggiornamento del Repertorio Aziendale delle Buone Pratiche Aziendali e la loro pubblicazione nel sito Intranet è stato raggiunto.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Le iniziative presentate rappresentano interventi che l'Azienda si impegna a portare avanti nel tempo e, assieme a quelle presentate negli anni precedenti, vanno ad arricchire il repertorio aziendale delle buone pratiche specifiche per la promozione della salute e degli stili di vita sani.



Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

Per l'anno 2014 i principali obiettivi in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro che hanno orientato l'attività del Servizio Prevenzione e Sicurezza sono stati:

- Garantire il governo e il coerente utilizzo delle risorse gestite sulla base delle necessità riscontrate a seguito di indagini condotte per il tramite dei Documenti di Valutazione dei Rischi, in funzione della mitigazione delle esposizioni dei lavoratori
- Stesura del Piano di Emergenza Interno relativo al Padiglione Maternità
- Formazione sul campo sulla movimentazione dei pazienti e sindrome da allettamento, emersa a seguito di problematiche legate alla movimentazione pazienti e corrette posture da assumere
- Formazione dei lavoratori su compiti e responsabilità dei Direttori dell'Esecuzione (DE) nella gestione della sicurezza in Appalto Pubblico
- Stesura del Documento di Valutazione del Rischio per Padiglione Ospedale dei Bambini "Pietro Barilla"

Risultati raggiunti

Garantire il governo e il coerente utilizzo delle risorse gestite sulla base delle necessità riscontrate a seguito di indagini condotte per il tramite dei Documenti di Valutazione dei Rischi, in funzione della mitigazione delle esposizioni dei lavoratori:

come ogni anno in sede di Board investimenti viene assegnato un fondo (fondo per la sicurezza) la cui consistenza per l'anno 2014 è € 100.000,00. Il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A.) al quale è affidata la gestione del fondo, individua le priorità di esecuzione/acquisto di lavori/strumenti che consentano di conseguire, con un coerente utilizzo delle risorse, un accettabile livello di rischio per i lavoratori esposti a seguito di indagini condotte in occasione della stesura dei Documenti di Valutazione dei Rischi o nei casi di singole criticità emergenti.

Stesura del Piano di Emergenza Interno relativo al Padiglione Maternità:

a seguito di numerosi particolari interventi di recupero spazi e trasferimenti di UU.OO. l'edificio Padiglione Maternità è stato oggetto di un'adeguata riprogettazione del lay-out finalizzato alla corretta gestione delle emergenze non cliniche, con conseguente necessità di riformulare le procedure da attuare in caso di emergenza da parte di tutti gli attori che vanno inseriti nel documento di pianificazione (Piano Emergenza Interno). Pertanto, nel febbraio del 2014, è stato trasmesso ufficialmente il Documento Piano Emergenza Interno Pad. Maternità.

Formazione sul campo sulla movimentazione dei pazienti e sindrome da allettamento, emersa a seguito di problematiche legate alla movimentazione pazienti e corrette posture da assumere:

allo scopo di ottemperare agli obblighi previsti dall'Accordo Stato-Regioni sulla formazione dei lavoratori sui temi della sicurezza e sulla base delle risultanze della statistica annuale sugli infortuni redatta dal S.P.P.A., è emersa la necessità di avviare degli specifici progetti formativi denominati "formazione sul campo" per la corretta movimentazione dei pazienti; infatti la fase di movimentazione del paziente risulta la causa più frequente di infortuni sul lavoro registrati in Azienda. Nel progetto sono stati programmati sia incontri teorico-pratici, sia eventi addestrativi applicativi svolti presso gli stessi ambiti lavorativi. Gli istruttori/docenti, presa visione dello stato dell'arte delle tecniche di movimentazione pazienti adottate dal personale incaricato, eseguono di fatto sul posto mirate azioni correttive atte a migliorare sia l'approccio con il paziente che l'esecuzione dei movimenti. Il tutto viene analizzato e discusso in loco con gli stessi operatori. A questa fase ne segue una immediatamente successiva di verifica a breve termine ed un monitoraggio ricognitivo a medio termine dopo qualche mese. Sulla base dei valori di indice MAPO (Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati) calcolati, sono state prese in considerazione le 2 UU.OO. con il valore più elevato (U.O. Clinica e Terapia Medica e U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza). Nell'anno 2014 relativamente alla Medicina d'Urgenza il percorso si è svolto con il seguente calendario: contatto con il Reparto (18 Marzo); fase teorica (8 e 10 Aprile); settimana di addestramento in Reparto (dal 15 al 22 Maggio); verifica a breve termine (4 e 5 Giugno); verifica a medio termine (4 Dicembre).

Formazione dei lavoratori su compiti e responsabilità dei Direttori dell'Esecuzione (DE) nella gestione della sicurezza in Appalto Pubblico:

Come da Accordo Stato-Regioni, che obbliga tutti i lavoratori a seguire un piano formativo sulle tematiche della sicurezza per ambienti di lavoro, il S.P.P.A. ha promosso, nel contesto delle attività formative su rischi specifici (RS), lo svolgimento di un progetto specifico mirato a fornire le corrette



informazioni e indicazioni operative sulle modalità di svolgimento degli incarichi nel contesto ospedaliero riguardanti attività di ambito tecnico. In particolare in data 3 Marzo 2014 si è svolto il corso "Compiti e Responsabilità dei Direttori di Esecuzione (DE) nella Gestione della Sicurezza in Appalto Pubblico".

Stesura del Documento di Valutazione del Rischio per Padiglione Ospedale dei Bambini Pietro Barilla: l'art.17 del D.Lgs. 81/08 prevede l'obbligatorietà della stesura del documento di valutazione dei rischi lavorativi presenti. Nel caso dell'edificio del Nuovo Ospedale dei Bambini, di recente realizzazione, sono state prese in considerazione tutte le attività che sono state trasferite nei nuovi ambiti lavorativi. Le esposizioni dei lavoratori ai rischi presi in considerazione sono state analizzate e classificate con una conseguente assegnazione di priorità di attivazione dei relativi programmi di miglioramento, al fine di mitigare puntualmente le criticità che sono emerse. Nel mese di aprile 2014 è stato formalizzato il relativo Documento di Valutazione dei Rischi e trasmesso il correlato programma interventi di mitigazione.

Interventi realizzati nel corso del 2014

- Proseguimento dell'attività formativa, con estensione del metodo e-learning anche alla parte della somministrazione relativa ai rischi specifici (almeno per i dipendenti la cui attività è annoverabile tra quelle considerate a basso rischio).
- Aggiornamento dei Piani di Emergenza Interni, nei casi di interventi di riqualificazione o di nuova destinazione d'uso assegnata agli ambienti da analizzare.
- Aggiornamento dei Documenti di Valutazione del Rischio, nei casi di interventi di riqualificazione o di nuova destinazione d'uso assegnata agli ambienti da analizzare.

Gestione degli infortuni

A consolidamento delle azioni intraprese in un'ottica di prevenzione del fenomeno infortunistico, per individuare gli aspetti fondamentali atti a definire le dimensioni della problematica e a gestire adeguatamente il rischio, come negli anni precedenti è proseguita l'attività di aggiornamento del data base appositamente creato per la rilevazione degli eventi infortunistici con finalità di statistica descrittiva, che consente di disporre di una serie di informazioni utili alla comprensione del fenomeno e anche all'adozione di azioni correttive.

Dall'analisi dei dati da questo estrapolati in merito agli eventi infortunistici occorsi al personale dipendente per l'anno 2014, si evidenzia un numero di infortuni complessivo pari a n. 372 eventi per un totale di giornate lavorative perse di n. 8633, con un'assenza media di 23,30 giorni. Confrontando il dato con quello relativo all'anno 2013, si rileva un lieve incremento del numero di eventi a fronte di una diminuzione delle giornate lavorative perse.

L'incidenza del fenomeno rispetto al numero complessivo di operatori con rapporto di lavoro subordinato (n. 3786) è pari al 9,82% (numero di infortuni denunciati all'INAIL / N° totale dipendenti * 100).

Rispetto al totale degli infortuni denunciati, l'incidenza di quelli a matrice biologica è pari al 30% circa.

Nel numero di infortuni complessivo registrato (n. 372) sono compresi:

- n. 97 infortuni la cui natura è riconducibile a "eventi a rischio biologico", di cui 70 che non hanno provocato assenza dal lavoro (cioè a 0 gg) e 1 dovuto a ricadute di infortuni precedenti;
- n. 83 infortuni non riconducibili a "infortunio vero e proprio" ma a "ricadute di infortuni precedenti" che hanno comportato 1275 gg di assenza nel 2014. Le giornate perse per 43 ricadute di eventi accaduti nel 2014 sono 628, mentre per 40 eventi accaduti negli anni precedenti fin dal 2004 le giornate lavorative perse sono 647.

Si osserva invece la seguente distribuzione se si analizzano i dati in un'ottica di genere:

- maschi infortunati: 99 infortuni;
- femmine infortunate: 273 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 distribuiscono come segue:



Tabella 17 Distribuzione infortuni in base a genere e età anagrafica

Età	Maschi	Femmine
20-30	13	15
31-40	36	84
41-50	34	105
51-60	15	66
61-65	1	3
Totale	99	273

Analizzando nel dettaglio le modalità di accadimento di infortunio più rilevanti si può osservare quanto segue:

Tabella 18 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2014

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Algie	8	181
Contaminato	36	64
Contusione	81	1980
Distorsione	65	1592
Ferita	14	94
Ferita da tagliente	6	11
Frattura	30	2045
Imprecisato	2	20
Infezione	1	5
Lesione da sforzo	75	2498
Sciatalgia	1	7
Si è punto con Ago	49	131
Trauma Cranico	4	5
Totale	372	8633

L'evento infortunistico appare legato sostanzialmente a:

- Spostando /Sollevando: azioni di spostamento - sollevamento pazienti e materiali / beni di consumo / arredi (Rischio da movimentazione)
- In Itinere: spostamenti da e per il lavoro
- Caduto in piano: cadute accidentali durante il transito o il trasporto di oggetti o persone
- Urto contro: (contatto violento contro attrezzature o mobili posizionati non correttamente o in luoghi non idonei)
- Scivolando: su pavimenti, scale (comprensivo di marciapiedi rampe di accesso in itinere)
- Piede in fallo: mal posizionamento dovuto a scarsa stabilità della postura
- Colpito da: trattasi generalmente di aggressioni da parte di pazienti e contusioni con/contro oggetti, attrezzature
- Si schiacciava: operatore schiacciato da oggetti, letti, carrelli, attrezzature di lavoro in generale
- Si è punto con ...: contatto accidentale con taglienti (evento a rischio biologico)

Dai dati sopra indicati si evidenzia che le circostanze che hanno determinato il maggior numero di giornate perse nel 2014 sono, come peraltro già sottolineato negli anni precedenti, prevalentemente dovute a fenomeni legati alla movimentazione. Si deve constatare che il dato relativo alle lesioni da sforzo rimane quello più critico, anche se si riscontra una leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti per quanto riguarda il numero degli eventi.

In particolare, la parte del corpo maggiormente colpita risulta essere la seguente:

Tabella 19 Parte del corpo maggiormente colpita dall'evento infortunistico

Sede	Eventi	Giorni
Arto Inferiore	69	1902
Arto Superiore	60	1949
Bacino – Addome	7	257
Capo (faccia - testa)	22	322
Collo	18	261
Cute	51	120



Sede	Eventi	Giorni
Occhi	24	28
Plurima	39	1381
Torace - Tronco – Colonna	82	2413
Totale	372	8633

Anche per l'anno 2014 si evidenzia che le categorie di lavoratori maggiormente interessate dal fenomeno infortunistico appartengono a quelle più numerose all'interno dell'Azienda e anche più esposte al rischio infortunistico: si tratta infatti principalmente di personale addetto all'assistenza alla luce delle specifiche mansioni svolte.

Tabella 20 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per profilo professionale

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
DIRETTORE - DIRIG. MED.-CHIR. PEDIATRICA	1	5
DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	1	26
DIRIG.MED.-MED. E CHIR. ACC. E URGENZA	1	9
DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	1	0
DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	1	32
DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	1	0
DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	2	12
DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GENERALE	1	35
DIRIG.MED.-CHIR. PLASTICA E RICOSTR.	1	0
DIRIGENTE MEDICO-NEUROCHIRURGIA	1	0
DIRETTORE - DIRIG. BIOLOGO-EPIDEMIOLOGIA	1	21
CAT.DS-COLLAB. PROF.SANIT.ESP.-CAPOSALA	4	67
D- COLL.PROF.SAN. INFERM. ccnl 20.09.01	149	2607
CAT.D COLL.PROF.SAN.OSTETR. ccnl 20.9.01	3	58
CAT. C - PUERICULTRICE ESPERTA	2	105
D-COL.PROF.SAN.T.S.LAB.BIOM ccnl 20.9.01	11	54
D-COLL.PROF.S.T.SAN.RADIOL. ccnl 20.9.01	5	34
CAT.DS-COLL.PROF.SAN.ESP.-FISIOTERAPISTA	1	31
CAT.D COLL.P.S.TEC. AUDIOM.ccnl 20.9.01	1	7
CAT.D COLL.P.S. FISIOTER.ccnl 20.9.01	2	21
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	1	5
CAT.C-ASS. TECNICO CENTR.FUNZ.PRT.CUST.	0	176
CAT.C-ASS. TECNICO DI CUCINA	4	70
CAT.C-ASS. TECNICO DI FARMACIA	1	110
CAT.C-ASS. TECNICO ELETTRICISTA	1	3
CAT. C-ASS. TECNICO AUTISTA	1	7
CAT.C-ASS. TECNICO ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	38
CAT.B-SUP.OPERATORE SOCIO SANITARIO	134	4073
CAT. BS OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	1	105
CAT. B OPER. TECN. ADD. ALL'ACCOGLIENZA	2	14
CAT. B OP. TECN. ADD. ALLE ATT. ALBERGH.	1	23
CAT. B OPERAT. TECN. ARCHIVISTA	3	55
CAT. B OPER. TECN. NECROFORO-NECROSCOPO	3	111
CAT. B OPERAT. TECN. PREPARATORE DI LAB.	1	10
CAT. B OP.TECN.AUSILIARIO SPECIALIZZATO	12	324
CAT. A AUSILIARIO SPECIALIZ.	9	250
CAT. C ASSIST. AMMINISTR.	6	135
TOTALE	372	8633

Nella tabella che segue si rappresenta invece come gli eventi infortunistici si distribuiscono all'interno dei Dipartimenti dell'Azienda.



Tabella 21 Distribuzione eventi infortunistici nei Dipartimenti

Dipartimento	N. Eventi	Giorni
EMERGENZA-URGENZA e AREA MEDICA GENERALE e SPECIALISTICA	131	2498
DIAGNOSTICO	34	636
CHIRURGICO GENERALE e SPECIALISTICO	99	2284
MEDICO GERIATRICO E RIABILITATIVO	36	974
MATERNO-INFANTILE	36	1123
DIREZIONE	32	1011
TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	1	45
TOTALE	372	8633

A seguito di una riorganizzazione interna che ha determinato una riduzione dei Dipartimenti ad attività integrata da 12 a 5, più la Direzione e il Dipartimento Tecnico, alcune attività e relative unità operative sono state accorpate. Risulta pertanto impossibile per quest'anno il confronto dei dati con l'andamento degli anni precedenti.

Sulla base degli ambiti lavorativi (UU.OO.) nei quali gli eventi si sono verificati, la tabella successiva riporta i dati acquisiti, con maggiore attenzione a quelli che registrano un più elevato numero di eventi associato ad un elevato corrispondente numero di giornate lavorative perse.

Tabella 22 Giornate lavorative perse per unità operativa

Unità Operative	giornate perse	N°operatori	Eventi
PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE	363	129	24
DEGENZA CARDIOCHIRURGIA	350	34	10
PRONTO SOCCORSO MEDICINA D'URGENZA	322	36	7
NEONATOLOGIA DEGENZA TERAPIA INTENSIVA	294	59	6
MICROBIOLOGIA COSTI COMUNI	269	48	5
COMPARTO OPERATORIO COMUNE ORTOPEDIA	267	32	4
CARDIOLOGIA TORRE DELLE MEDICINE DEGENZA	226	19	7
DEGENZA PIANO TERRA	222	45	10
CL. E IMMUNOLOGIA MEDICA DEGENZA SEZIONE ACUTI	210	56	9
CL E TERAPIA MEDICA; DEGENZA	202	38	8
CL. E IMMUNOLOGIA MEDICA DEGENZA	199	25	9
MEDICINA INTERNA DEGENZA	191	36	9
LUNGODEGENZA POST ACUZIE	189	13	4

Quanto sopra esposto ci porta a considerare che la movimentazione continua ad essere una delle fonti di rischio che genera infortuni significativi. Durante l'anno 2014 il SPPA, in collaborazione con il Dipartimento Geriatrico Riabilitativo, ha continuato a sviluppare un percorso formativo, già iniziato nel 2013 con la U.O Clinica e Terapia Medica, presso il reparto di Medicina d'urgenza - degenza, nel quale la valutazione del Rischio da movimentazione si palesava rilevante.

Nell'ambito di tale progetto, con un approccio diverso dal modello standard di formazione identificato come "addestramento sul campo", sono stati effettuati incontri con il personale caratterizzati da proposte teorico-pratiche in aula/palestra, seguite da un affiancamento intensivo in loco con attività di assistenza e dimostrazione di fatto sulle tecniche di ottimizzazione delle posture da assumere nel corso dell'intera giornata lavorativa.

A seguito dell'addestramento si è condotta una verifica sul campo durante la quale si sono raccolte le impressioni dei lavoratori ed i suggerimenti rispetto al percorso fatto; si sono registrate espressioni di apprezzamento e di soddisfazione per il lavoro svolto. Si è poi fornita agli operatori una brochure da



distribuire in reparto sia agli stessi operatori che ai familiari dei degenti in cui si insiste sull'importanza e sulle modalità di applicazione dei metodi per una corretta movimentazione.

Inoltre i Fisioterapisti frequentano costantemente il reparto, mettendosi a disposizione degli operatori allo scopo di individuare i correttivi più idonei alle abituali modalità di movimentazione adottate, e questo non solo per evitare sovraccarico ai lavoratori, ma anche per agevolare la movimentazione dei pazienti e ridurre al massimo le sindromi da allettamento.

Si intende procedere con questo tipo di attività formativa dando la priorità alle UU.OO. che presentano nella VDR maggiori criticità rispetto al rischio da movimentazione.

Contemporaneamente alla formazione, l'Azienda ha continuato la fase di sostituzione dei letti presenti con letti ergonomici di tipo elettrico e dei sollevatori obsoleti o mancanti a seguito di un programma triennale di priorità (a tutt'oggi in corso di completamento), stabilito dopo la stesura della valutazione del rischio e del relativo monitoraggio per il fabbisogno da integrare o sostituire.

Nei casi di nuovi insediamenti come per esempio per il Nuovo Ospedale dei Bambini, si sono modificate delle procedure di lavoro in funzione del miglior utilizzo di spazi lavorativi completamente nuovi e di nuove attrezzature di lavoro, per concorrere a mitigare il rischio che si poteva ingenerare a causa di una diversa organizzazione assistenziale.

Nel corso dell'anno 2014 si è altresì dato seguito al progetto indirizzato alla tutela dei lavoratori contro le aggressioni in ambito lavorativo.

Il gruppo di lavoro che è stato costituito ha continuato a monitorare gli accadimenti occorsi con la collaborazione delle professionalità coinvolte. Inoltre si è realizzato un seminario formativo di approfondimento e sensibilizzazione del fenomeno, rivolto a tutti gli operatori, a cui ha fatto seguito una formazione più specifica indirizzata ad un numero limitato di operatori che sono risultati essere più esposti.

Sono stati inoltre affrontati temi formativi riguardanti l'esposizione al rischio chimico e le modalità di operare in sicurezza con l'ausilio di idonei dispositivi di protezione, sia individuali che collettivi (cappe), al fine di mitigare esposizioni a sostanze chimiche pericolose.

I dati infortunistici del 2014 riguardano 8 eventi per 142 gg di assenza, che rappresenta un andamento in linea con i dati nazionali per il settore Sanità. Fra gli operatori, le categorie più esposte sono sempre quelle appartenenti alle aree dell'Emergenza Urgenza e della Geriatria, anche se si riscontrano episodi singoli registrati in altri reparti. A causare tali eventi sono per lo più i pazienti, meno numerosi gli eventi generati dai familiari; non si registrano infortuni generati fra operatore e operatore. Si dovrà fare in modo che gli operatori possano continuare a denunciare questi episodi e soprattutto le dinamiche di accadimento anche quando rappresentano near missing, per poterne meglio interpretare le dinamiche e portare le opportune correzioni.

In conclusione, nonostante il confronto statistico con gli anni precedenti evidenzia un lieve aumento numerico degli infortuni, le giornate lavorative perse sono diminuite anche a seguito di una più puntuale rilevazione degli infortuni.

Nel computo totale degli infortuni sono compresi 62 infortuni che non hanno comportato l'abbandono del lavoro o per lo meno solo per il tempo necessario alla loro denuncia, il che significa che probabilmente i lavoratori anche a seguito delle informazioni acquisite in occasione dei corsi di formazione sui rischi generali svolti, si recano tempestivamente a denunciare l'evento anche nei casi non gravi ma soprattutto nei casi di infortunio a rischio biologico. Questa modalità di comportamento, apparentemente sembra aggravare il fenomeno infortunistico aumentando il numero di infortuni; in realtà consente di adottare tempestivamente e quindi efficacemente i sistemi di prevenzione necessari ad evitare conseguenze dannose per l'operatore.

Poiché dagli infortuni occorsi possono emergere delle criticità di vario genere, quando questi sono prontamente rilevati, forniscono un contributo importante finalizzato a correggere comportamenti errati e di conseguenza prevengono ulteriori più gravi accadimenti, tenendo conto che ulteriori miglioramenti nella gestione del fenomeno infortunistico possono derivare dai processi di sensibilizzazione e informazione/formazione del personale.

A tal proposito va ricordato che l'estensione del ruolo di Dirigente per la sicurezza alle figure di Direttore di Unità Operativa Complessa e Responsabili di Struttura Semplice 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), ha aumentato la sensibilità alle tematiche della sicurezza. E' solo il caso di precisare che, nonostante l'elevato numero di lavoratori ospedalieri, è in fase di completamento la somministrazione del progetto formativo sulla parte generale dei rischi lavorativi e programmata l'attività sui corsi a Rischio Specifico a completamento del fabbisogno individuale di legge.



Per tutte queste ragioni è lecito prospettare un quadro di ulteriore abbassamento dei fenomeni infortunistici negli anni a seguire, auspicando un'ancora più attenta risposta da parte di tutti gli operatori alle indicazioni suggerite dal Datore di Lavoro attraverso il SPPA ed in collaborazione con i Medici Competenti.

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 complessità dei bisogni di salute richiede inoltre una presa in carico globale del cittadino, realizzabile attraverso interventi multiprofessionali sia nelle fasi decisionali che di realizzazione dei processi di cura. I bisogni assistenziali che emergono dal progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle patologie croniche, devono trovare risposte attraverso l'integrazione tra le cure ospedaliere e la presa in carico territoriale al fine di migliorare la continuità delle cure e la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi.

L'atto aziendale definisce il ruolo e gli obiettivi della Direzione del servizio Assistenziale "La Direzione del Servizio Assistenziale concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico-organizzativa del processo assistenziale nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione. Ha la responsabilità del governo clinico assistenziale, nell'ambito dei progetti di assistenza orientati al singolo e alla collettività, per le aree delle professioni direttamente gestite. Ha quale finalità prevalente quella di assicurare lo sviluppo dei processi assistenziali e l'integrazione multiprofessionale, coerentemente con le strategie aziendali e sulla base delle definizioni individuate dalle norme istitutive dei relativi ordini professionali, nonché degli specifici codici deontologici"

La scelta della Direzione del Servizio Assistenziale 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 per meglio rispondere ai bisogni del cittadino. 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.

Lungodegenza Integrata a Direzione Infermieristica

La Lungodegenza Integrata a Dirigenza Infermieristica (LIDI), nata nel 2010 nel contesto dell'UO di Medicina Interna e Lungodegenza Critica del Dipartimento Geriatrico Riabilitativo, si occupa di pazienti che, hanno superato la fase di acuzia della malattia ma che necessitano della prosecuzione delle cure e di assistenza infermieristica qualificata e di elevata intensità. L'utenza è prevalentemente composta da pazienti anziani fragili che esprimono bisogni di tipo socio assistenziale oltre che sanitario. La presa in carico del paziente avviene attraverso progetti personalizzati che hanno la finalità di accrescere, se possibile, l'autonomia del paziente, anche attraverso programmi di riabilitazione, e di pianificare la dimissione. Il modello assistenziale adottato è caratterizzato da una forte connotazione multiprofessionale (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali) e dalla presenza della figura dell'Infermiere Case Manager per meglio rispondere ai molteplici bisogni del paziente. L'obiettivo della dimissione del paziente nel rispetto della L'integrazione con il territorio La dimissione del paziente Il percorso di del paziente cura è caratterizzato dall'obiettivo di ricerca di con i professionisti del territorio. L'infermiere case manager al fine che consente una metodologia di lavoro utilizzata per le cure dei pazienti percorso di dimissione del paziente

La dimissione del paziente e la continuità delle cure in ambito domiciliare sono gli obiettivi del percorso di cura che si realizzano grazie alla forte integrazione con i servizi territoriali. L'esperienza maturata e la collaborazione costruita con i professionisti del territorio permette di individuare la modalità di dimissione più appropriata in base alle condizioni del paziente, al contesto familiare e al tipo di risposte e risorse disponibili.



Il PICC Team nell'AOU-PR

L'istituzione di una "PICC Team" (Peripherally Inserted Central Catheters) viene promossa nel 2009 da un gruppo di professionisti del Dipartimento Chirurgico con l'obiettivo migliorare la qualità delle cure del paziente che necessita di un accesso vascolare per la somministrazione di terapia infusiva. La letteratura scientifica di riferimento definisce infatti come l'utilizzo di questa tipologia di cateteri venosi rappresenti una valida alternativa ai CVC (Cateteri Venosi Centrali) tradizionalmente utilizzati. I vantaggi sono essenzialmente rappresentati da un minor numero di complicanze legate all'inserzione del catetere, minor rischio di infezioni correlate al suo utilizzo, minor rischio di trombosi venosa centrale. Per sede di applicazione (braccio) risulta inoltre più tollerabile al paziente. L'evidenza che i vantaggi descritti in letteratura si traducevano in concreti benefici per i pazienti sottoposti all'impianto ha permesso la diffusione dell'applicazione del dispositivo.

	Impianti Effettuati
2010	215
2011	456
2012	514
2013	664
2014	775

Circa un terzo delle applicazioni sono effettuate in ambiente oncologico o di lungodegenza e riguardano pazienti affetti da patologie croniche favorendo la dimissibilità del paziente che può proseguire la terapia infusiva al proprio domicilio o in ambiente di residenza assistita. Nel corso del 2013 particolare attenzione è stata rivolta al paziente affetto da fibrosi cistica, adulto e in età pediatrica, in linea con l'obiettivo definito dalle due aziende sanitarie provinciali, di formulare un percorso interaziendale che permetta la deospedalizzazione attraverso la gestione di trattamenti antibiotici iniettivi a domicilio. La collaborazione tra le due aziende si è consolidata nel corso del 2014 attraverso l'integrazione tra l'infermiere del PICC Team dell'AOU e l'infermiere dell'USL. L'integrazione ha permesso la trasmissione di abilità e competenze tra i professionisti, la condivisione di procedure tra le due aziende e la diffusione del dispositivo a favore del paziente assistito al domicilio fornendo l'intervento più appropriato in base alle condizioni del paziente e del contesto familiare.

Osservatorio Aziendale Ulcere cutanee e Ambulatorio Vulnologico

L'Osservatorio per il monitoraggio delle Ulcere Cutanee, nato nel 2006, svolge attività legata alla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito (Ldd) attraverso:

organizzazione di percorsi formativi d'aula e formazione sul campo, modalità particolarmente gradita al personale che può immediatamente sperimentare i risultati delle conoscenze acquisite per la trasmissione delle conoscenze relative alla prevenzione delle lesioni: valutazione del rischio, utilizzo scale di riferimento, mobilitazione del paziente, aspetti nutrizionali del paziente a rischio, gestione appropriata dei presidi antidecubito

attività di consulenza indirizzata al degente, in regime ordinario o di Day Hospital, e al paziente dimesso in trattamento di post-ricovero o ambulatoriale. L'attività di consulenza rappresenta un momento focale dell'attività dell'osservatorio in riferimento sia alla formazione sul campo, che viene realizzata in concomitanza alla consulenza, sia per la ricchezza delle informazioni che vengono raccolte direttamente nelle Unità Operative di degenza. Essa prevede la valutazione del paziente con ulcera e l'indicazione della medicazione più idonea e rappresenta un importante momento di integrazione delle conoscenze ed abilità dei professionisti. Tutte le informazioni sulle attività svolte vengono trasmesse, attraverso la compilazione di strumenti appositamente individuati, ai professionisti che seguono il paziente sia in ambito ospedaliero che domiciliare

attività di consulenza per l'appropriatezza dell'uso delle superfici antidecubito con interventi formativi diretti nelle UU.OO. che vertono sugli aspetti clinici e gestionali

monitoraggio relativo all'insorgenza di Ldd effettuato mediante la predisposizione di Audit clinici e di indagini di prevalenza che consentono di acquisire informazioni quantitative (numero di lesioni rilevate in quella giornata/prevalenza) qualitative (stili e comportamenti degli operatori) e finanziarie (costi e tempi dell'assistenza, costi delle medicazioni etc.) necessarie a organizzare interventi efficaci ed appropriati

L'Ambulatorio Vulnologico a gestione prevalentemente infermieristica, istituito nel 2010, rappresenta una importante tappa nel percorso di cura del paziente affetto da ulcere cutanee croniche a difficile e lenta risoluzione. Gli obiettivi che l'attività ambulatoriale si pone riguardano essenzialmente la corretta presa in carico del paziente ricoverato con ulcera cronica attraverso la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, la



cura di pazienti con ulcere croniche provenienti da servizi ambulatoriali, Day Hospital e da distretti e servizi territoriali integrandosi con le cure prestate al domicilio dall'équipe territoriale.

Nell'Ambulatorio Vulnologico le funzioni dell'infermiere esperto in wound care possono essere così riassunte:

svolgere una corretta diagnosi avvalendosi, se necessario, della consulenza di altri esperti professionisti (internista, geriatra, chirurgo plastico, vascolare, dermatologo, infettivologo, diabetologo, nutrizionista, psicologo)

valutare e scegliere la medicazione ideale

prevenire recidive ulcerative mediante una costante attività di educazione sanitaria verso i pazienti e i care givers al fine di prevenire recidive ulcerative

partecipare alla definizione del percorso di dimissione individuando tra le diverse opportunità di cura ospedaliere e territoriali quella più idonea a garantire la continuità delle cure

La rete costituita con gli infermieri delle cure domiciliari e con i medici di medicina generale si è consolidata nel tempo facilitando la gestione domiciliare di pazienti complessi limitando il ricorso all'ospedalizzazione. Utile a tal fine la possibilità di accesso dal territorio all'Ambulatorio Vulnologico dove viene garantita la consulenza del team di esperti.

La consulenza infermieristica per il paziente diabetico

L'attività di consulenza infermieristica offerta dagli infermieri esperti verso i colleghi delle Unità Operative ha l'obiettivo di uniformare le cure del paziente diabetico secondo principi di buona pratica. La consulenza è inoltre indirizzata alla realizzazione del percorso educativo del paziente e del care giver con l'obiettivo di rendere autonomo il paziente nella gestione dei trattamenti e delle prescrizioni. L'attivazione della consulenza avviene da parte dell'infermiere dell'UO per tutti i pazienti che iniziano il trattamento con insulina, l'intervento del consulente viene 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. L'attività educativa inizia durante il ricovero del paziente prosegue dopo la dimissione affrontando temi relativi alla conoscenza della malattia e alle prevenzione delle sue complicanze. 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. L'infermiere esperto si relaziona con la rete territoriale per garantire la prosecuzione del percorso e, individuata la struttura che prenderà in carico il paziente, assicura la programmazione della prima visita.

Le cure infermieristiche dedicate al paziente diabetico si avvalgono inoltre della consulenza dell'infermiere esperto nella cura del piede diabetico al fine del trasferimento nella pratica delle migliori conoscenze scientifiche in tema di prevenzione e cura affrontando temi di carattere tecnico-pratico sulla somministrazione della terapia, e aspetti legati allo stile di vita.

Consulenza infermieristica per l'assistenza al paziente in nutrizione artificiale

La consulenza infermieristica si realizza in ambito ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale e attraverso contatti telefonici. La molteplicità degli approcci ha scopo di garantire una risposta tempestiva e competente agli infermieri che necessitano dell'intervento del collega esperto per garantire una risposta assistenziale idonea ai bisogni del paziente. Il Centro di Nutrizione Artificiale fornisce un supporto specialistico ai professionisti delle Unità Operative che assistono pazienti sottoposti a nutrizione artificiale, per via entrale o parenterale, approfondendo argomenti legati alla gestione della nutrizione, alla prevenzione delle complicanze e favorendo la diffusione e l'adozione di procedure basate sulle evidenze scientifiche. Gli interventi sono indirizzati prevalentemente agli infermieri ma si rivolgono anche all'utente e ai care-giver per favorire lo sviluppo dell'autonomia nella gestione della nutrizione artificiale. Il consulente infermiere interviene nel percorso di dimissione del paziente per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e si integra con il servizio territoriale che prende in carico il paziente al domicilio. L'attività di integrazione con il Centro nutrizionale dell'azienda territoriale ha previsto la strutturazione di protocolli condivisi e di percorsi appropriati nel rispetto dell'individualità del paziente, del contesto familiare, dell'età e delle condizioni di salute.

L'Infermiere nel percorso di donazione e trapianto di organi



La gestione del processo di donazione e trapianto di rene e rene-pancreas ha richiesto una forte integrazione delle Unità Operative di Nefrologia Trapianti e Clinica Chirurgia e Trapianti d'Organo favorendo, nel contempo, lo sviluppo e l'acquisizione di competenze distintive dei professionisti. Gli infermieri, anche attraverso percorsi accademici, hanno acquisito conoscenze, competenze ed abilità tecnico-relazionali utili per pianificare, gestire e valutare il processo assistenziale legato alla donazione e al trapianto di organi. L'attribuzione all'infermiere di funzioni specifiche nella gestione della Lista Trapianti e nella gestione del percorso di donazione da vivente e da cadavere ha permesso la valorizzazione delle competenze distintive apprese attraverso la formazione e contribuito al miglioramento dei percorsi assistenziali di inserimento in lista d'attesa per trapianto e dei processi operativi legati alla rete trapiantologica regionale e nazionale. L'infermiere esperto è stato inserito nell'equipe multiprofessionale. Partecipando attivamente alle procedure di individuazione, selezione e mantenimento dei donatori e all'elaborazione dei percorsi assistenziali pre e post-trapianto promuove, in collaborazione con nefrologo, chirurgo, genetista e lo psicologo l'educazione terapeutica della persona assistita e della sua famiglia migliorando la presa in carico globale dell'assistito. Particolarmente intensa l'attività dedicata alla donazione e al trapianto da donatore vivente: nel corso del 2014 sono state valutate 21 coppie, 5 sono stati i trapianti realizzati

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

La retribuzione di risultato per il personale dirigente è basata su principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e in ambito aziendale è strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture Organizzative Aziendali, prefissati e concordati con i Direttori dei Dipartimenti in sede di negoziazione di budget per l'anno 2014.

Per l'anno 2014 non è stato modificato l'impianto generale della retribuzione di risultato già delineato nei precedenti accordi aziendali, ribadendo i seguenti criteri generali:

- definizione di un sistema premiante collegato al raggiungimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni aziendali (dipartimenti/Strutture complesse e semplici) secondo i risultati prefissati in occasione della negoziazione di budget 2014;
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica ;
- valutazione dei direttori/responsabili delle strutture complesse e semplici sulle modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività sottoelencate e riportate nelle schede di budget 2014:

Produzione e costi

Standard di servizio – Pianificazione della durata di degenza

Qualità – Appropriatezza

Altri obiettivi – Azioni in ambito ICT

Costituiscono altresì obiettivi individuali dei Direttori di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale, le modalità adottate nel processo di assegnazione degli obiettivi e l'invio delle evidenze necessarie alla Direzione Aziendale nonché la verifica dell'andamento e conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget e oggetto di incentivazione al Direttore di Dipartimento.



Per i Direttori di Dipartimento costituisce obiettivo individuale la verifica del conseguimento degli obiettivi negoziati dalle Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali tramite l'invio alla Direzione Aziendale della relazione annuale.

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 équipe tra la Direzione Strategica Aziendale e i Direttori di Dipartimento. Successivamente i Direttori di Dipartimento e a scendere i Direttori di Struttura complessa e di struttura semplice, attraverso appositi incontri interni, attribuiscono gli obiettivi a tutti i dirigenti di afferenza.

La 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 équipe assegnati alle articolazioni /strutture di riferimento e per i Direttori di Dipartimento e di struttura Complessa e Semplice Dipartimentale relativamente agli obiettivi individuali come più sopra declinati.

In seconda istanza, l'organismo preposto, sulla base delle indicazioni regionali che perverranno in materia a seguito della costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del SSN di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1520 del 11.09.2014, verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di avvalorarne l'esito definitivo.

In caso di parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi di équipe definiti in sede di budget e correlati alla retribuzione incentivante, l'abbattimento della retribuzione di risultato risulta

- 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:

- tipologie degli incarichi dirigenziali previsti nell'assetto organizzativo aziendale in connessione con un coefficiente definito per ogni tipologia di incarico
- grado di raggiungimento degli obiettivi complessivi di équipe verificato a seguito del processo valutativo

Per i Direttori di Struttura Complessa e Semplice, il mancato raggiungimento dell'obiettivo individuale inerente la realizzazione del processo "a cascata" di assegnazione e comunicazione degli obiettivi nelle singole strutture, comporta un abbattimento individuale della retribuzione di risultato in misura pari al 10% della quota individuale spettante.

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'équipe 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).

I criteri generali sopra declinati vengono estesi ai Professori e Ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda in applicazione degli artt. 5 e 6 del D. Lgs. 517/99.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto

L'accordo sindacale sottoscritto riguarda la sessione annuale di contrattazione integrativa relativamente all'istituto della produttività, formalizzando il sistema di incentivazione per l'anno 2014 e contestualmente quantificando le risorse messe a disposizione per il sistema per il medesimo anno.



Con tale accordo le parti, in relazione alla già concordata finalizzazione delle risorse economiche tra i vari istituti contrattuali di cui all'accordo aziendale sottoscritto il 04.11.2014, hanno confermato la quantificazione delle risorse messe a disposizione del sistema per il medesimo esercizio nonché per quanto concerne le modalità di gestione del premio di produzione, 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 2014 è così strutturato:

- o da parte della Direzione Strategica Aziendale per tutti gli operatori del Comparto circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni di riferimento;
- o in seconda istanza sulla base delle indicazioni regionali relative alla costituzione e al funzionamento dell'Organismo di valutazione per gli enti e le Aziende del SSR di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1520 del 11.09.2014.

Il complessivo premio di produzione, correlato al raggiungimento degli obiettivi, è :

- o parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento se conseguiti fino all'89%;
- o totale se conseguiti tra 90% e 100%.

All'interno del fondo, le risorse sono destinate, oltre alla remunerazione del premio di produzione come sopra delineato, al finanziamento di ulteriori misure premianti correlate ad attività progettuali, come di seguito dettagliate.

Progetto Sviluppo delle attività assistenziali ed amministrative in relazione alla riorganizzazione dei Dipartimenti ad attività integrata

Con l'intesa sottoscritta in data 20.06.2014, recepita con deliberazione n. 181 del 26.06.2014, in connessione all'avvio del processo di riorganizzazione aziendale ed in considerazione della necessità di ridefinire i percorsi organizzativi, le procedure amministrative ed i processi di integrazione tra i professionisti che afferiscono ai nuovi Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) individuati nel nuovo assetto nonché ai Servizi di supporto e staff, sono state individuate misure premianti per tutto il personale dell'Area Comparto dirette al raggiungimento dell'obiettivo di consolidamento e sviluppo dei cinque DAI individuati, attraverso interventi concomitanti su diverse aree (amministrativa, gestionale, organizzativa, sviluppo delle competenze e formazione).

I risultati attesi da tale progetto riguardano:

- o il miglioramento dell'integrazione tra i vari ambiti aziendali;
- o la diffusione delle conoscenze (sapere) con miglioramento delle expertises;
- o il miglioramento della interazione tra le diverse variabili interne dell'Azienda, quali la struttura organizzativa, i processi, l'organizzazione del personale, i meccanismi operativi, le procedure amministrative.

Il progetto nei suoi elementi essenziali è declinato nell'ambito dell'accordo sul sistema di produttività per l'anno 2014, che destina a tale fine l'importo di 500.000,00 e prevede una durata dal 01.07.2014 al 31.12.2014.

L'accesso al premio, che come sopra illustrato riguarda tutto il personale del comparto (sia tempi indeterminati che determinati, comandi in entrata e assegnazioni temporanee in entrata compresi nuovi assunti secondo le regole previste per la corresponsione del premio produttività ricorrente), è correlato al raggiungimento degli obiettivi del progetto ed è parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento se conseguiti fino al 89% o totale se conseguiti tra il 90% e 100%.

Le quote incentivanti sono definite secondo punti differenziati in relazione alla categoria di inquadramento e saranno:

- o erogate a consuntivo previa verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi del progetto;
- o rapportate al grado di raggiungimento del progetto;
- o rapportate alla durata del rapporto di lavoro con l'azienda nel periodo di riferimento e alla percentuale di rapporto di lavoro con l'Azienda nel periodo di riferimento e alla percentuale di rapporto di lavoro a part time;
- o correlate ai giorni di effettiva presenza nel periodo di riferimento, tra i quali sono ricompresi ferie, aggiornamento professionale, missioni, recupero ore/riposi compensativi/riposi settimanali/festivi infrasettimanali e permessi sindacali.

La suddivisione del fondo, in applicazione dei criteri di cui sopra, è avvenuta in modo tale da procedere alla completa distribuzione della somma a disposizione fra gli operatori aventi titolo.



4.6 Formazione

I dati di attività

L'anno 2014 per quanto riguarda la Formazione è stato caratterizzato da un costante aumento dell'offerta formativa promossa all'interno dell'Azienda. Nello specifico, si assiste all'incremento della formazione erogata dai servizi trasversali, con particolare riferimento alla formazione obbligatoria (a titolo esemplificativo, citiamo i corsi in materia di sicurezza sui rischi generali e sui rischi specifici, corsi sulla sicurezza per lavoratori, la formazione relativa gli adempimenti per la prevenzione della corruzione). Contestualmente, i servizi trasversali sono stati impegnati nella realizzazione di importanti percorsi formativi a supporto dei lavoratori, quale per esempio la prevenzione dello stress-lavoro correlato, ed a supporto dei importanti cambiamenti organizzativi - gestionali intercorsi in Azienda (percorsi di formazione per la gestione del cambiamento e percorsi riguardanti i PDTA aziendali). Inoltre, ha avuto un forte sviluppo la formazione relativa al soccorso in emergenza ed urgenza extra- e intra-ospedaliero ed alla rianimazione cardio-polmonare.

Si sottolinea che tale impegno formativo ha coinciso anche con un incremento dell'attività formativa rivolta anche al personale senza obbligo ECM (personale tecnico ed amministrativo). Un altro aspetto degno di nota che ha caratterizzato l'attività formativa del 2014, è stato il ricorso sempre più significativo alle attività di formazione sul campo (+28,95% rispetto al 2013), in particolare ai gruppi di miglioramento e alle attività di addestramento, sia a livello dipartimentale che trasversale. Tale tipologia di formazione è stata privilegiata nel raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali specialmente in riferimento alla costruzione di percorsi clinici organizzativi e all'apprendimento di nuove tecniche professionali.

La lettura dei dati relativi all'anno 2014 va inserita quindi nelle premesse sopra esposte. Infatti, il numero di eventi formativi erogati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono notevolmente aumentati rispetto l'anno precedente(+26,54%).

Le iniziative complessivamente realizzate sono state 825, di cui 639 eventi residenziali (formazione residenziale e formazione residenziale interattiva, corsi tecnico-pratici, organizzativo gestionali, convegni, seminari) e 152 eventi di formazione sul campo.

Inoltre, l'Azienda ha svolto le funzioni di solo Provider ECM per le istituzioni esterne convenzionate quali l'Ordine dei Medici e Chirurghi della provincia di Parma e l'IPASVI di Parma e per le Associazioni no-profit per un totale di 35 iniziative.

Tabella 23 Numero e tipologia di eventi formativi realizzati nel 2014 messi a confronto con l'attività svolta nel 2013

	Anno 2013	Anno 2014	%
RES	454	639	+ 26,54%
FSC	152	186	+ 28,95%
	606	825	+ 26,54%

L'aumento delle iniziative formative realizzate ha coinciso con l'incremento delle ore di formazione interna erogate (+37,93% rispetto al 2013).

Il numero complessivo delle ore di formazione nel 2014 si afferma intorno alle 128.746, di cui n. 118.951 di aggiornamento interno e n. 9.795 ore di aggiornamento presso strutture esterne all'Azienda, come indicato nella tabella sotto riportata.

Tabella 24 Ore di formazione erogata nel 2014, ripartite fra formazione all'interno e formazione all'estero

Ore di formazione	Anno 2013	Anno 2014
FORMAZIONE INTERNA	73.828	118.951
FORMAZIONE ESTERNA	21.979	9.795
TOTALE	95.807	128.746

Rispetto all'anno precedente, nel 2014 si registra un aumento complessivo delle ore di formazione, pari al 25,58%. Tale incremento delle ore di formazione erogate è coincidente con l'aumento delle ore di aggiornamento interno (+37,93%) ed è in linea con l'aumento del numero delle iniziative di formazione



direttamente erogate dall'azienda. Infatti, si è passati da n. 606 iniziative formative del 2013 a n. 825 del 2014, con un aumento del + 26,54% di eventi realizzati.

Significativa, è la riduzione delle ore di formazione verso l'esterno (-55,43%). Tale decremento è compensato dall'aumento dell'offerta formativa interna all'Azienda.

Al 31/12/2014 il numero complessivo di professionisti con obbligo ECM erano n. 2621 ossia il 69,23 %.

Il numero di professionisti che hanno frequentato corsi interni erogati direttamente dall'Azienda sono stati n. 3059, di cui n. 2056 con obbligo ECM e n. 1003 senza obbligo ECM. Rispetto allo scorso anno si registra un aumento dell'attività formativa rivolta al personale non ECM di quasi il 50%.

Il numero medio di ore di formazione frequentate è stato di 38 ore. Il numero di professionisti che hanno avuto accesso all'aggiornamento esterno sono 728.

La tabella di seguito riporta il numero di professionisti dell'Azienda che hanno avuto accesso alla formazione. In linea con l'incremento delle ore di formazione, si evidenzia l'aumento dei professionisti che si sono formati attraverso iniziative formative progettate direttamente dall'Azienda.

Tabella 25 Numero complessivo di dipendenti che hanno avuto accesso alla formazione

Numero di operatori formati	Anno 2013	Anno 2014	%
FORMAZIONE INTERNA erogata direttamente	2996	3059	79,49%
FORMAZIONE ESTERNA corsi autorizzati all'esterno in altre strutture	773	728	20,51%
TOTALE	3769	3787	100%

Complessivamente i crediti ECM erogati direttamente dall'Azienda nel corso dell'anno sono stati 69651, di seguito ripartiti: n. 63.251 erogati attraverso l'accesso ad iniziative interne e n. 6400 attraverso l'attività di docenza, tutorato e di Coordinatori-responsabili di iniziative formative ECM.

Nella tabella sotto riportata viene descritta la ripartizione dei crediti ECM conseguiti attraverso la partecipazione a iniziative organizzate direttamente dall'azienda suddivisi per le varie professioni sanitarie.

Tabella 26 Crediti ECM erogati per la partecipazione ad iniziative formative interne nel 2014, suddivisi per professione

Profilo professionale	2013		2014	
	n. crediti ECM	%	n. crediti ECM	%
ASSISTENTE SANITARIO	14	0,02%	16	0,0%
BIOLOGO	1231	2,05%	853,85	1,35%
CHIMICO	8	0,01%	13,3	0,02%
DIETISTA	95	0,16%	72,9	0,12%
EDUCATORE PROFESSIONALE	38	0,06%	5	0,01%
FARMACISTA	242	0,40%	133,25	0,21%
FISICO	181	0,30%	287,3	0,45%
FISIOTERAPISTA	2998	4,99%	2568,35	4,06%
INFERMIERE	31832	52,97%	32800,25	51,86%
INFERMIERE PEDIATRICO	109	0,18%	71,2	0,11%
LOGOPEDISTA	57	0,09%	935,8	1,48%
MEDICO	14606	24,30%	17362,8	27,45%
ODONTOIATRA	358	0,60%	397,5	0,63%
ORTOTTISTA	521	0,87%	156,4	0,25%
OSTETRICA/O	1619	2,69%	1323,5	2,09%
PERSONALE TECNICO	3	0,00%	8	0,01%
PSICOLOGO, MEDICO PSICOLOGO	235	0,39%	1601,6	2,53%
TECNICO AUDIOMETRISTA	44	0,07%	1,5	0,00%
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	214	0,36%	234,3	0,37%
TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA	67	0,11%	241,95	0,38%
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	1922	3,20%	1208,35	1,91%
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	3703	6,16%	2957,9	4,68%
	60095	100,00%	63251	100%



I professionisti dell'Azienda che hanno svolto attività di docenza nei corsi organizzati dalla Azienda sono stati 214 e complessivamente hanno conseguito 3698 crediti ECM. I relatori esterni sono stati complessivamente 55 per un totale di 492 crediti ECM assegnati. Si sottolinea che rispetto all'anno precedente, si registra un maggior ricorso alle docenze svolta dal personale interno (+50% rispetto allo scorso anno).

Sono stati riconosciuti i crediti ECM anche al personale che ha svolto attività di tutor. I tutor aziendali in iniziative formative si attestano a 183 per un totale di 1358 crediti ECM erogati, mentre il numero di Coordinatori do Formazione sul Campo sono stati 39 (+ 56% rispetto allo scorso anno) ed hanno conseguito 852 crediti ECM. Quest'ultimo dato è in linea all'aumento della Formazione sul campo quale tipologia di formazione utilizzata.

La spesa complessiva per la formazione ECM è stata di Euro 447.463,99 ripartita nel seguente modo: Euro 381.831,70 per finanziare corsi organizzati all'interno dell'Azienda ed Euro 65.632,29 per il finanziamento della formazione al di fuori dall'azienda.

Tabella 27 costi sostenuti per la formazione ECM relativamente all'anno 2014

Costi della formazione	Anno 2014	%
FORMAZIONE INTERNA	381.831,70	85,33%
FORMAZIONE ESTERNA	65.632,29	14,67%
TOTALE	447.463,99	100%

Progetti principali attivati

La rete dei referenti della Formazione: comunità di pratica

Nel corso del 2014 è stata consolidata la rete dei Referenti della Formazione (RDF), già attiva in Azienda da diversi anni, al fine di migliorare la qualità dell'offerta formativa erogata in Azienda.

La rete di referenti si configura come una comunità di pratica impegnata trasversalmente nelle varie fasi del processo formativo (analisi dei fabbisogni, progettazione delle iniziative formative, valutazione dei risultati). Ci si riferisce quindi a un modello di rete che non dipenda esclusivamente e in modo gerarchico dal Settore Formazione, ma che abbia la possibilità di scambi anche a livello orizzontale fra le diverse articolazioni aziendali.

Nel 2014 per sviluppare pratiche comuni, si è pensato di mettere a disposizione dei referenti un ambiente di apprendimento online, affinché i referenti possano sviluppare strumenti e riferimenti per comunicare, condividere e fare formazione. A tal fine, è stato attivato un network denominato "Bamboo" quale opportunità di apprendimento collaborativo e di condivisione di esperienze per i referenti aziendali della formazione.

I partecipanti al Network hanno potuto modellare un proprio ambiente virtuale, con il supporto di un esperto di e-Learning e di social network in ambito scientifico.

Infatti, il network prevede ampi spazi di attività personalizzata del referente che può utilizzare le tecnologie per reperire, costruire e condividere conoscenza utile ad essere applicata nel proprio contesto di appartenenza, a partire dalle principali aree di intervento dei progetti formativi realizzati in Azienda.

Un primo risultato è stato quello di ottenere una prima condivisione di materiali e documentazione oltre ad attivare alcuni momenti di discussione e confronto.

Sono state riscontrate alcune difficoltà ad utilizzare il network per la novità dello strumento rispetto a quelli utilizzati nelle abituali pratiche lavorative (per esempio l'e-mail).

Nel corso dell'anno sono stati promossi, inoltre, una serie di incontri rivolti sia ai Referenti Dipartimentali della Formazione (RDF) sia ai Referenti dei Servizi Trasversali per consolidare le comunità di pratica intercorrenti nel processo della formazione. Lo scopo degli incontri è stato quello di programmare l'attività di formazione per l'anno 2015 e quello di proporre un percorso di formazione per fornire alcune competenze circa la valutazione di ricaduta.

I referenti della formazione hanno inoltre espresso la necessità di aumentare il grado di collaborazione non solo con il Settore Formazione ma anche con i referenti appartenenti ad articolazioni aziendali differenti dalla propria, anche in seguito alla ridefinizione del numero dei Dipartimenti intercorsa nel 2014.

Il Dossier Formativo

A partire dall'anno 2012 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha realizzato in via sperimentale due Dossier Formativi (DF) informatizzati, relativi a due Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI). Durante



lo scorso anno il modello è stato esteso a tutti i DAI, utilizzando uno specifico applicativo, che è l'estensione del sistema informativo già in uso per la gestione del processo formativo aziendale.

Il modello del DF dipartimentale informatizzato prevede le seguenti sezioni:

- gli obiettivi formativi di dipartimento, individuati dall'analisi di fabbisogno e dal bilancio di competenze del gruppo;
- le aree di competenze (tecnico-professionali, organizzativo- gestionali, comunicativo-relazionali, ricerca).

Nel corso del 2014 questo modello è stato esteso anche ai Servizi trasversali, con l'obiettivo di favorire sia la programmazione sia la valutazione delle attività formative. L'applicazione del modello elaborato ha perseguito l'obiettivo di promuovere una migliore integrazione fra la formazione promossa nei dipartimenti e quella erogata dai Servizi trasversali, che nell'ultimo anno è incrementata sensibilmente. L'informatizzazione del DF a livello trasversale ha permesso inoltre di individuare gli obiettivi formativi principali lungo i quali si è mossa l'offerta formativa proposta a livello trasversale.

Ai DF trasversali è stata applicata la stessa struttura di quelli elaborati a livello dipartimentale.

Per individuare gli obiettivi prioritari annuali sono stati programmati gli incontri con i Referenti della Formazione trasversale.

Il DF viene aggiornato automaticamente con lo stato di avanzamento dei corsi.

Il DF trasversale attualmente non tiene conto delle iniziative formative pregresse; quindi una prima valutazione sperimentale dello strumento potrà essere fatta nel corso del 2015.

Poiché il DF a livello trasversale è un prodotto nuovo della Formazione, si renderà necessario procedere alla sua condivisione con i Servizi trasversali interessati. Si ritiene fondamentale infatti diffondere la cultura e la valorizzazione della documentazione dei percorsi formativi, non solo per responsabilizzare il professionista della salute riguardo il proprio aggiornamento, ma anche per introdurre uno strumento di programmazione della Formazione che corrisponda al fabbisogno formativo effettivo e che integri i bisogni formativi individuali con le priorità aziendali.

Potrebbe essere utile affiancare a tale strumento un catalogo dei prodotti della formazione come strumento a supporto del DF trasversale e dipartimentale.

Formazione e-Learning

Le attività sulla piattaforma e-Learning FIORE (Formazione Integrata Ospedaliera Risorse Elettroniche), attivata come da convenzione AVEN, ha visto nel 2014 la crescita degli utenti, degli ambienti creati, in cantiere e attivi (per attività di comunicazione, formazione, condivisione di risorse interne ed esterne alla piattaforma) e degli accessi. E' stato programmato uno sviluppo ed una integrazione della piattaforma ai corsi e alle attività che ha compreso la creazione del network per la formazione aziendale, degli ambienti per i master universitari e loro project work, di un corso pilota tenuto dal referente e-Learning del Settore Formazione per l'uso di metodologie socio-costruttiviste online.

In particolare sono stati attivati:

- network formazione (referenti di dipartimento e per la formazione trasversale) per la condivisione di documenti e l'utilizzo di forum dedicati alla programmazione delle attività formative in Azienda;
- ambiente online per Corso manageriale per dirigenti di struttura complessa;
- corso per neoassunti (in fase avanzata di test);
- comunità di pratica online per la prevenzione secondaria per pazienti cardiologici come progetto sperimentale per l'Health Information Literacy;
- HUB di tutoraggio online per studenti delle professioni sanitarie - anno accademico 2014-2015;
- 6 ambienti per gruppi di tutoraggio online per studenti delle professioni sanitarie - anno accademico 2014-2015;
- comunità di pratica online del Master in Competenze avanzate in infermieristica pediatrica 2014-2015;
- comunità di pratica online del Master di I livello Infermieristica in area critica 2014-2015;
- comunità di pratica online del Master in Cure palliative e terapia del dolore 2014-2015;
- comunità di pratica online del Master Doctors for Africa - Digital Community of Practice;
- comunità di pratica online del Master in Case/Care Management 2014;
- comunità di pratica online del corso per coordinatori;
- comunità di pratica online del corso per allieve ostetriche (corso pilota con metodologie socio-costruttiviste erogato dal referente per l'e-learning e docente del corso).

Alla chiusura dell'anno solare la piattaforma ha contato la progettazione e attivazione di 96 ambienti, 964 utenti registrati, un numero totale di 1948 interventi, 1183 domande, un numero medio di partecipanti ad ogni ambiente di 15.90, di 10.28 risorse e oggetti digitali (cartelle di archiviazione, quiz, immagini, video, forum, chat, eccetera) e di 10.28 moduli in media disponibili in ciascun ambiente. Inoltre è stato

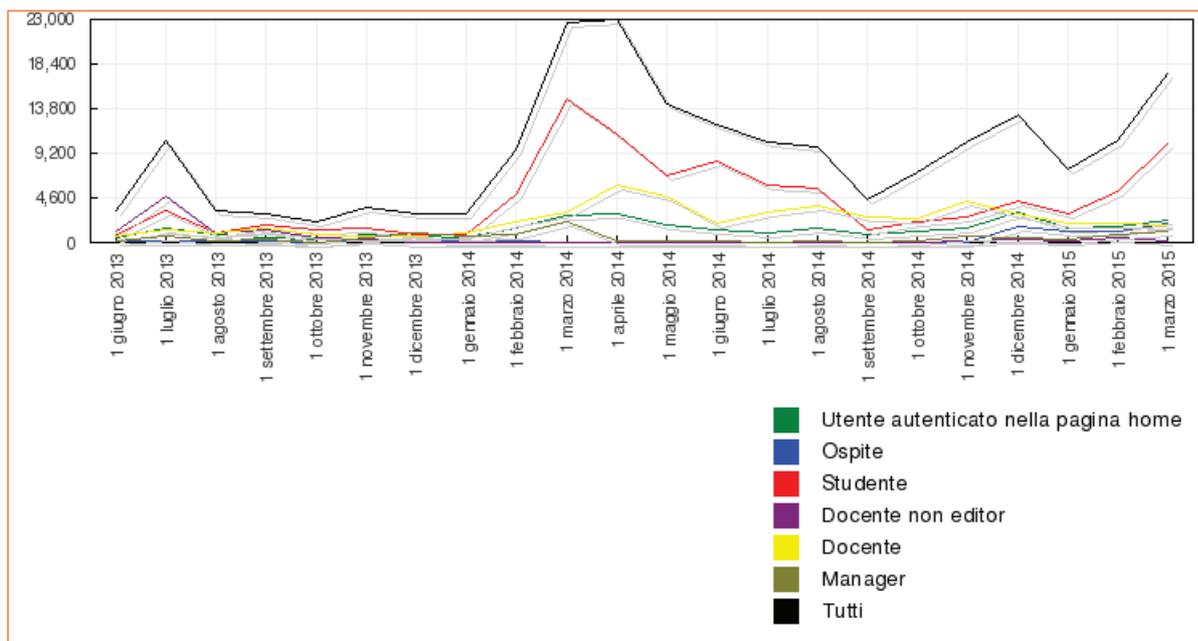


garantito un servizio continuo di assistenza online tecnica agli utenti e di formazione all'adozione delle metodologie e-Learning e partecipative per lo sviluppo di comunità di pratica e di apprendimento.

Tabella 28 Mesi e numero di accessi alla piattaforma

Numero accessi	Mesi
1 gennaio 2015	7503
1 dicembre 2014	13090
1 novembre 2014	10291
1 ottobre 2014	7297
1 settembre 2014	4430
1 agosto 2014	9925
1 luglio 2014	10392
1 giugno 2014	12236
1 maggio 2014	14267
1 aprile 2014	22923
1 marzo 2014	22673
1 febbraio 2014	9509

Grafico 10 Mesi e numero di accessi alla piattaforma



Indagine sull'utilizzo delle banche dati e delle riviste scientifiche

E' proseguita nel corso del 2014 l'indagine sull'utilizzo delle banche dati e delle riviste scientifiche in Azienda, pianificata e cominciata già nel 2013.

Con questo progetto l'Azienda, in collaborazione con l'Università degli Studi di Parma, intende:

- valorizzare e diffondere l'informazione scientifica per potenziare la formazione permanente e l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari;
- potenziare l'aggiornamento scientifico dei medici e dei docenti, non solo ai fini didattici e di ricerca, ma anche per il miglioramento dell'attività assistenziale;
- verificare l'utilizzo delle risorse elettroniche per migliorare l'efficienza, l'economicità ed l'efficacia dei servizi.

Per raggiungere questi obiettivi è stato costruito un questionario online "Scheda di utilizzo delle banche dati e riviste scientifiche. Il tuo parere per migliorare il servizio", attraverso la revisione dei questionari utilizzati e pubblicati nei vari siti delle aziende ospedaliere Italiane e report per indagare strumenti validati.

Tale rilevazione ha coinvolto tutti i professionisti afferenti all'Azienda.



Il questionario semi-strutturato è costituito da diverse aree finalizzate:

- all'esplorazione e all'indagine della conoscenza personale relativa alle banche dati offerte sia dall'Azienda che dall'Università;
- alla valutazione della frequenza dell'uso e della consultazione delle banche dati;
- all'indagine dei dati socio-anagrafici e relativi all'attività professionale (età, genere, professione, afferenza istituzionale, titolo studio conseguito, dipartimento e struttura di appartenenza, anzianità di servizio).

Dalle prime analisi si evince che il 69,6 % (N=277) è a conoscenza della possibilità di consultare risorse elettroniche (periodici, banche dati) accessibili dalle postazioni informatiche aziendali, mentre il 30,4% (N=121) non conosce tali risorse (Missing=13).

Il 62,5% (N=253) dei professionisti giudica molto importante (M=3.6; D.S \pm ,608) l'utilizzo delle risorse elettroniche, il 33,3% (N=135) lo reputa abbastanza importante, il 3,2% (N=13) poco importante, e solo l'1% (N=4) lo ritiene per nulla importante.

Rispetto alla conoscenza del percorso per accedere alle risorse aziendali/universitarie dalle analisi si evince che il 69,3% (N=276) dei professionisti è in grado di accedere alle risorse online, mentre il 30,7% (N=122) non è ancora a conoscenza delle modalità di accesso (Missing=13).

Rispetto alla modalità di accesso alle risorse disponibili il 56,3% (N=206) la valuta abbastanza funzionale, il 24,3% (N=89) poco funzionale, il 13,4% (N=49) ritiene l'attuale modalità molto funzionale al contrario il 6 % (N=22) la ritiene per nulla funzionale; 45 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Il 31,5% (N=129) dei soggetti dichiara di consultare spesso le risorse elettroniche, il 26,6% (N=109) le consulta poco, il 22,9% (N=94) abbastanza e il 14,9% (N=61) risponde che non consulta alcuna risorsa.

Invece per quanto riguarda la frequenza di accesso mensile ai fini della propria attività professionale il 39% (N=154) consulta 4 o più volte al mese le banche dati e le riviste scientifiche, il 29,4% (N=116) effettua l'accesso meno di una volta al mese, il 19,7% (N=78) consulta le risorse elettroniche da 1 a 3 volte al mese, mentre l'11,9 % (N=47) non effettua alcun accesso per l'esercizio del proprio lavoro.

Inoltre si è voluto evidenziare la frequenza di consultazione delle risorse elettroniche confrontando le diverse professioni, ed emerso che (tabella 2) i medici (70,4%) spesso consultano le banche dati, allo stesso modo i biologi (60%). Anche gli specializzandi e gli studenti dei corsi di laurea dichiarano di consultare le banche dati "abbastanza". La maggior parte degli infermieri (40,8%) dichiara di consultare poco tali risorse.

Per l'esercizio della attività professionale i professionisti consultano le banche dati e le riviste scientifiche principalmente con lo scopo di aggiornarsi (50,2%; N=206), di revisionare la bibliografia (26,3%; N=108), di ricerca (25,1%; N=108), di studio (23,4%; N=96), al fine assistenziale (16,8%; N=69), formativo-educativo (14,4%; N=59), terapeutico (11,2%; N=46), diagnostico (9,3%; N=38), organizzativo- gestionale (7,8%; N=32), di pubblicazione (7,1%; N=29) e consulenziale (7,1%; N=29).

Al fine di migliorare l'utilizzo dei periodici elettronici i professionisti hanno risposto (avevano la possibilità di fornire più risposte) che servirebbe una formazione in aula (48,5%; N=158); Il 47,3% (N=151) ritiene utile una formazione E- Learning e attraverso pacchetti di formazione online; il 40,1% (N=128) preferirebbe una formazione basata sul Tutoring. Inoltre 3 dei professionisti suggeriscono come strategie di miglioramento: la presenza di figure professionali consulenziali, uno studio specifico alla tematica e il "Journal club".

Il processo di accreditamento della funzione di Governo della Formazione e della funzione di Provider

Nel 2014 è proseguito il lavoro per il processo di accreditamento della funzione di Governo della Formazione e della funzione di Provider, in previsione della visita dei valutatori regionali, programmata per il 24 giugno 2015. Nelle attività svolte si è cercato di coinvolgere tutti i professionisti del Settore, attraverso lavori di gruppo, i cui esiti sono stati socializzati ed eventualmente implementati/modificati in riunioni plenarie di Settore.

Nel giugno 2014 c'è stata una visita di verifica con valutatori interni all'Azienda.

La visita ha avuto lo scopo di valutare il sistema qualità all'interno del Settore Formazione e Aggiornamento, secondo il modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna e di supportare il Settore per lo sviluppo delle attività necessarie a sostenere la futura visita regionale di accreditamento.

Durante la visita è stata verificata l'aderenza rispetto ai requisiti previsti dal modello regionale di accreditamento per la funzione di Governo della Formazione e per la funzione di Provider.

In particolare, sono stati valutati i seguenti documenti:

- il Manuale Qualità del Settore Formazione e Aggiornamento;
- il catalogo dei prodotti;
- l'elenco delle principali procedure in uso;



- le principali interfacce;
- l'elenco degli indicatori;
- l'ultima rendicontazione annuale;
- la check-list unificata dei requisiti delle due funzioni.

L'osservatorio per la formazione continua in sanità

L'Azienda ha individuato un proprio referente per l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua in Sanità (ORFoCS). L'attività dell'Osservatorio inizia operativamente nel giugno 2014 e si declina con la strategia più complessiva di sviluppo del sistema di formazione continua della Regione Emilia-Romagna. L'Osservatorio non solo verifica, ma spiega perché, come e quando la formazione possa generare un miglioramento delle performance aziendali. La riflessione sulla valutazione infatti non può essere disgiunta dalla necessità di ridefinire le prassi formative verso una ricerca dell'efficacia, nel rispetto delle caratteristiche dei processi di apprendimento dei singoli professionisti. Per questo tra gli obiettivi dell'Osservatorio c'è quello di valorizzare e diffondere a tutto il sistema le buone pratiche formative osservate. L'attività di osservazione e di valutazione dell'Osservatorio è orientata ad esplorare qualità e grado di dettaglio della progettazione formativa e dei suoi obiettivi e sull'aggancio al contesto organizzativo interessato dall'intervento formativo.

Nello specifico, l'attenzione dell'ORFoCS si concentra sulle modalità e sul rigore qualitativo dell'offerta formativa, in particolare attraverso l'osservazione delle seguenti dimensioni:

- la coerenza tra quanto dichiarato nei documenti di progettazione formativa e quanto effettivamente riscontrato nel corso della realizzazione, che è la condizione minima indispensabile per garantire che un processo sia documentabile e che rientri nel programma ECM;
- l'efficacia della progettazione formativa, che si gioca su una visione processuale della formazione declinata su quattro specifiche fasi, di preparazione del contesto, di formazione vera e propria, di accompagnamento dei nuovi apprendimenti nella pratica professionale e di valutazione ex post (non solo in termini di risultati del percorso formativo, ma di misura dei cambiamenti realizzati e della loro rilevanza rispetto all'operatività quotidiana);
- la qualità del processo formativo in aula, che mira a valorizzare le capacità professionali di carattere metodologico degli organizzatori di formazione;
- l'impatto dell'iniziativa formativa, in termini di gradimento e di apprendimento dei partecipanti, di miglioramento delle loro prestazioni lavorative e del livello di cambiamento nei comportamenti organizzativi, nonché nelle percezioni e culture relative ai propri ruoli professionali e ai contesti organizzativi di appartenenza.

L'ORFoCS, composto da 37 osservatori appositamente formati e da un coordinatore regionale, realizza all'incirca 70 visite all'anno (35 di osservazione dell'evento in atto e 35 ex post), pianificate dalla Commissione Regionale. Gli osservatori devono avere competenze nel campo della formazione continua del personale sanitario.

Per garantire un'adeguata uniformità di competenze e di comportamenti è stato strutturato un percorso formativo di base comune, diviso in 2 fasi:

- la prima fase ha preso il via in settembre 2014, dopo un incontro preliminare svoltosi in giugno 2014. Questa fase si è svolta attraverso una serie di incontri residenziali nelle sedi regionali della formazione e una visita didattica come formazione sul campo con tutor della R.E.R.;
- la seconda fase si articolerà nel 2015 attraverso visite didattiche di valutazione della formazione residenziale e delle ricadute formative e/o organizzative ex post dell'evento formativo osservato in precedenza.

Ogni visita prevede il coinvolgimento di due osservatori.

Le visite effettuate sono di due tipologie:

- di osservazione dell'evento formativo in atto. In analogia con l'attività dell'Osservatorio Nazionale, anche l'ORFoCS prevede visite di osservazione di singoli eventi formativi durante il loro svolgimento. L'obiettivo è di verificare la coerenza tra il dichiarato e il realizzato (requisiti logistici, organizzativi-gestionali e didattici) ed esplorare alcuni elementi relativi alla qualità del processo formativo in aula. Tempi per la realizzazione: una giornata.
- di verifica ex post, con l'obiettivo di valutare i risultati prodotti in termini di costruzione del percorso formativo e di impatto.

La visita ex post è programmata e richiede all'incirca due giornate per la sua realizzazione.

L'ORFoCS invia regolarmente alla Commissione Regionale i report con gli esiti delle visite affinché eventuali azioni sanzionatorie possano essere attuate ed effettuate ulteriori elaborazioni per la redazione del rapporto annuale sulla formazione continua. Ai fini informativi e formativi i report sono inviati anche al Provider valutato.



Principali progetti formativi

Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa dell'A.V.E.N. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Il corso, promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria su Format-Programma concordato tra le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), ha l'obiettivo di supportare lo sviluppo delle capacità manageriali dei Direttori di Struttura Complessa, i quali, per l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sono chiamati a possedere conoscenze e competenze non solo di natura professionale, ma anche organizzative e gestionali.

Il corso nasce con l'intento di offrire una formazione interdisciplinare di carattere economico-contabile (pianificazione, programmazione e controllo di gestione), di carattere giuridico (il lavoro e la responsabilità nelle strutture socio-sanitarie pubbliche e private accreditate) e di carattere organizzativo e gestionale (risorse umane, clinical governance, quality e risk management). La qualità delle attività di management nelle aziende sanitarie infatti è la risultante non solo di un elevato grado di competenze tecnico-professionali, ma anche di una spiccata capacità organizzativa in un contesto di risorse definite.

L'attività di tutoraggio nelle professioni sanitarie

Il Tirocinio caratterizza da sempre il percorso formativo del professionista sanitario, in quanto inserisce dei collegamenti con la professione già durante il triennio ed è quindi un'occasione di grandi potenzialità sul piano formativo. Non solo, il contatto con figure professionali formate, scelte e monitorate dall'Università, consente allo studente, inserito in un contesto pratico, un "assaggio" ed una prefigurazione della pluralità degli sbocchi professionali che non di rado sono ben diversi da quelli che come studente ci si immagina.

Il tirocinio diventa così un momento formativo che può risultare difficile per uno studente abituato ad un tipo di apprendimento solo verbale e alla dipendenza dal docente. L'obiettivo del corso, giunto alla sua IX edizione, è quindi quello di permettere ai discenti di progettare i percorsi di tirocinio specifici per la propria professione e UO/Servizio, attraverso l'utilizzo del modello del professionista riflessivo di Schon.

La ricaduta organizzativa del corso è rappresentata dalla realizzazione/applicazione dei percorsi di tirocinio nelle diverse UUOO/Servizi, che possono essere ripresi e revisionati anche in funzione dell'inserimento dei neo-assunti.

L'edizione, che si è chiusa in marzo 2015, ha formato 45 professionisti che si aggiungono a quelli già formati negli anni passati, arrivando ad un totale di 325 tutor delle diverse professioni sanitarie (non mediche) presenti nella nostra organizzazione: 187 infermieri, 42 Tecnici di Laboratorio, 38 Tecnici di Radiologia Medica, 33 Ostetriche, 2 Logopedisti, 16 Fisioterapisti e 1 Audiometrista

Formazione intraospedaliera nell'Emergency Cardiovascular Care (ECC) e Acute Cardiovascular Care (ACC): corsi di rianimazione di base e avanzati per il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Il progetto di formazione intra-ospedaliera nell'Emergency Cardiovascular Care e Acute Cardiovascular Care prevede la realizzazione di un percorso formativo continuo e sostenibile nel campo dell'emergenza cardiovascolare per tutto il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il progetto, al suo terzo anno di attività, si compone di 3 tipologie di corsi e anche nel corso del 2014 ha coinvolto tutte le UO dell'Azienda:

- 1) Corsi di rianimazione di base (BLSD): percorsi formativi per tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
- 2) Corsi di rianimazione cardiologica avanzati (ACLS): percorsi formativi per i medici e infermieri delle terapie intensive, del Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza, Cardiologia e Cardiochirurgia, dell'Azienda.
- 3) Corsi di Acute Cardiovascular Care High Fidelity - Crisis Resource Management (ACC HF-CRM): prevedono un approccio per team multiprofessionali e multidisciplinari e hanno una durata di un giorno (8 ore). Il format si avvale di strumenti didattici innovativi e della simulazione ad alta fedeltà (HF SIM) con l'applicazione di principi di Crisis Resource Management (CRM). Sono inoltre previste esercitazioni su scenari simulati, basate su casi clinici rilevanti, alle quali fa seguito un debriefing, vero elemento didattico cardine dei Corsi.

Per la formazione alla rianimazione di base (BLSD), anche nel corso del 2014, si è continuato ad erogare corsi di 5 ore che, in termini di ricaduta didattica, hanno dimostrato di avere la stessa efficacia dei corsi di 8 ore. Inoltre, a parità di costi, è stato formato un numero doppio di professionisti in un tempo ridotto.



La realizzazione di un centro di simulazione, anche per i corsi avanzati ad alta fedeltà, è iniziata nel secondo semestre del 2013 e si conclude nel febbraio del 2015.

Nel corso del 2014:

- è stato realizzato il corso nazionale istruttori ACC-HF CRM, con la partecipazione straordinaria del Dr. Peter Dieckmann, autore di numerosi articoli sulla simulazione in sanità e fondatore insieme al Dr. Marcus Rall del TÜPASS, Centro per la Sicurezza del Paziente e per la Simulazione di Tübingen (D). Il corso ha formato istruttori interni in grado di sostenere autonomamente questo modello formativo, in modo da poter rendere sostenibile anche questa formazione molto avanzata e molto efficace per i professionisti di area critica.
- sono stati raccolti i dati circa l'efficacia della formazione BLS/D attraverso la misurazione di alcuni indicatori come i tempi di allertamento dei soccorsi, il tempo di defibrillazione e i tempi di hands on, alla base di alcune azioni fondamentali per erogare un trattamento efficace nell'arresto cardiaco: minimizzare le interruzioni del massaggio cardiaco, un numero di compressioni adeguato circa 100-120 al minuto, ad una profondità di almeno 5 cm per gli adulti e 4 cm per i bambini, consentire un adeguato rilasciamento del torace, evitare le ventilazioni eccessive somministrando 12 ventilazioni al minuto. Questi dati assieme al progetto formativo BIOS sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO
- è stato presentato il progetto "Formazione intraospedaliera nell' Emergency Cardiovascular Care (ECC) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma. "La Simulazione ad Alta Fedeltà e il Crisis Resource Management: nuove strategie formative per il miglioramento della performance dei team assistenziali nella gestione delle Emergenze ed Urgenze" all'Agenzia Sanitaria Regionale, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.
- sono stati realizzati 24 corsi BLS/D, 3 corsi ACLS e 4 corsi ACC HF-CRM, 1 corso nazionale istruttori BLS/D-ACLS-ILS e 7 corsi BLS/D laici
- Durante l'anno infine è stato progettato un corso BLS/D in FAD che verrà proposto ai professionisti di alcune U.O. Si tratta di un corso assolutamente innovativo, non esistendo in Europa, almeno per il momento, esperienze simili. Il corso si articola in un percorso e-learning della durata di almeno 90 minuti che i partecipanti al corso BLS/D dovranno seguire prima di procedere con la parte pratica sul manichino. I vantaggi sono quelli di un'ulteriore riduzione della tempistica dei corsi con la conseguente possibilità di erogarli ad un maggior numero di professionisti e di poter eseguire retraining periodici di minor durata rispetto ai corsi attuali.
- il centro di simulazione BIOS ha continuato ad organizzare corsi BLS/D sanitari e laici anche per esterni; i proventi delle quote di iscrizione sono stati destinati al mantenimento delle strumentazioni e ai materiali del centro.

Formazione del caregiver nella tracheoaspirazione domiciliare

L'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, concernente la formazione di persone che effettuano la tracheoaspirazione a domicilio del paziente non ospedalizzato, sancisce che l'aspirazione endotracheale deve poter essere effettuata anche da personale non sanitario su prescrizione medica ed esclusivamente da soggetti specificamente addestrati mediante una formazione definita e periodicamente aggiornata e verificata (familiari o altri soggetti che assistono in via continuativa il paziente, di seguito definiti caregiver).

Tale pratica è infatti una manovra indispensabile, che si rende necessaria in momenti non pianificabili e che può dover essere effettuata in urgenza.

La tracheoaspirazione è una tecnica che richiede specifiche conoscenze – al fine di riconoscere l'indicazione a procedere – e particolari cautele per evitare le complicanze, che possono essere anche gravi.

La suddetta pratica assistenziale rende necessario provvedere ad una adeguata formazione, in modo da permettere di intervenire con prontezza e sicurezza ogni qualvolta si verifichi la necessità di tracheoaspirare, la definizione del percorso formativo del caregiver ha previsto:

- la formazione di gruppo di lavoro interaziendale (con coinvolgimento di professionisti, medici e infermieri, più frequentemente a contatto con pazienti tracheotomizzati dell'AOU e dell'AUSL), che, dopo una revisione sistematica della letteratura esistente sul tema in oggetto, ha formulato due opuscoli informativi: uno rivolto ai professionisti e uno rivolto ai caregiver;
- è stato, inoltre, progettato un percorso formativo rivolto a 20 professionisti infermieri (10 di afferenza all'AOU e 10 di afferenza all'AUSL di Parma), con la supervisione di tutor. Attraverso 20 ore di formazione con metodologie didattiche interattive (simulazione, gruppi di lavoro) i discenti sono stati in grado di sviluppare competenze tecniche ed educative nella tracheoaspirazione e nella formazione dei caregiver, con il supporto degli opuscoli creati nella prima fase del progetto.



Il percorso formativo si è concluso con un alto gradimento da parte dei partecipanti. E' attualmente in corso l'educazione alla tracheoaspirazione del caregiver.

Formazione del paziente con fibrosi cistica all'autosomministrazione dell'antibiotico-terapia

La Fibrosi Cistica (FC) è la malattia genetica ereditaria mortale più comune nella popolazione caucasica. L'utilizzo precoce di una terapia antibiotica efficace ha rappresentato il principale determinante della ridotta morbilità respiratoria e dell'aumentata sopravvivenza che si è osservata nelle ultime decadi. Al contrario, in assenza di un adeguato trattamento antibiotico i soggetti affetti da Fibrosi Cistica hanno un rischio maggiore di progressione verso l'insufficienza respiratoria. L'antibioticoterapia ha un ruolo preminente per il controllo delle infezioni polmonari e ha l'obiettivo di prevenire, eradicare e controllare le infezioni respiratorie.

Il centro HUB Aziendale per la Fibrosi cistica, in collaborazione con l'AUSL di Parma e la Lega italiana Fibrosi Cistica locale, si sono fatti promotori di un progetto educativo rivolto al paziente, che permetta l'auto-somministrazione dell'antibiotico terapia in ambiente domiciliare, sotto stretto controllo medico, da parte del centro HUB e dal servizio di cure primarie.

A partire dai riferimenti normativi, in particolare con l'Accordo Stato-Regioni che definisce le linee di indirizzo rispetto agli ambiti educativi rivolti al paziente e caregiver, sono stati definiti gli obiettivi del progetto di formazione.

In particolare:

- Formazione di un gruppo di miglioramento interaziendale, composto da professionisti esperti, che afferiscono al centro HUB e alle UO coinvolte (pediatria, pneumologia) (giugno 2014);
- Formazione plenaria (della durata di otto ore) con il coinvolgimento di 50 pazienti e dei loro caregiver (ottobre 2014);
- Formazione individuale dei pazienti selezionati dal centro HUB nella auto somministrazione di antibioticotterapia (in corso).

Attualmente è in corso la formazione dei pazienti presso il centro HUB.

Sostegno ai professionisti per favorire il benessere organizzativo e la collaborazione

In collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

Diversi sono gli studi che si sono occupati in particolare delle professioni sanitarie (attività che presuppongono un'azione diretta sulle persone e una relazione d'aiuto terapeutica) e dai loro risultati si è evinto che uno dei fenomeni maggiormente riscontrati è quello di disaffezione al proprio lavoro, chiamato anche burnout syndrome (sindrome dell'operatore "bruciato"). I professionisti sanitari che devono confrontarsi ogni giorno durante l'esperienza lavorativa con condizioni di stress e burnout e il dover affrontare una situazione difficile può indurre una reazione di adattamento nel soggetto coinvolto (stress) e se tale situazione permane per un periodo prolungato, in assenza di risorse emotive o strategie di coping adattive, comporta nel professionista disadattamento e demotivazione.

A tal fine, sono stati promossi 5 progetti integrati anche nell'intento di dare continuità agli eventi formativi fin qui sviluppati. Ciascuno di essi è stato sviluppato in parallelo, in una o più edizioni durante il II semestre dell'anno 2014 ed è finalizzato proprio a ridurre lo stress lavoro correlato di professionisti che operano in diverse Unità Operative dell'Azienda.

Di seguito riportiamo i titoli dei diversi progetti e i loro principali obiettivi:

Counselling organizzativo: senso e significato nelle relazioni professionali attraverso le emozioni.

Finalità del percorso è fornire al professionista conoscenze per saper gestire le proprie premesse, le proprie emozioni, scindendo il contesto personale da quello in cui opera. Apprenderà quelle abilità di counselling che lo possano aiutare a gestire al meglio le relazioni con gli assistiti, i familiari e colleghi per gestire al meglio eventuali conflitti.

Motivare al cambiamento: gestione dello stress personale e ambientale:

Finalità del percorso è fornire al professionista conoscenze per gestire lo stress attraverso strategie più adattive, migliorando e implementando: le capacità relazionali e comunicative con le persone/colleghi/pazienti; la consapevolezza personale (empatia); la motivazione e il senso di autoefficacia.

Laboratori di comunicazione per fare fronte allo stress dei lavoratori:

Tale percorso intende favorire il riconoscimento degli effetti individuali provocati dall'esposizione ad una situazione critica e promuovere la consapevolezza della propria capacità di fronteggiarla, gestirla attivamente e rispondervi in modo efficace; individuare le criticità nelle situazioni relazionali che caratterizzano l'ambiente di lavoro, con particolare riferimento alle dinamiche di gruppo e favorire l'acquisizione di modalità comunicativo-relazionali funzionali alla gestione delle situazioni critiche.



L'unità operativa più pazza del mondo:

Si tratta di un percorso formativo per ridurre lo stress lavoro-correlato attraverso la creatività che ha come obiettivo quello di facilitare un più approfondito grado di conoscenza reciproca tra i professionisti; attivare processi di riflessione analitica sulle dinamiche interattive che riguardano il lavoro in equipe; stimolare la coesione sociale all'interno della unità operativa e infine stimolare un clima organizzativo facilitante la gestione dell'incertezza e delle criticità professionali.

Riduzione dello stress psicofisico rivolto agli operatori attraverso il trattamento Shiatsu.

Tale percorso ha come obiettivo il raggiungimento dell'equilibrio psicofisico, al fine di ridurre lo stress.

L'efficacia della ricaduta organizzativa del progetto formativo complessivo è stata valutata dai professionisti, oltre che con un test di gradimento, anche con un strumento, somministrato ad ogni corso, prima e al termine della partecipazione al percorso formativo.

Dall'analisi dei risultati, si evince come i diversi percorsi professionali che hanno partecipato a questo progetto hanno incrementato il benessere dei professionisti nelle risorse interne, di tipo cognitivo (strategie di coping) sia emotivo (strategie di regolazione emotiva). I professionisti sanitari che vi hanno partecipato complessivamente dichiarano di essere più in grado di utilizzare strategie adattive di coping, come l'orientamento attivo ai problemi o l'attitudine positiva di fronte alle difficoltà, mentre dichiarano di utilizzare in misura minore strategie bastate sul ricorso all'evitamento e alla negazione dei problemi. Inoltre, dichiarano di saper gestire, al termine de corso, più efficacemente le proprie emozioni nel contesto professionale, facendo ricorso a strategie interne funzionali e propositive, piuttosto che ricorrere a auto-rimproveri e autocompiacimenti e sono in grado di relazionarsi positivamente con gli altri, utilizzando strategie esterne meno ostili e aggressive e più orientate alla mutualità, alla cooperazione e alla collaborazione.

Questi risultati positivi si ripercuotono anche su come i diversi professionisti dichiarano di sentirsi soddisfatti in merito al clima organizzativo. Al termine del corso compaiono valori più alti anche in merito al benessere organizzativo, soprattutto in relazione al proprio lavoro, ma anche in relazione alla propria Unità Operativa e all'Azienda stessa.

Un progetto pilota

A partire dal 2014, l'U.O. Chirurgia Plastica e Centro Ustioni ha avviato il progetto "Riduzione dello stress psicofisico rivolto agli operatori attraverso il trattamento Shiatsu".

Il progetto, articolato su un periodo di sei mesi, ha coinvolto 50 operatori (tutti presenti all'interno dell'UO) e prevedeva 10 trattamenti ad personam, sufficienti al raggiungimento di un primo step benefico.

Gli operatori sono stati trattati attraverso delle pressioni dolci, ma profonde, con i palmi delle mani, i pollici ed a volte anche con gli avambracci/gomiti. Le pressioni, sono sempre rispettose della condizione energetica del ricevente, entrano in profondità, senza scivolare sulla pelle, producendo uno stimolo a cui l'organismo della persona trattata "risponde", recuperando la piena espressione delle proprie risorse vitali.

Inoltre, le docenti di Shiatsu hanno riscontrato interesse e gratitudine alla fine di ogni trattamento.

Ad ogni professionista trattato con tecniche Shiatsu è stato richiesto di compilare un questionario di gradimento prima e al termine dei 10 trattamenti previsti e in numerosi hanno manifestato lo stupore per il benessere psico-fisico che hanno associato ai trattamenti eseguiti, nonché effetti migliorativi sull'umore e sull'attività del sonno, con un aumento del benessere e del clima organizzativo come effetto riflesso.

Nonostante le iniziali resistenze e perplessità nell'introdurre una disciplina orientale all'interno di una struttura sanitaria, ad oggi sono numerose le richieste da parte del personale dell'U.O. per il prosieguo del progetto che ha suscitato un forte interesse e ha incuriosito anche il personale afferente ad altre strutture aziendali.

Piano triennale della formazione alla prevenzione della corruzione

I Piani nazionali ed aziendali hanno individuato nella Formazione uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto volta a promuovere e favorire lo sviluppo della cultura della legalità e dell'integrità.

Occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo. I professionisti saranno sensibilizzati in questo percorso, nella consapevolezza che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento culturale e comportamentale a cui tutti possano partecipare attivamente.

Gli interventi formativi, come già previsto dalla normativa e recepiti dal Piano per la Prevenzione della corruzione dell'Azienda, saranno articolati in più livelli, affinché l'azione formativa possa interessare



gradualmente tutti i professionisti dell'Azienda. Le iniziative di formazione terranno conto anche del prezioso contributo offerto dagli stessi professionisti dell'Azienda, inseriti come docenti e/o facilitatori (tutor, conduttori di focus group, discussant, eccetera) dei diversi percorsi formativi che saranno attuati. La formazione, come da indicazioni normative, sarà sviluppata su tre livelli:

- a livello generale, con interventi seminariali di tipo prevalentemente divulgativo ai professionisti, che illustrino i contenuti e i valori etici della legge;
- a livello tecnico, percorsi formativi rivolti al RPC, al gruppo di supporto, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio;
- a livello specifico, percorsi formativi rivolti ai professionisti dell'Azienda, individuati dal RCP e dai Responsabili delle diverse articolazioni aziendali, per approfondimenti specifici sul tema.

1. Formazione generale

Sono stati realizzati 3 eventi

- "Il piano triennale di prevenzione della corruzione: contenuti, responsabilità, misure di prevenzione", 31 marzo 2014. Seminario divulgativo con obiettivo la diffusione e la sensibilizzazione di tutti i dipendenti sui temi della prevenzione della corruzione e dell'illegalità. Docente: Stefano Simonetti, esperto a valenza nazionale.
- "Poteri e responsabilità disciplinare nelle Aziende Sanitarie", 21 maggio 2014. Seminario divulgativo con obiettivo la sensibilizzazione dei professionisti al codice di comportamento aziendale e nazionale, con particolare attenzione ai poteri e responsabilità disciplinari nelle Aziende Sanitarie. Docente: Sandro Mainardi, docente universitario esperto a valenza nazionale.
- "Conversazione con Gherardo Colombo: Il Rispetto delle Regole in Sanità", 1 dicembre 2014. Seminario divulgativo di taglio valoriale per la promozione della cultura del rispetto delle regole, della trasparenza, dei valori, delle buone prassi e dell'equità. L'obiettivo era quello di discutere delle prassi quotidiane e confrontarsi per cercare, attraverso la conversazione, le possibili soluzioni. L'evento ha arricchito il contributo formativo dedicato alla tematica della prevenzione della corruzione, realizzando un momento di confronto e riflessione sul come si associa al senso del Dovere che la Norma stimola, un agire consapevole nel rispetto dei Valori aziendali. Docente/Conduttore: Gherardo Colombo, esperto di temi quali la corruzione, il finanziamento illecito dei partiti, il falso in bilancio, il riciclaggio.

2. Formazione tecnica

Sono stati realizzati 2 eventi:

- "Formazione tecnica per direttori delle aree a rischio", 6 novembre 2014. L'intervento formativo ha fornito ai responsabili delle aree a rischio alcuni strumenti per la trasmissione, all'interno delle loro aree, dei contenuti e dei valori promossi dalla legge, i contenuti del Piano Triennale.
- "Formazione tecnica sulla prevenzione della corruzione", 23 settembre 2014. L'obiettivo dell'intervento formativo è stata la presentazione in dettaglio a tutti i professionisti del Settore Formazione ed Aggiornamento dei rischi individuati per le attività di competenza del settore stesso e le misure preventive e correttive individuate. Al contempo, si è voluto socializzare i contenuti del Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione.

3. Formazione specifica

E' stato realizzato 1 intervento:

"Prevenzione della Corruzione nel contesto sanitario", ottobre 2014/marzo 2015. L'obiettivo di questo percorso di taglio valoriale ed etico, iniziato ad ottobre e che si concluderà a marzo 2015, è quello di formare nello specifico i Direttori di Unità Operativa, al fine di diffondere la formazione a livello capillare in Azienda e promuovere la cultura etica.

Il corso interattivo prevede la discussione di casi etici in gruppo, esercitazioni e definizione di alcune buone prassi.

M.A.K.E. in Parma

Nel corso del 2014 è stato organizzato in Azienda un percorso formativo sui contenuti del progetto MAKE (Modernization Asset Knowledge Engagement) IN PARMA, a partire da una strategia basata su tre dimensioni (Lega, OASI 2012): il Knowledge Management, l'Asset Management, il Disease Management. Gli obiettivi principali del percorso formativo sono stati: creare una cultura dell'innovazione basata sulla risorsa umana, promuovendo e riconoscendo i comportamenti proattivi e di assunzione di responsabilità degli operatori sanitari attraverso la continua valorizzazione di tutte le professionalità presenti; fornire un supporto al personale sanitario coinvolto nel cambiamento organizzativo in atto in Azienda.



Il percorso formativo è stato organizzato in **6 edizioni**, nel periodo tra Aprile- 2014 e Febbraio 2015, le quali hanno previsto ciascuna 3 moduli di 36 ore totali.

I **contenuti e gli obiettivi** del I modulo *"Introduzione al nuovo assetto organizzativo: cosa cambia e perché"* sono stati: socializzare il nuovo assetto organizzativo basato sul modello delle piattaforme assistenziali e dei PDTA; diffondere la cultura dell'innovazione, fornire una mappa concettuale di riferimento sul percorso necessario per implementare l'innovazione e riconoscere quale può essere il proprio contributo per la realizzazione di un cambiamento.

Il II modulo *"La raccolta delle paure: punti critici ed individuazione delle soluzioni"* aveva come obiettivi e contenuti: favorire l'adesione e la motivazione al cambiamento, riflettere sulle opportunità del cambiamento, riconoscere le resistenze personali al cambiamento e sviluppare la propria resilienza di fronte alle difficoltà.

Il III modulo *"Innovazione organizzativa e relazioni interprofessionali: confronto tra gruppi e proposta di soluzioni per accompagnare il cambiamento"* si concentrava principalmente sull'analisi dei problemi derivanti dalle nuove proposte organizzative e la capacità di saperli affrontare sia a livello personale che in gruppo.

Al percorso formativo hanno partecipato 154 professionisti in totale (femmine= 70%; maschi=30%).

Le elaborazioni dei dati si basano sulle prime quattro edizioni svolte nel 2014 per un totale di 110 professionisti.

L'efficacia della **ricaduta formativa** è stata valutata dai professionisti, oltre che con una test di gradimento, anche attraverso uno strumento, somministrato ad ogni edizione, prima e al termine della partecipazione al percorso formativo, costituito da diverse aree atte a valutare sia a livello quantitativo che qualitativo: la conoscenza personale relativa alla riorganizzazione per piattaforme assistenziali dell'Azienda; la motivazione al cambiamento organizzativo; indagare le strategie di coping attraverso il questionario *COPE-NVI-25* (Foà, Tonarelli, Caricati & Fruggeri, 2015); i dati socioanagrafici e relativi all'attività professionale (età, genere, professione, afferenza istituzionale, titolo studio conseguito, dipartimento e struttura di appartenenza, anzianità di servizio).

Hanno risposto al questionario *pre-test* 100 professionisti di cui 71% femmine e 25% maschi. L'età media dei rispondenti varia dai 25 ai 65 anni ($M = 47,99$; $DS \pm 8,22$). La maggior parte del campione è costituito dal 54 % infermieri; dal 23% medici; dal 6% coordinatori, 5% OSS, 3% ostetrico/a e 1% fisioterapista. Il 25% dei professionisti afferivano dal Dipartimento Chirurgico generale e specialistico, il 23% dal Dipartimento Emergenza-Urgenza e area Medica Generale e Specialistica, il 17% dal Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo, il 10% dal Dipartimento Materno Infantile e il 7% dalla Direzione (Missing=17%). Media anzianità di servizio: (Missing=15) *pre-test* $M = 21,48$, $DS \pm 9.56$ (min=2;Max=39) *post test* $M = 21,20$, $DS \pm 9.32$ (min=2;Max=35).L'anzianità di servizio dei partecipanti è di 21,48 anni ($DS = 9,56$), con un range che varia da 2 a 39 anni.

Hanno risposto al questionario *post-test* 89 professionisti, di cui 68,5% femmine e 21,3% maschi. L'età media dei rispondenti varia dai 26 ai 62 anni ($M = 47,68$; $DS = 7,6$).

Per quanto riguarda la conoscenza della riorganizzazione per piattaforme assistenziali, il 71% dei professionisti ha risposto al *pre-test* di esserne a conoscenza al contrario il 29% non era a conoscenza del percorso riorganizzativo. Al *post-test* hanno risposto di esserne a conoscenza il 93,3 % dei professionisti.

Nel *pre-test* il 56% dei professionisti che ha ricevuto le informazioni le ha ritenute in parte chiare e il 40% esaustive, nel *post-test* il 67,4% ha ritenuto esaustive le informazioni ricevute, il 23% in parte chiare e solo 1% non chiare. I professionisti che hanno ritenuto non chiare o in parte le informazioni ricevute rispetto al progetto riorganizzativo ritengono, sia nel *pre-test* che nel *post-test*, necessari sia seminari, incontri, opuscoli o materiale scritto che la formazione sul campo utili ai fini di implementare la conoscenza del progetto. Rispetto alla percezione dell'utilità della piattaforma i professionisti hanno risposto al *pre-test* in maniera affermativa con una media pari a $M = 3,72$, mentre al *post-test* si evidenzia un discreto aumento della media $M = 3,80$.

Rispetto alla domanda *"Come si sente pensando al cambiamento nel contesto lavorativo?"* dalle risposte si evince un aumento in fase *post* significativo riguardo alle emozioni positive come ad esempio: *sentirsi guidato* (*pre-test* $M = 2,96$; $D.S. \pm 0,947$; *post-test* $M = 3,4$; $D.S. \pm 0,884$); *sentirsi aiutato* (*pre-test* $M = 2,98$; $D.S. \pm 0,738$; *post-test* $M = 3,44$; $D.S. \pm 0,813$); *sentirsi fiducioso* (*pre-test* $M = 3,24$; $D.S. \pm 1,18$; *post-test* $M = 3,58$; $D.S. \pm 1,06$); *sentirsi orientato* (*pre-test* $M = 2,90$; $D.S. \pm 1,02$; *post-test* $M = 3,4$; $D.S. \pm 0,884$); *sentirsi tranquillo* (*pre-test* $M = 3,33$; $D.S. \pm 1,14$; *post-test* $M = 3,34$; $D.S. \pm 1,14$).

Le strategie di coping meno adattive come le strategie di evitamento (*pre-test* =1,5; *post-test* =1,45) e orientamento trascendente (*pre-test* =1,66; *post-test* =1,54) sono più frequenti al *pre-test*, rispetto al *post-test*. Si evince, al contrario, un incremento, al *post-test*, di alcune strategie positive di coping, come l'orientamento al problema (*pre-test* =3,17; *post-test* =3,24), l'attitudine positiva (*pre-test* =2,74; *post-test* =2,9) e il sostegno sociale (*pre-test* =2,7; *post-test* =2,9).



Tirocinio clinico del corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale

E' proseguita anche per l'anno 2014 l'attività formativa di natura pratica rivolta al corso regionale per il diploma di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dal D.L.gs. n. 368 del 17.8.1999 e n. 277 del 8.7.2003 e dal D.M. 7.3.2006.

Il diploma si acquisisce mediante la frequenza al corso triennale per il quale l'Azienda collabora alla pianificazione sia dei tirocini ospedalieri sia di quelli integrati con la AUSL di Parma.

Secondo programma regionale, il totale complessivo dell'attività formativa in Azienda corrisponde a tre anni (1368 ore) per ogni corsista, suddivise in due branche specialistiche e una integrata con la AUSL, supportate oltre che dai tutor di unità operativa anche dai tutor di area.

Nel 2014 42 corsisti hanno frequentato i tirocini in Azienda sotto la guida di tutor medici e 12 nel corso dell'anno hanno terminato il loro percorso di tirocinio e si sono diplomati in ottobre.

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

Nel mese di aprile 2014 presso l'UO Chirurgia Vascolare è stato realizzato il corso "SON' PERIFERICO E SON' DOLORI - Gestire il dolore del paziente nelle fasi progressive dell'Arteriopatia Obliterante Cronica Periferica" accreditato ECM. In tale sede una psicologa del Servizio di Psicologia Ospedaliera ha affrontato il tema "Vissuto Psicologico del paziente sottoposto a rivascolarizzazione ed amputazione" mirato a fornire agli operatori strumenti conoscitivi utili nella relazione con i pazienti amputati e i loro familiari.

Fra i temi approfonditi si ricordano l'introduzione alla prospettiva bio-psico-sociale, i vissuti psicologici del paziente connessi alle diverse fasi del percorso chirurgico ed infine l'elaborazione del trauma e il dolore della perdita.

Nel Piano Formativo Aziendale 2014, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio ha promosso, di concerto con il GdL, due eventi su questo specifico tema dal titolo "Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori" (rivolto a tutti i professionisti, 4 ore con crediti ECM) e corso avanzato (con modalità interattiva e simulazioni di situazioni a rischio rivolto a 16 professionisti delle aree a maggior rischio, 16 ore, con crediti ECM). In occasione del primo evento formativo succitato, aperto a tutti i professionisti, è stato somministrato un questionario qualitativo/quantitativo rivolto ai 130 professionisti partecipanti e mirato a raccogliere dati utili alla valutazione delle iniziative realizzate oltre che ad analizzare il fenomeno violenza contro gli operatori anche considerando la prospettiva degli stessi operatori. I risultati confermano che le iniziative proposte sono risultate efficaci nell'accrescere la cultura della sicurezza fra i professionisti, nell'incoraggiare le segnalazioni del fenomeno e nel promuovere ulteriori azioni di miglioramento.

Gli ulteriori interventi attivati nel 2014 volti a promuovere lo sviluppo delle competenze relazionali degli operatori al fine di migliorare il rapporto dell'organizzazione con gli utenti e con i cittadini e per sostenere gli operatori impegnati nella professione di aiuto (nel tentativo di ridurre i fenomeni di burn-out), sono stati rendicontati nella sezione precedente (4.6 Formazione).

4.8 Sistema informativo del personale

Il sistema informativo del personale si configura come un complesso di elementi in grado di fornire un efficace supporto per disporre di tutte le informazioni che sono necessarie per decidere, gestire ed operare.

In un contesto in cui la strategia dell'Azienda si modifica nel tempo e sempre più rapidamente si modificano gli obiettivi da perseguire, in relazione alla peculiarità delle funzioni e ai sempre crescenti debiti informativi sia interni che esterni, diventa indispensabile disporre di un sistema aggiornato e completo.

Con riferimento al sistema informativo del personale, nel corso dell'anno 2014, è proseguita l'attività di aggiornamento del software di gestione del personale (job time) modulo giuridico, mediante l'implementazione di sezioni dedicate all'inserimento dei dati relativi agli incarichi dirigenziali, di posizione



organizzativa e di coordinamento per la mappatura delle posizioni e la gestione delle scadenze degli stessi.

Si è 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, si è mantenuto 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.

Con riferimento all'avvio del processo di integrazione di attività e funzioni è proseguito l'impegno nell'ambito del gruppo dei responsabili del personale inerente l'interpretazione ed applicazione omogenea della normativa. In particolare nel corso del 2014 è stato fornito un contributo a livello regionale per l'analisi finalizzata alla predisposizione del capitolato relativo alla gara per acquisizione di software unico regionale per la gestione del personale.

Correlativamente a tale gara si è fattivamente collaborato in area vasta alla raccolta e al confronto dei dati sia di area economica, sia di area giuridica finalizzati a predisporre l'istruttoria preliminare all'installazione del nuovo software una volta aggiudicato.

A livello provinciale come concordato, con l'Azienda USL, si è data attuazione alla gestione unificata del trattamento aggiuntivo spettante al personale universitario convenzionato, per il quale l'Azienda Ospedaliera, cui tale adempimento è stato affidato, dispone di apposito applicativo.

In particolare si è reso necessario rivedere la procedura informatizzata di gestione degli emolumenti mensilmente dovuti a docenti universitari convenzionati, duplicandola per creare ambiente di gestione del personale afferente l'Azienda USL di Parma. Si sono acquisiti dall'Azienda territoriale, e successivamente verificati con il Settore Stipendi dell'Università, i dati necessari all'implementazione della banca dati e si sono stabiliti tempistiche e contenuti dei flussi mensili necessari all'elaborazione del trattamento aggiuntivo. Il sistema è a regime con trasmissione di files per il pagamento all'Università e di controllo all'Azienda USL.

Nel percorso di pagamento sono state comprese anche le competenze accessorie che l'Azienda USL comunica per ciascun interessato dopo propria elaborazione.

4.9 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Relazioni sindacali

L'ambito negoziale del 2014 è stato caratterizzato dal quadro normativo nazionale e regionale, attuativo delle misure di contenimento della spesa del personale.

La sostenibilità economico-finanziaria del SSR ha richiesto un governo attento della spesa sanitaria nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione e di riorganizzazione del sistema, nel rispetto del quadro normativo di pareggio di bilancio.

A livello attuativo, sono stati avviati processi di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le professionalità, razionalizzando risorse tecnologiche e umane.

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 processi di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, nonché la sottoscrizione di accordi riguardanti la realizzazione di misure premianti, quali strumenti di valorizzazione del contributo degli operatori al conseguimento degli obiettivi di programmazione aziendale e quali fattori di riconoscimento dell'apporto reso per il mantenimento della piena e qualificata erogazione dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale.



Di seguito si elencano i principali documenti negoziali siglati e si delineano le materie trattate per ogni area.

AREA DEL COMPARTO

- Verbale di concertazione in ordine al piano aziendale 2014 riguardante i servizi di pronta disponibilità;
- Verbale di Accordo relativamente al sistema premiante 2013;
- Nota integrativa al verbale di accordo riguardante il "Progetto integrazione disagio per la pronta disponibilità"
- Verbale di Accordo riguardante l'attuazione in ambito aziendale delle linee guida di cui al verbale di incontro interaziendale inerente il progetto di realizzazione della Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Ovest: Piacenza/Parma/Reggio Emilia
- Accordo in ordine agli interventi di contrattazione integrativa sul sistema premiante 2014
- Verbale di consultazione in ordine al Regolamento riguardante i criteri e le procedure per l'affidamento degli incarichi di posizione organizzativa
- Accordo concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2014
- Verbale di incontro in ordine al Piano assunzioni 2014
- Accordo concernente il sistema di produttività per l'anno 2014

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Nota integrativa all'accordo concernente la quantificazione dei fondi contrattuali relativi all'esercizio 2013
- Verbale di intesa in merito alle modalità di utilizzo delle risorse economiche residue 2013 del fondo di perequazione di cui all'art. 57 del CCNL 1998/2001;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2014;
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato 2014.

AREA DIRIGENZA SPTA

- Nota integrativa all'accordo concernente la quantificazione dei fondi contrattuali relativi all'esercizio 2013
- Verbale di intesa in merito alle modalità di utilizzo delle risorse economiche residue 2013 del fondo di perequazione di cui all'art. 57 del CCNL 1998/2001;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2014.

Libera professione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in conformità alle vigenti normative di settore nonché in aderenza con le previsioni della Contrattazione Collettiva Nazionale della dirigenza medica e sanitaria, organizza l'esercizio della Attività Libero Professionale (di seguito A.L.P.).

L'A.L.P. è esercitabile da tutto il personale dipendente appartenente alla dirigenza medica e sanitaria, con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno, che abbia optato per l'esercizio intramuraria dell'attività, previa autorizzazione del Direttore Sanitario e non può comportare, per ciascun dirigente, un volume orario superiore a quello assicurato nell'ambito istituzionale.

Per A.L.P. della dirigenza medica e sanitaria si intende quell'attività che detto personale, individualmente o in equipe, esercita fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital, di day surgery o di ricovero ordinario, in favore e su libera scelta dell'assistito, con oneri a carico dello stesso, o di assicurazioni, o fondi sanitari integrativi del S.S.N. di cui all'art. 9 del D. Lgs. 502/92.

L'attività esercitata in regime ambulatoriale può prevedere al proprio interno attività di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Pur favorendo lo sviluppo dell'A.L.P., l'Azienda disciplina l'attività affinché questa non si configuri come concorrenziale nei confronti del S.S.N. ed il suo svolgimento sia organizzato in modo tale da assicurare prioritariamente l'assolvimento dei compiti istituzionali e la funzionalità dei servizi, nel rispetto della normativa disciplinante la materia, salvaguardando i seguenti principi:

- diritto del cittadino alla continuità delle cure, intese quale scelta sia del medico, sia della modalità organizzativa per lui più soddisfacente;
- assenza di contrasto con le finalità e gli obiettivi propri dell'Azienda al fine di rafforzarne il ruolo primario nel settore;
- identificazione di modalità organizzative che non siano di ostacolo allo svolgimento delle attività istituzionali.



Nell'anno 2014 il numero di prestazioni erogate in regime di libera professione è aumentato complessivamente rispetto all'anno precedente con un'erogazione complessiva di 37.450 prestazioni erogate a fronte 36.090 erogate nel 2013.

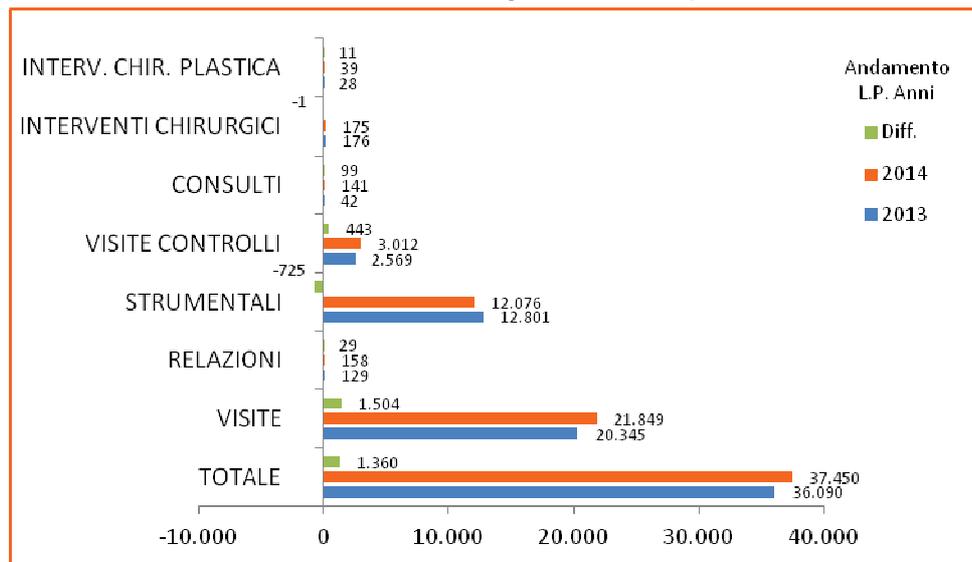
Un aumento anche percentuale, nell'ordine del 3,63%, che ha invertito il trend negativo dell'anno precedente.

L'anno trascorso ha visto, rispetto al 2013, un aumento numerico sia delle Visite ordinarie sia delle Visite di controllo, una conferma del dato relativo all'attività in regime di ricovero ed una flessione dell'attività strumentale nell'ordine del 6%.

Tabella 29 Andamento attività libero professionale, confronto anni 2013 e 2014

Andamento LP anni 2013/14	2013	2014	Diff.
VISITE	20.345	21.849	1.504
RELAZIONI MEDICO LEGALI	129	158	29
VISITE STRUMENTALI	12.801	12.076	-725
VISITE DI CONTROLLO	2.569	3.012	443
CONSULTI	42	141	99
INTERVENTI CHIRURGICI	176	175	-1
INTERVENTI CHIRURGICI PLASTICA	28	39	11
Totale	36.090	37.450	1.360

Grafico 11 Andamento attività libero professionale, confronto anni 2013 e 2014



Le prestazioni maggiormente erogate in regime di Libera Professione, come di consueto, sono state le visite in regime ambulatoriale.

Rispetto all'anno 2013, nel 2014 sono diminuite le visite ginecologiche mentre sono aumentate, in particolare, sia le visite neurochirurgiche sia le visite cardiologiche.

Di seguito si riportano i grafici relativi alle visite maggiormente erogate nel 2013 e nel 2014.



Grafico 12 Visite maggiormente erogate, anno 2013

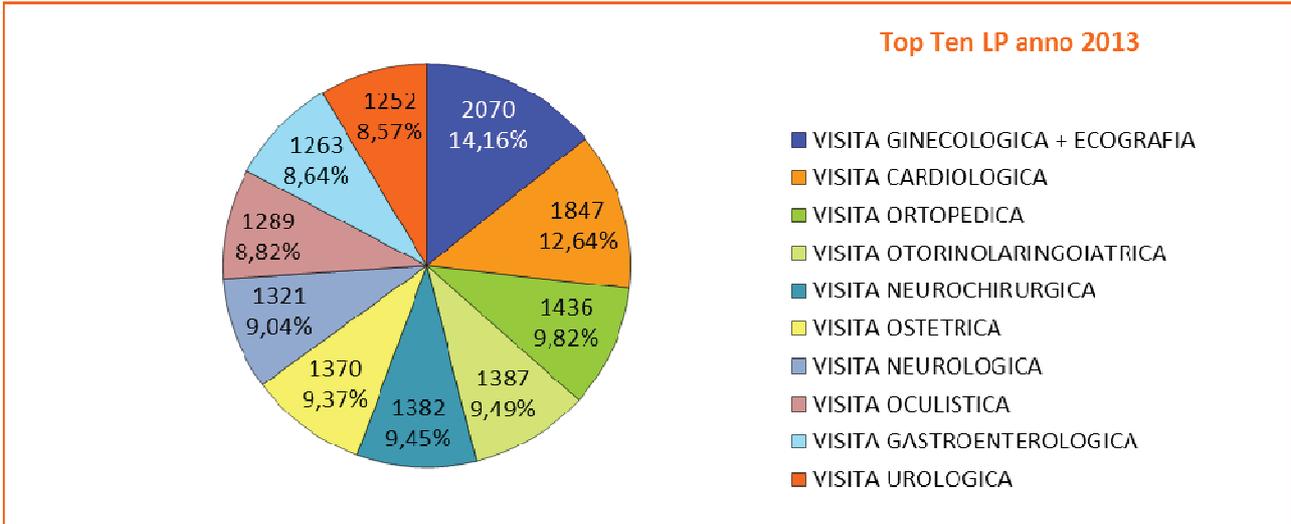
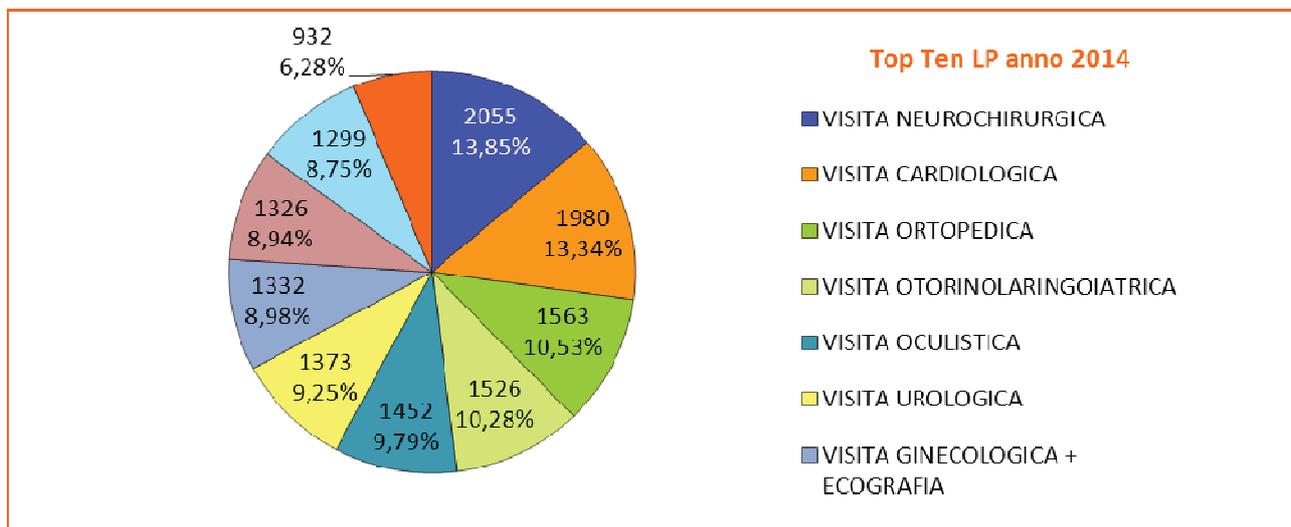


Grafico 13 Visite maggiormente erogate, anno 2014



Gestione del contenzioso

Nell'anno 2014 si è consolidata la pianificazione dell'avvio della gestione diretta dei sinistri di cui al programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie (D.G.R. n. 1350/2012, Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 13, successivamente modificata con l'art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28). Fondamentale, a tal fine, è stata l'esperienza maturata negli ultimi esercizi nella gestione dei sinistri dell'ex compagnia di assicurazioni sottoposta a procedura di liquidazione coatta amministrativa i cui sinistri vengono gestiti dall'Azienda tecnicamente in autoassicurazione. Nel dettaglio, nell'anno 2014, sono stati gestiti i seguenti procedimenti:

a) Contenzioso del lavoro avviato da personale dipendente e/o assimilato:

- n. 5 domande di tentativo facoltativo di conciliazione innanzi la Direzione Territoriale del Lavoro. Le domande sono state tutte conciliate;
- n. 53 ricorsi innanzi al Tribunale di Parma, Sez. Lavoro di cui n. 50 concluse con sentenza, n. 2 conciliate in sede giudiziale, n. 1 pendente. Si precisa che n. 49 posizioni hanno riguardato vertenze inerenti personale esercente attività assistenziale presso l'Azienda, da considerarsi riunite in ragione dell'identico oggetto. La sentenza che ne ha pronunciato il rigetto nel merito è stata unica per tutte le posizioni;



- n. 2 ricorsi innanzi la Corte d'Appello di Bologna, Sez. Lavoro, di cui uno concluso con sentenza ed uno pendente;
- n. 1 ricorso pendente innanzi la Corte di Cassazione.

b) Contenzioso amministrativo:

- n. 48 ricorsi innanzi al TAR, Sez. di Parma, di cui n. 35 conclusi con sentenza, n. 13 pendenti.

Quanto all'oggetto dei contenziosi, deve precisarsi che:

- n. 46 posizioni hanno riguardato vertenze inerenti personale esercente attività assistenziale presso l'Azienda, da considerarsi riunite (anche se non ritualmente) visto l'identico oggetto delle procedure. Delle 46 cause, 34 si sono concluse con altrettante sentenze di rigetto per carenza di giurisdizione; n. 12 sono pendenti;
- n. 1 causa ad oggetto il ricorso di personale medico dipendente, conclusa con sentenza favorevole all'Azienda;
- n. 1 causa ad oggetto appalti pubblici, pendente.

c) Tribunale Civile ordinario:

- n. 3 cause, di cui n. 2 innanzi al Tribunale di Parma (n. 1 sequestro conservativo di somme e n. 1 scioglimento contratto di formazione specialistica), entrambe concluse e n. 1 innanzi al Tribunale di Paola (opposizione a decreto ingiuntivo).

d) Procedure concorsuali:

Nel 2014 è stato attivato innanzi al Tribunale di Genova, Sez. Fallimentare, ricorso in opposizione allo stato passivo dell'ex compagnia di assicurazioni sottoposta a procedura di liquidazione coatta amministrativa. La vertenza è tuttora pendente.

Sempre avanti il medesimo Tribunale di Genova è pendente altra causa attivata da impresa finanziaria per questione connessa al deposito dello stato passivo sopra descritto.

4.10 Le azioni in tema di servizi alla persona e ai dipendenti

Il nido aziendale

Il nido d'infanzia, destinato ai figli dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma e dell'Azienda USL di Parma, è un servizio educativo e sociale in grado di offrire proposte educative adeguate alle esigenze affettive, psicologiche e sociali dei piccoli utenti.

Risultato delle sinergie e della costante collaborazione tra il Comune di Parma e le Aziende Sanitarie, l'asilo d'infanzia realizza un progetto che risulta tuttora innovativo ed attuale, volto ad agevolare non solo i lavoratori interessati ma avente significativi vantaggi anche per l'intero tessuto sociale della città.

Il nido, riservato ai figli dei dipendenti aventi un'età compresa tra i 12 e i 36 mesi, a fronte di una capacità ricettiva complessiva della struttura di 55 posti, destina ben 33 posti ai figli dei professionisti dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria ed è aperto cinque giorni la settimana dal lunedì al venerdì.

Il notevole orario di apertura, basato su due turni che coprono la fascia dalle 6.30 alle 19.00, coniuga le prevalenti esigenze dei piccoli utenti con l'orario di lavoro dei genitori, favorendo le esigenze del personale turnista.

La pausa estiva, nel corso dell'anno passato, è stata circoscritta al solo mese di agosto, risultando quindi di durata inferiore rispetto a quella realizzata in altri asili presenti sul territorio comunale.

Per facilitare ulteriormente i dipendenti, è prevista la possibilità di apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste con la possibilità di fissare con il gestore un orario più elastico e maggiormente sovrapponibile a quello lavorativo, soprattutto se paragonato agli orari effettuati dalle altre analoghe strutture, incoraggiando la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, in un'ottica volta a rinforzare le pari opportunità delle lavoratrici e mettendo a disposizione, di entrambi i genitori dipendenti, la possibilità di conciliare al meglio il ruolo di genitore con quello di lavoratore.



I servizi alla persona

Nell'ambito dei servizi alla persona, nell'anno 2014, l'Azienda ha mantenuto i benefit per il personale dipendente già proposti negli scorsi anni e positivamente sperimentate per agevolare il tragitto casa-lavoro e il parcheggio della propria autovettura durante l'orario di lavoro.

La convenzione con Infomobility e Comune di Parma per l'abbonamento a tariffa agevolata per la sosta nelle aree delimitate dalle righe blu in due zone adiacenti all'ospedale, è stata utilizzata da n. 50 dipendenti.

Gli abbonamenti sono destinati ai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato, che ne fanno apposita richiesta e sono assegnati in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro.

Contestualmente l'Azienda ha rinnovato la propria adesione alla convenzione con la TEP (l'azienda di trasporti locale) per far ottenere agli operatori dell'ospedale abbonamenti agli autobus urbani ed extra urbani a tariffa agevolata. Nel 2014 50 dipendenti hanno sfruttato tale agevolazione.

Infine, per facilitare gli spostamenti all'interno dell'area ospedaliera, è proseguito il servizio di bus navetta dell'Ospedale, che collega con percorso circolare i principali punti dell'area ospedaliera.

Il servizio, utilizzabile gratuitamente da dipendenti e utenti, è assicurato dal lunedì al venerdì dalle 7.00 alle 15.00, per favorire gli spostamenti di chi, per motivi personali o di lavoro, si deve spostare da una parte all'altra nell'ambito del perimetro ospedaliero.

Al fine di tutelare la sicurezza degli operatori, soprattutto di coloro il cui turno inizia o termina nelle ore serali/notturne, si è mantenuto altresì 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 Volturmo, Via Abbeveratoia, Via Leporati e Via Rasori.

Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro

Le risorse umane sono un elemento strategico per il successo dell'impresa, 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 lo sviluppo dell'impresa.

Le politiche per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro sono state predisposte proprio per evitare che occupazione e famiglia siano in contrapposizione. Le disposizioni introdotte con la legge 8 marzo del 2000 n. 53 hanno rappresentato un punto di svolta con l'obiettivo di promuovere un equilibrio tra i tempi di lavoro, di cura, di formazione e di relazione.

Il Testo Unico sui congedi parentali (Decreto Legislativo n. 151 del 26.03.2001) rappresenta ancora oggi la normativa di riferimento in materia di tutela della maternità e paternità e di conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro.

Le disposizioni contenute in questo provvedimento sono orientate ad incentivare l'uso dei congedi parentali per la cura dei figli, a focalizzare l'attenzione sulle politiche dei tempi delle città, per richiamare gli enti locali ad esercitare funzioni essenziali per il bilanciamento dei tempi e la qualità della vita delle persone e delle famiglie e, in ambito aziendale, a sensibilizzare aziende e parti sociali alla sperimentazione di azioni positive per la conciliazione sul luogo di lavoro

Nell'ambito degli strumenti a propria disposizione, l'Azienda, anche per l'anno 2014, ha cercato di attuare i principi sopra descritti, attraverso l'applicazione della normativa contenuta nel testo unico sulla tutela della maternità e paternità. Ciò si è tradotto nel riconoscimento, pur nel rispetto dei limiti e con le modalità previste dalla normativa stessa, di part time, permessi, congedi e aspettative (non solo per quei lavoratori che svolgono l'importante ruolo genitoriale ma anche per coloro che assistono familiari in situazione di disabilità), nonché in talune ipotesi, nelle quali le esigenze organizzative lo hanno consentito, di concessione di orari flessibili per venire incontro alle necessità del dipendente derivanti dalla propria situazione personale e familiare.

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 anni 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.

L'analisi dei dati relativi all'utilizzo di permessi, congedi e aspettative per la cura dei figli e dei familiari, ribadisce il trend già evidenziato negli anni precedenti: l'assenza dal lavoro per queste motivazioni 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 fruita.

Tabella 30 Giornate di assenza per la cura di figli o familiari, anno 2014

Assenze per malattia figlio			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	228	2949	COMPARTO
M	61	636	COMPARTO
F	12	103	DIRIGENZA
M	2	9	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	210	7941	COMPARTO
M	48	751	COMPARTO
F	27	1060	DIRIGENZA
M	4	67	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	14	916	COMPARTO
M	1	28	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	59	6105	COMPARTO
M	10	1761	COMPARTO
F	0	0	DIRIGENZA
M	1	48	DIRIGENZA
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	10	260	COMPARTO
M	0	0	COMPARTO
Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	240	5106	COMPARTO
M	39	771	COMPARTO
F	12	132	DIRIGENZA
M	8	130	DIRIGENZA

Tabella 31 Incidenza percentuale delle giornate di assenza per cura dei familiari e dei figli e media delle giornate utilizzate, distribuzione per genere e area contrattuale

Distribuzione dipendenti sul totale		% giornate di assenza fruita e giornate medie di assenza (ggm)											
%	Tipologie (genere e area contrattuale)	Congedo parentale		Malattia figlio		Permessi legge 104/92		Congedo non retribuito per gravi motivi familiari		Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01		Aspettativa non retribuita figli minori 6 anni	
		%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm	%	Ggm
63,47%	Femmine comparto	80,87	37,81	79,76	12,93	83,17	21,28	97,03	65,43	77,14	103,47	100,00	26,00
21,61%	maschi comparto	7,64	15,65	17,20	10,43	12,55	19,77	2,96	28,00	22,25	176,10		
7,66%	femmine dirigenza	10,79	39,26	2,78	8,58	2,15	11,00						
7,26%	maschi dirigenza	0,70	16,75	0,26	4,50	2,11	16,25			0,61	48,00		

Nella tabella precedente è rilevata l'incidenza percentuale delle giornate di assenza fruita in base al genere e all'area contrattuale. Si percepisce immediatamente che l'astensione dal lavoro per le necessità familiari è prerogativa della popolazione femminile e, in misura maggiore, della componente dell'area del comparto.

La popolazione maschile del comparto, che rappresenta il 21,61% del totale dei dipendenti, ha utilizzato, seppur sempre in misura ridotta rispetto alle lavoratrici donne ma in incremento rispetto allo scorso anno, il 22,25% delle giornate di assenza per congedo retribuito di cui all'art. 42 D. Lgs. 151/01 (cioè il congedo retribuito per assistenza a disabili). Per quanto riguarda la dirigenza, la principale causale di assenza delle lavoratrici è ancora rappresentata dal congedo parentale (10,79% per 39,26 giornate medie 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 (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali), con particolare riferimento a tre ambiti:

- La comunicazione per l'accesso ai servizi
- La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- La comunicazione interna aziendale



Ospedale di Parma

Cura e scienza al servizio dell'uomo



Visite ed esami

Le prestazioni offerte, la prenotazione e il pagamento del ticket:



Reparti e servizi sanitari

Pronto soccorso, medicine, chirurgia, pediatria: tutte le strutture dell'Ospedale di Parma



Ricovero

Urgente, ordinario o diurno (day hospital, day surgery), cose serve, consigli e servizi disponibili

Raggiungere l'ospedale



Carca

L'agenda

Buffet di poesia nel giardino di Medicina Riabilitativa

Nella giornata di giovedì 20 giugno alle 18.30 è in programma "Buffet di poesia": un reading pubblico di poesie da parte degli ...
20/06/2013

La chiusura dell'auricola nella prevenzione dell'Embolia Cardiogena

E' in programma venerdì 21 giugno all'Aula congressi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il



Primo piano

Percorso nascita: sinergia tra servizi sociali e sanitari

Firmato il protocollo d'intesa tra i comuni del distretto di Parma, Aziende ospedaliere, Ausl e Associazioni di Volontariato

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

Home Cruscotto Personale Elenco Telefonico Collegamenti Applicativi Posta

Home cerca: ..

Menu Principale

- Home
- Il sito www.ao.pr.it
- Rassegna Stampa
- News
- Bilancio di Missione
- Dirigenza
- Servizio Attività Tecniche e Logistiche
- Servizio di Medicina Preventiva Igiene Ospedaliera
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Servizio Fisica Sanitaria
- Servizio Gestione e Sviluppo del Personale
- Servizio Affari Generali
- Servizio Informativo Aziendale
- Servizio Ingegneria Clinica
- Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento
- Strumenti

Cassa Economale: gli orari di apertura estivi del Servizio
Lunedì 15 Luglio 2013 09:33

Da lunedì 15 luglio a domenica 15 settembre, la Cassa Economale del Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento effettuerà i seguenti orari di apertura al pubblico: da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e il giovedì dalle 14.00 alle 16.00.

Chiusura delle SDO entro il 15 luglio
Martedì 09 Luglio 2013 11:00

Si invitano gli operatori sanitari ad effettuare la chiusura e la validazione di tutte le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) incomplete dei dimessi, entro e non oltre il 15 luglio 2013. Per informazioni contattare Libera Notarangelo (interno 3127 - 3135).

Questionario per la rilevazione dell'utilizzo delle banche dati. Prorogati i termini per le risposte
Mercoledì 03 Luglio 2013 11:48

Il Servizio Formazione e aggiornamento in collaborazione con la biblioteca di Medicina e Chirurgia dell'Università promuove un'indagine, rivolta a tutti i professionisti dell'Azienda, sull'utilizzo delle risorse bibliografiche disponibili in formato elettronico (banche dati e periodici scientifici), effettuata attraverso un questionario informatizzato. Le risposte, che dovranno pervenire entro il 30 Settembre, daranno un contributo significativo all'aggiornamento delle banche

July 2013

M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

Calendario Eventi
Segnalazioni e Commenti

Focus

- Emergenza non Cliniche
- Rilevazione giacenze
- Commissione Farmaco AVEN
- Documenti Farmaco RER
- Dispositivi Medici
- Collegio delle Professioni Sanitarie
- Comitato Unico di Garanzia
- CRAI





Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La comunicazione è testimonianza concreta dell'attività dell'Azienda e fattore di comprensione della struttura ospedaliera. Per questo 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 2014, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha promosso lo sviluppo di un sistema di comunicazione al fine di garantire un messaggio corretto e il più possibile esaustivo. Nelle pagine di questo capitolo saranno rendicontati attività e strumenti messi in atto per garantire, oltre ad una informazione trasparente, una "buona" comunicazione.

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

Promuovere la conoscenza e l'uso corretto dei servizi è una delle necessità e delle finalità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Diversi sono gli strumenti utilizzati e attivati che mirano ad avvicinare i cittadini all'Ospedale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema di garanzie che soddisfi la domanda di informazione, la richiesta di accesso ai servizi, e che dia risposta a dubbi e quesiti che il cittadino avverte 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 web



Il sito web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresenta, sempre più, la principale porta d'ingresso per conoscere in maniera dettagliata le strutture del Maggiore, le attività sanitarie erogate, le informazioni sull'accesso ai servizi e le modalità di prenotazione di visite ed esami specialistici e strumentali. Attraverso il sito infatti, il cittadino può ad esempio, pagare il ticket e consultare l'elenco delle prestazioni che è possibile svolgere in libera professione. Il portale web, che risponde ai doveri di pubblicazione dettati anche dalla normativa regionale e nazionale, deve quindi risultare completo, tempestivo e aggiornato per dare certezze all'utente e promuovere attraverso l'informazione una maggiore partecipazione alla vita dell'ente.

L'attività dell'ufficio Comunicazione aziendale nel corso del 2014, ha riguardato l'elaborazione delle notizie, l'inserimento nella sessione agenda di congressi, corsi di aggiornamento ed eventi, la redazione di nuovi contenuti delle pagine web dedicate alla presentazione delle attività di reparto e la predisposizione di nuove gallerie fotografiche. In netta crescita rispetto al 2013, e raddoppiato negli ultimi due anni, risulta il numero dei comunicati e delle notizie pubblicate nella home page che passa da 77 nel 2012 a 123 nel 2013, a 155 del 2014. Nel corso dell'anno, inoltre, sono state create due nuove sessioni "Amministrazione trasparente" e "Anticorruzione" al fine di assolvere agli adempimenti di pubblicità, trasparenza, diffusione delle informazioni in materia di prevenzione della corruzione, richiesti dal D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013. In seguito alla riorganizzazione dei Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria passati da 11 a 5, nel



corso del 2014, l'Ufficio ha riorganizzato la sessione "Reparti e servizi sanitari" secondo i 5 nuovi dipartimenti: Chirurgico generale e specialistico, Diagnostico, Emergenza-Urgenza e area medica generale e specialistica, Materno-Infantile e Medico geriatrico riabilitativo. L'attività di comunicazione on-line si è concentrata infine anche sulla rielaborazione delle macro sessioni "Ricerca" e "Formazione", alle quali è dedicato un ampio spazio sul sito web, organizzate in sotto pagine anch'esse oggetto di modifica.

Gli accessi al sito

Nel corso del 2014 gli accessi al sito sono stati 568.967, in aumento del 18,61% rispetto all'anno precedente, effettuati da 310.129 utenti singoli (in aumento anch'essi del 33,89%), con una visualizzazione di oltre 1.600.000 pagine.

Tra le pagine più visualizzate abbiamo l'Home page con 280.641 visite, pagina base dalla quale è possibile accedere alle diverse sessioni, e l'Area riservata con 127.343 accessi, a dimostrazione di come il sito web sia diventato strumento importante per i professionisti per l'accesso ad applicativi di lavoro. Troviamo poi la pagina Reparti e servizi sanitari, che riporta indicazioni per l'accesso ai servizi (88.093 visitatori) e Lavorare (con 81.185 accessi), nella quale vengono pubblicati bandi di gara e concorsi. In ogni percorso di navigazione sono state viste circa 3 pagine e la durata media di permanenza nelle sessioni è stata di 2 minuti e 19 secondi, costante rispetto all'anno precedente. Dal documento di sintesi emerge l'aumento del numero di nuovi visitatori pari al 6% e la fruizione di nuove sessioni come "Contatti" (+ 15,33%) e "Visite ed esami" (+ 17,33%). L'analisi del biennio 2013-2014, sottolinea, inoltre come ci sia stato un significativo aumento delle visite al portale a partire da strumenti mobile quali Smartphone e Tablet pari all'84,33%, nel 2013 rappresentavano il 21,48 % del traffico totale mentre nel 2014 il 33,06 %.

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nel corso dell'anno 2014 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) ha proseguito l'attività nel rispetto delle funzioni principali ad esso assegnate dall'art. 8 della legge 150/2000, garantendo informazioni chiare ed esaustive, l'accoglienza, l'accesso agli atti e la partecipazione; agevolando l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'informazione sulle disposizioni normative e amministrative, e sulle strutture; promuovendo l'ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti; garantendo lo scambio di informazioni fra l'ufficio e le altre strutture operanti in Azienda; promuovendo e organizzando la comunicazione interna; promuovendo la comunicazione interistituzionale, attraverso lo scambio e la collaborazione tra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle altre amministrazioni.

L'attività dell'U.R.P. si è svolta sia per quanto concerne l'area dell'informazione e della prestazione (comunicazione esterna, attività di informazione su disposizioni normative e sui servizi offerti, garantire l'esercizio dei diritti di accesso, la partecipazione, promuovere informazioni su temi di interesse generale) sia nell'area dell'ascolto e della verifica (attuazione dei processi di verifica della qualità dei servizi e della soddisfazione degli utenti, attraverso l'ascolto e l'analisi delle segnalazioni pervenute)

L'U.R.P., nel 2014, è stato in grado di svolgere più funzioni e di corrispondere ad una domanda differenziata di servizi da parte del cittadino. Ha continuato ad essere strumento di cambiamento continuo ponendo l'accento sulle importanti funzioni sopraelencate individuando alcuni processi necessari, in particolare quelli riguardanti la comunicazione interna e la condivisione delle informazioni tra i diversi uffici e servizi e l'ufficio per le relazioni con il pubblico.

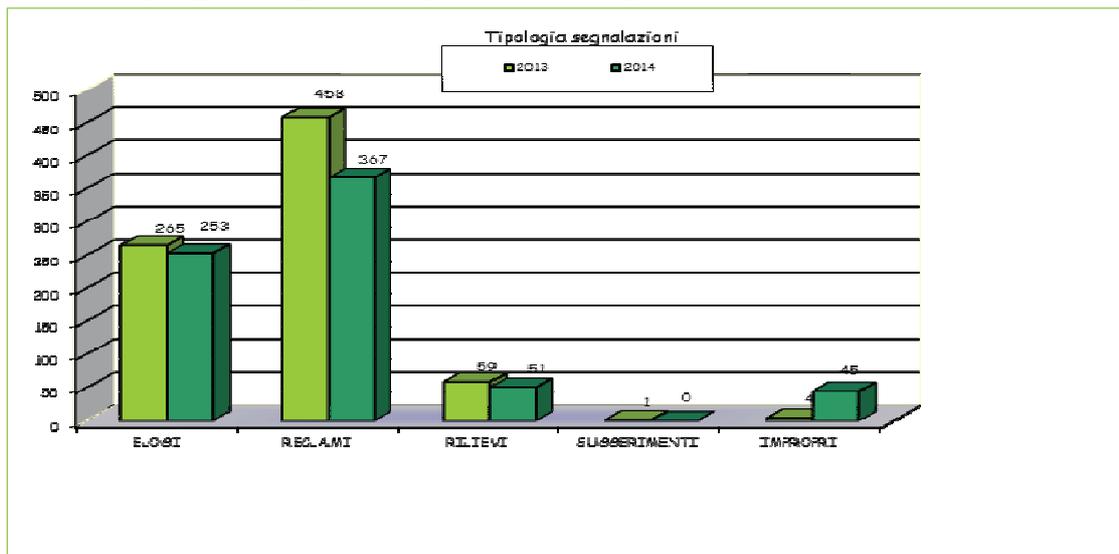
L'U.R.P. si è occupato anche della raccolta delle segnalazioni (reclami, elogi, rilievi, suggerimenti) pervenute dai cittadini direttamente o tramite le associazioni ed enti di loro rappresentanza che nel 2014 possono essere riassunte nello schema sottostante e relativo grafico interpretativo. Il grafico 1 propone il confronto con i dati dell'anno precedente.

Tabella 3 Le segnalazioni pervenute all'Urp, nel 2014

Totale segnalazioni
253 elogi (35,3%)
367 reclami (51,3%)
51 rilievi (7,1%)
0 suggerimenti (0,0%)
45 impropri (6,3%)



Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2013-2014



Per quanto concerne la mediazione dei conflitti, sono stati gestiti, attraverso l'U.R.P., in collaborazione con il Medico Legale, incontri mirati a ristabilire il dialogo tra utenti e professionisti, allo scopo di giungere ad un processo di riattivazione delle relazioni riducendo il rischio di conflittualità con i pazienti e i loro familiari e giungendo così ad un contenimento di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento.

Ai pazienti, o loro familiari, fuori provincia e/o fuori regione in cura presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in regime di degenza ordinaria, di Day Hospital o ambulatoriale è stato offerto un Servizio di Residenza Ospedaliera con supporto alberghiero in collaborazione con l'ACER - Azienda Case Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda la divulgazione di materiale divulgativo e informativo sulle campagne di informazione regionali e locali, l'U.R.P. ha provveduto alla distribuzione minuziosa di pieghevoli e locandine in tutti i luoghi di maggiore afflusso di utenti (sale di attesa di ambulatori, punti di prenotazione, eccetera).

Il Responsabile e gli operatori esperti dell'U.R.P. hanno partecipato a numerosi incontri presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, al fine di definire i contenuti da sviluppare nel percorso formativo "Strumenti per l'Urp di domani", in linea con quanto previsto dalla L. 150/2000, rivolto agli operatori URP. Si è colta l'occasione per approfondire alcuni temi che possano innovare il sistema e portare a una maggiore omogeneizzazione di pratiche e comportamenti virtuosi nella gestione delle segnalazioni e della relativa ricaduta sul "sistema informativo segnalazioni URP Sanità". Il percorso ha consentito altresì di costruire in modo condiviso revisioni, modifiche ed integrazioni ai Manuali e Linee Guida relativi al sistema informativo. Il percorso alternerà lezioni frontali, simulazioni, esercitazioni individuali o di gruppo e momenti discussioni in plenaria. Previste anche esercitazioni a distanza attraverso la piattaforma "Self-Pa".

Numero verde

L'attività di aggiornamento costante delle informazioni contenute nella banca dati del Numero Verde regionale è proseguita lungo tutto l'anno 2014, con costanza e precisione, garantendo la correttezza e la validità dei contenuti di pertinenza aziendale. Tale attività ha garantito sia la qualità della risposta degli operatori del call center che la consultazione dei dati visualizzati dai cittadini che accedono al portale Saluter della Regione Emilia-Romagna, nelle pagine alimentate dalla stessa banca dati del numero verde regionale.

La risposta alle domande di secondo livello pervenute dal call center regionale è stata curata con la consueta attenzione e precisione, soddisfacendo tutte le richieste particolarmente complesse poste dai cittadini.



5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità

La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità, oltre ad essere veicolata attraverso il sito internet aziendale, avviene tramite la redazione di comunicati e all'organizzazione di conferenze da parte dell'Ufficio Stampa. Le principali attività dell'Ospedale di Parma vengono così portate a conoscenza dei cittadini tramite gli organi di informazioni.

Altro importante strumento per la comunità è rappresentato dalle campagne informative 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. L'Azienda, infatti, 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. Infine, nell'ottica 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 2014 la predisposizione di brochure e materiale informativo.

La Centrale Unica Emilia Ovest



Il 10 dicembre 2014 è stata avviata la Centrale unica 118 Emilia ovest che, nel corso dell'anno, ha visto la concentrazione delle chiamate di soccorso, prima di Reggio Emilia e poi di Piacenza, confluire nella Centrale di Parma (cfr. il capitolo 7). L'attività di comunicazione esterna, in collaborazione con l'assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia Romagna e le Aziende sanitarie delle province interessate è stata governata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, sia durante le iniziative di presentazione della Centrale Unica, sia a unificazione avvenuta.

La comunicazione si è sviluppata oltre che con comunicazioni alla stampa e interviste anche con servizi radiotelevisivi e approfondimenti sul campo con gli operatori del 118 e delle associazioni di Volontariato coinvolti nel processo di unificazione.

La concentrazione delle chiamate verso un'unica Centrale non ha causato cambiamenti nelle modalità di attivazione

dei soccorsi da parte dei cittadini, ma ha permesso l'ottimizzazione delle telefonate in arrivo avvalendosi di tecnologie all'avanguardia in grado di supportare l'operatore nella precisa localizzazione dell'evento traumatico e consentire maggiore efficienza e tempestività dei soccorsi.

La realizzazione della nuova Centrale ha comportato anche l'attuazione di percorsi condivisi tra le province del territorio, nello specifico la comunicazione è stata ridefinita nelle modalità di diffusione delle informazioni e nel rapporto con la stampa locale per ciò che concerne l'attività della Centrale che impatta con le notizie di cronaca non sanitaria delle redazioni giornalistiche.

La comunicazione per le emergenze



In seguito all'emergenza alluvione che ha colpito Parma nel mese di ottobre 2014, l'attività di comunicazione dell'Azienda, sotto la regia della Regione Emilia Romagna, si è concentrata per fornire all'utenza un'informazione tempestiva e puntuale in merito a tutta una serie di interventi presi per sostenere e i cittadini colpiti dall'alluvione, dando allo stesso tempo esito del buon funzionamento dei servizi di emergenza-urgenza che hanno coinvolto la centrale del 118.

La comunicazione in questi casi oltre ad essere tempestiva ha visto il sito internet dell'Azienda essere il



principale strumento di diffusione delle informazioni, rilanciate poi attraverso il sito ai mezzi di comunicazione. In particolare l'ospedale di Parma è stato protagonista in prima persona in quanto oltre 50 pazienti provenienti dalla Casa di cura "Piccole Figlie", fortemente colpita dall'alluvione, sono stati trasferiti presso le strutture dell'Azienda. Anche in questo caso si è resa necessaria una comunicazione alla città puntuale e tempestiva che ha visto coinvolti i servizi aziendali.

L'apertura del Giardino riabilitativo

L'intensa attività di comunicazione portata avanti negli anni precedenti per sostenere il progetto del



Giardino riabilitativo, vera e propria palestra all'aperto, è arrivata nel 2014 alla fase conclusiva con l'inaugurazione e la sua presentazione alla cittadinanza. Nel caso specifico, la comunicazione è stata fondamentale perché la realizzazione dello spazio esterno di cura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è stata totalmente sostenuta da una raccolta fondi che ha visto coinvolti numerosi Enti e Associazioni del territorio.

L'inaugurazione del Giardino e la sua presentazione alla città è stata quindi anche occasione per rendicontare alla cittadinanza le spese oggetto di beneficenza e testimonianza di un impegno collettivo da parte della comunità. La comunicazione si è sviluppata sia sui media locali sia sulle riviste di settore, in quanto il Giardino riabilitativo ha rappresentato anche una novità dal punto di vista

terapeutico.

L'area verde, infatti, è stata pensata per la riabilitazione motoria dei pazienti del reparto di Medicina riabilitativa, la cui presa in carico ottimale contempla il recupero dei disturbi motori e cognitivi. Il Giardino si presenta con superfici calpestabili di diversi materiali e pendenze, con gradini e un percorso a ostacoli per l'addestramento all'abilità e alla destrezza delle persone in cura. Sono presenti all'interno dell'area una zona dedicata alla manualità, uno spazio dedicato all'attività sportiva.

Giornata della trasparenza



La piena attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013) sono stati evidenziati nella giornata della trasparenza, convegno pubblico e aperto ad utenti, cittadini, istituzioni, associazioni, comitati consultivi misti, organizzazioni sindacali e di categoria, organizzato e diffuso con il supporto alla

comunicazione interna ed esterna delle due Aziende sanitarie del territorio. L'attività di comunicazione si è concentrata sull'aggiornamento e pubblicazione puntuale nel sito in tema di trasparenza, lavoro che ha comportato la soddisfazione tutti gli indicatori di riordino previsti (68 indicatori su 68), sono state inoltre soddisfatte le sezioni di attestazione degli organi indipendenti di valutazione e la sezione "altri indicatori" previsti nella Home page aziendale.

Bilancio di Missione



Negli ultimi anni il BdM, documento che risponde anche ad obblighi di pubblicità trasparenza e rendicontazione, ha praticamente abbandonato la veste cartacea per rinnovarsi ed aumentare la fruibilità attraverso la consultazione on-line nel sito web aziendale. La progettazione di una nuova pagina nel sito del Bilancio di Missione, principale strumento di rendicontazione aziendale è stata progettata e introdotta in via sperimentale nel 2013. Nel corso del 2014 la pagina dedicata al BdM e basata sull'ipertesto, ossia la possibilità di leggere i diversi contenuti del documento attraverso collegamenti, facilitando così l'accesso alle



informazioni, è stata affinata e ulteriormente semplificata dando così al lettore la possibilità di collegarsi direttamente alla parte scelta.

Menzione speciale all'Ospedale alle donne vittime di violenza



Il progetto sull'accoglienza ospedaliera alle donne vittime di violenza, sui cui si è focalizzata l'attività di comunicazione negli anni passati (cfr. BdM 2013), è stato premiato nel 2014 con una menzione speciale alla seconda edizione del Concorso Best Practice, organizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da). Il concorso ha interessato le 67 strutture ospedaliere del territorio nazionale con bollini rosa, che quindi già si caratterizzano per una particolare attenzione verso i servizi offerti alle donne e le patologie femminili. Anche in questo caso la comunicazione, oltre a illustrare le attività progettuali dell'Azienda e a evidenziare i risultati raggiunti, è stata necessaria per far conoscere nuovi servizi di accoglienza e di cura.

L'Ospedale di Parma ha ottenuto infatti una menzione speciale per le competenze espresse nell'assistenza alle donne vittime di violenza: dal miglioramento delle procedure interne di accoglienza in Ospedale, alla realizzazione di una rete strettamente correlata al territorio e al volontariato. In ospedale è stato infatti istituito il servizio di accoglienza, al fine di governare il percorso sanitario della donna che ha subito violenza, attraverso l'applicazione di una procedura ben definita per gli operatori sanitari. Il percorso, che inizia con l'accesso al Pronto soccorso, vede la realizzazione di un iter definito e condiviso, dall'accoglienza alla realizzazione di procedure sanitarie, sino alla dimissione e all'attivazione delle risorse territoriali finalizzate a una presa in carico tempestiva e alla pianificazione di un progetto individuale di intervento nel rispetto della volontà della donna.

La valorizzazione della medicina di genere

In continuità con il percorso di educazione alla Medicina di genere avviato nel 2013, nel 2014 è stato realizzato, in occasione della festa della donna, il convegno dedicato alla valorizzazione delle diversità in tema di salute tra uomini e donne "Medicina delle differenze: diversità e disuguaglianze di genere", promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria in collaborazione con i Comitati Unici di Garanzia di Ospedale e Ausl. Questa iniziativa ha visto la collaborazione dell'Ufficio Stampa nella diffusione dell'incontro, con l'obiettivo di sottolineare in che modo donne e uomini siano differenti dal punto di vista biologico, psicologico ed emotivo e come tali fattori possano ripercuotersi nella pratica clinica. Professionisti esperti in Medicina delle differenze delle due aziende sanitarie hanno sottolineato alcune delle principali differenze nella prevenzione e cura di patologie quali depressione, insonnia, dolore addominale, disturbi del comportamento alimentare, esponendo la loro personale esperienza durante il processo di ospedalizzazione. Lo scopo dell'incontro è stato la promozione di un sistema sanitario che ponga al centro del processo di cura l'individuo tenendo conto di tutte le sue peculiarità, sia biologiche che socio-culturali per il miglioramento nella cura delle malattie.

Ufficio Stampa

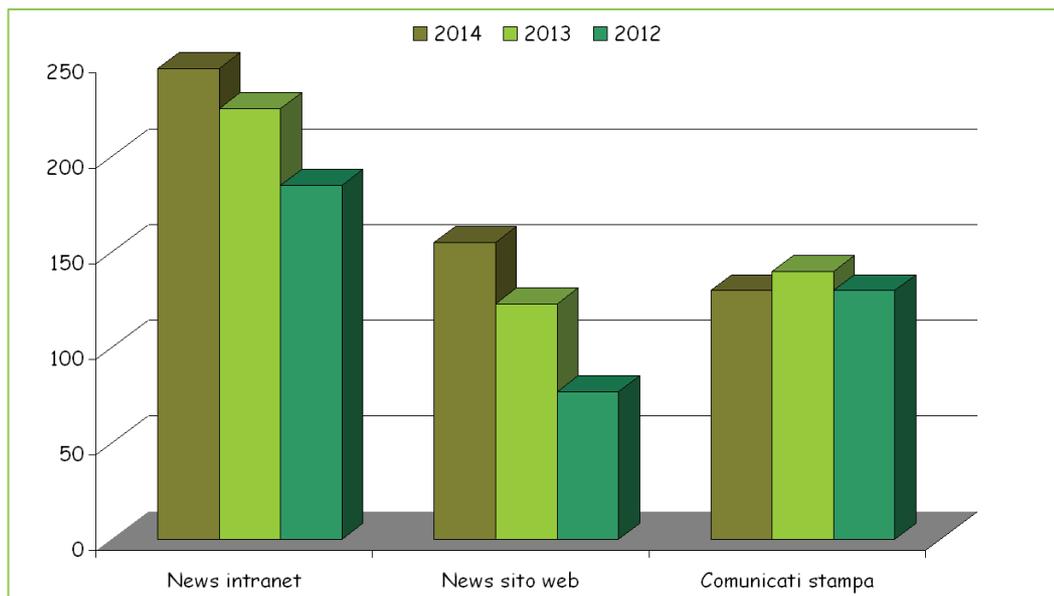


L'Azienda, tramite il proprio Ufficio stampa, cura i collegamenti con i mezzi di comunicazione di massa. La funzione principale è quella di veicolare il flusso delle informazioni interne verso gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di tempestività, trasparenza e chiarezza delle comunicazioni.

I principali interlocutori sono i quotidiani, le riviste, i siti web, le radio e le tv. Nel 2014 si contano 155 notizie pubblicate sul sito web dell'Azienda Ospedaliera, evidenza dei comunicati elaborati nel corso dell'anno oggetto di rendicontazione, che risultano essere in crescita rispetto alle 123 pubblicate nel 2013 e le 77 del 2012.



Grafico 2 Andamento di pubblicazioni delle notizie con i principali strumenti aziendali



La comunicazione integrata tra aziende sanitarie

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

E' proseguito anche nel corso del 2014 il percorso di comunicazione integrato tra i servizi comunicazione delle due Aziende sanitarie parmensi. Alla base di questi percorsi vi è infatti l'esigenza di intervenire, con specifiche azioni di informazione congiunta, per informare la cittadinanza su iniziative ed eventi promossi dal Servizio sanitario regionale, che a livello provinciale coinvolgono e integrano le due Aziende nei rispettivi ambiti. È il caso, ad esempio, delle numerose campagne di informazione per la prevenzione realizzate nel corso dell'anno dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, e condivise all'interno del Gruppo comunicatori per la salute costituito presso l'Ufficio comunicazione e stampa dello stesso Assessorato, cui partecipano operativamente anche i referenti della comunicazione delle due Aziende. In questa sede vengono infatti approfondite le modalità di implementazione a livello provinciale delle campagne regionali, con un ruolo attivo dei referenti comunicazione e stampa aziendali di proposta e ricerca delle migliori soluzioni. Un esempio sono le campagne informative sugli screening oncologici, l'emergenza caldo, la donazione del sangue, la donazione e il trapianto di organi, la lotta all'Aids.

Altre iniziative di comunicazione congiunte sono state realizzate in accordo con alcune associazioni di volontariato locale, aderendo a campagne nazionali (Nastro Rosa) o locali o per intervenire sulla stampa parmense con chiarimenti o approfondimenti anche su richiesta dei cittadini (per esempio con risposte congiunte alle "Lettere al Direttore").

In tutti questi ambiti, gli Uffici comunicazione e stampa delle due Aziende hanno condiviso e integrato le rispettive procedure operative, realizzando in modo congiunto e tempestivo, in base all'occorrenza, materiali e strumenti di comunicazione specifici quali comunicati e conferenze stampa, locandine ed opuscoli.

Infine, nel 2014 è continuata 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 UsI tra le unità operative coinvolte insieme alle Aziende UsI di Piacenza e Modena, e le Aziende Ospedaliere di Reggio Emilia e Modena.



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 rete interna aziendale **Intranet** è un importante strumento informativo al quale hanno accesso tutti i dipendenti ospedalieri, che vede il Servizio impegnato nell'attività di comunicazione interna aziendale attraverso l'elaborazione dei contenuti delle notizie. I contenuti, aggiornati quotidianamente e accompagnati da un'immagine grafica, hanno reso il sito vera e propria "vetrina" delle attività aziendali. È incrementata nel corso degli anni la richiesta da parte delle diverse strutture di pubblicare notizie, superando così le difficoltà legate alla logistica dei servizi e garantendo tempestività e vasta diffusione delle informazioni. **Nel 2014 sulla Intranet aziendale si contano 246 news** pubblicate contro le 225 nell'anno 2013 e le 185 notizie del 2012. Nell'Home page sono state pubblicate anche nel 2014 le notizie relative a informazioni di servizio quali chiusure dei servizi, spostamenti logistici delle strutture, modifica della viabilità interna ospedaliera; informazioni in merito all'aggiornamento professionale dei professionisti come corsi, convegni, incontri per i quali è previsto l'accreditamento di Educazione Continua in Medicina, iniziative benefiche che vedono i reparti dell'Azienda nell'organizzazione; gli avvisi per le selezioni interne al fine di informare i dipendenti della possibilità di partecipare a bandi di concorso. Nel portale aziendale è inoltre disponibile la rassegna stampa quotidiana degli articoli di interesse sanitario che compaiono sui principali quotidiani locali e nazionali.

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 il governo e la partecipazione attiva alla ricerca e l'innovazione.

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



IN
NOVA
TION





Governo della ricerca e innovazione

I progressi tecnologici e biomedici hanno consentito di creare un volume di dati biologici e di salute molto grandi, complessi e versatili, in rapida e continua crescita, che possiedono un enorme potenziale di miglioramento dell'assistenza sanitaria e dell'erogazione dei servizi. Vengono definiti Big Data, e svolgono un ruolo chiave sia a livello di popolazione, per la prevenzione e lo studio epidemiologico delle malattie (epidemiologia digitale), sia a livello individuale, per lo sviluppo di approcci personalizzati per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie in base alle caratteristiche del singolo paziente (medicina personalizzata). Questa branca della ricerca particolarmente innovativa apre la strada a possibilità di cura insperate, grazie anche alle recenti tecniche di sequenziamento del DNA che offrono strumenti particolarmente potenti per identificare le cause delle malattie, facilitare la diagnosi, prevedere le risposte ai trattamenti e determinare le migliori cure per il paziente.

La facilità con cui una grande quantità di dati anche sensibili può essere raccolta e utilizzata, tuttavia, può acuire le preoccupazioni delle persone circa l'uso che viene fatto delle informazioni che le riguardano, e il grado di confidenzialità. Per gestire al meglio e valorizzare questa grande disponibilità di dati, pertanto, è essenziale agire in modo da conservare la fiducia pubblica nella ricerca e non alienare le figure che in essa giocano il ruolo essenziale, cioè pazienti e cittadini, rispettando i loro diritti.

Esiste una serie di problematiche relative ai Big Data che occorre affrontare. Il report del Nuffield Council on Bioethics (NCB), organizzazione inglese creata per stimolare la discussione su questioni di bioetica, segnala una serie di criticità legate alla trasparenza, alla privacy, al consenso informato, all'accertamento e alla sanzione degli abusi. Una delle preoccupazioni prevalenti è l'utilizzo improprio di dati confidenziali, che potrebbe ad esempio portare alla discriminazione delle persone nell'accesso ai posti di lavoro, o determinare le condizioni per le assicurazioni sanitarie o sulla vita. Esiste inoltre una mancanza di trasparenza sulla provenienza dei dati, in particolare relativamente all'uso di dati presenti su internet.

Queste criticità hanno generato un acceso dibattito nella comunità scientifica internazionale sui vantaggi e i possibili pericoli che implicano i Big Data, e sulle soluzioni attuabili per massimizzare i primi e porre rimedio ai secondi. Le azioni identificate riguardano diversi livelli, dai Governi e gli enti regolatori, alle Aziende sanitarie, fino ai responsabili di progetti e ai singoli ricercatori.

Figura 1

PRINCIPI ETICI PER I PROGETTI CHE PREVEDONO UNA RACCOLTA DATI (Tradotto e adattato dal report del Nuffield Council on Bioethics)

- **Rispetto per le persone:** le procedure per la raccolta dati devono prendere in considerazione gli interessi della comunità e dell'individuo. Un modo per dimostrare rispetto per le persone è permettere a tutti gli interessati di pronunciarsi sull'utilizzo dei loro dati e informarli sull'effettivo utilizzo.
- **Rispetto per i diritti umani:** le procedure per la raccolta dati devono rispettare i diritti essenziali, quali il diritto alla tutela della vita privata e familiare.
- **Partecipazione:** chi prende decisioni deve attuare strategie volte a capire realmente le aspettative delle persone circa l'utilizzo dei loro dati, e impegnarsi ad agire di conseguenza.
- **Rendere conto delle decisioni:** il progetto dovrebbe prevedere una rendicontazione formale, attraverso procedure regolatorie, giudiziarie e politiche, e una rendicontazione sociale, rivolta al pubblico, comunicando come i dati sono stati utilizzati e segnalando eventuali violazioni.



In Italia, con queste finalità è nato il progetto RICERC@ (Rete Italiana Comitati Etici, Ricercatori e Cittadini), un forum virtuale di confronto tra le figure che contribuiscono, con ruoli diversi, alla ricerca clinica. Il forum ha suggerito tutta una serie di attività da attuare per migliorare allo stesso tempo la sicurezza dei partecipanti e la trasparenza, quali il monitoraggio degli studi in corso, la rendicontazione periodica del loro andamento, la verifica della registrazione in un registro pubblico di tutti i protocolli approvati e della pubblicazione dei risultati, nonché azioni di comunicazione volte a promuovere a tutti i livelli una visione della ricerca in ambito sanitario come una delle possibili forme di assistenza.

La Regione Emilia-Romagna pone da anni l'accento sulla necessità di trasparenza della ricerca, un'impostazione già evidente con l'avvio nel 2008 dell'Anagrafe Regionale della Ricerca, una banca dati nella quale le Aziende sanitarie sono chiamate a registrare informazioni concernenti tutti gli studi avviati. I dati raccolti forniscono una fotografia sempre aggiornata sulle attività di ricerca in corso in RER, permettendo inoltre di evidenziare i punti di forza (centri di eccellenza per la ricerca) e le aree critiche (patologie su cui la ricerca è carente), al fine di orientare le risorse del Servizio Sanitario Regionale (cfr. il paragrafo "Anagrafe della Ricerca" nella successiva sezione 6.3. *Garanzie di trasparenza*). Più di recente, la Regione ha avviato attività divulgative della ricerca, utilizzando canali in grado di raggiungere non solo gli operatori sanitari, ma anche i cittadini, consentendo anche di rendicontare pubblicamente l'utilizzo di fondi pubblici a fini di ricerca. Ne sono esempi importanti laNiUslettER, comunicazione periodica pubblicata sul sito dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR), e il progetto E-Ricerca, che dà visibilità alle pubblicazioni effettuate nell'ambito di studi finanziati con fondi del Programma di Ricerca Regione-Università.

In conformità con le normative vigenti e gli orientamenti internazionali, nazionali e regionali, nel 2014 l'AOU di Parma ha messo in atto interventi volti ad assicurare la corretta gestione dei dati e allo stesso tempo favorire la trasparenza della ricerca svolta nelle proprie strutture. Tra le azioni più rilevanti in tal senso si evidenziano le attività di monitoraggio delle modalità attraverso le quali la ricerca è attuata nei reparti, e di formazione specifica per favorire l'adesione dei ricercatori alle norme di buona pratica clinica e pertanto l'alta qualità della ricerca svolta in ospedale. Si sottolineano inoltre le diverse iniziative avviate nel 2014 volte a rafforzare la fiducia dei cittadini nella ricerca, e incoraggiarli a partecipare attivamente agli studi clinici. In particolare, sono stati effettuati alcuni incontri informativi aperti al pubblico, durante i quali è stato possibile chiarire diversi dubbi formulati dai partecipanti circa la protezione della privacy e l'utilizzo dei dati dei soggetti in studio. Si rimanda al paragrafo successivo per dettagli sulle singole attività.

Figura 2 Alcune locandine di incontri informativi aperti al pubblico per informare sulle attività in corso e stimolare l'interesse sulla ricerca





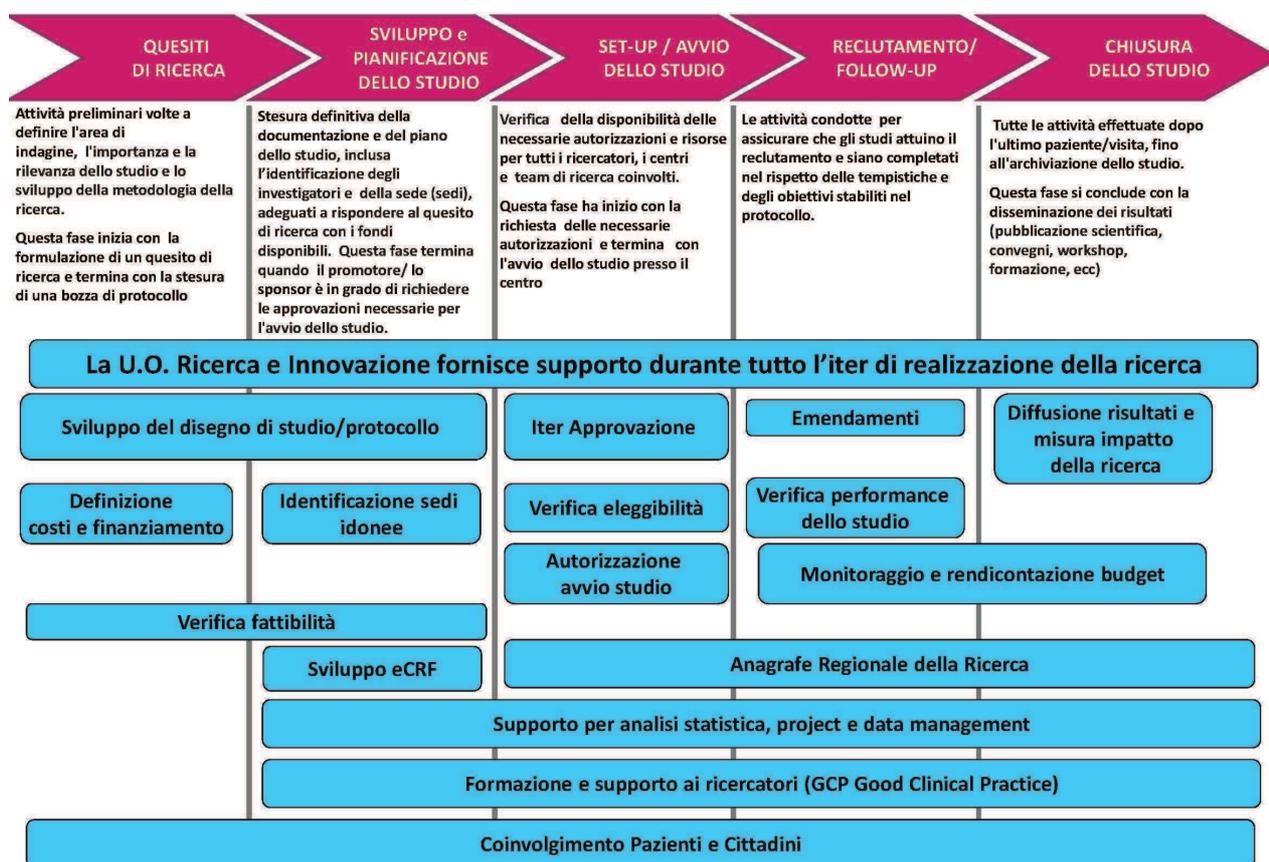
6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

La U.O. Ricerca e Innovazione è una struttura dinamica il cui raggio di azione si è costantemente ampliato, per tentare di rispondere alle problematiche rilevate a livello locale, alle indicazioni della Regione Emilia-Romagna e alle raccomandazioni della letteratura.

In primo piano tra le attività a favore di una ricerca ad alti livelli si colloca anche quest'anno l'offerta formativa avanzata sulla metodologia della ricerca, con la realizzazione di un Master Universitario di II livello. Inoltre, per favorire l'adesione dei ricercatori alle norme di buona pratica clinica (Good Clinical Practice), è stata data la possibilità a professionisti coinvolti in studi no profit di seguire un corso on-line in materia e ottenere relativa certificazione.

Si è inoltre concretizzata tutta una serie di attività, pianificate e avviate nel 2013, volte a valorizzare e diffondere il lavoro dei ricercatori, a sensibilizzare i cittadini sull'importanza di partecipare attivamente agli studi clinici e a promuovere a tutti i livelli una visione della ricerca in ambito sanitario come una delle possibili forme di assistenza. Si vedano le schede obiettivo al termine del paragrafo per una descrizione più dettagliata delle principali attività sopradescritte.

Figura3 Attività della U.O. Ricerca e Innovazione che coprono tutte le fasi di attuazione di uno studio



Infine, è proseguita anche quest'anno l'attuazione delle 5 azioni prioritarie previste dalla D.G.R. n.1066 del 29 luglio 2009, con le seguenti modalità.

Azione 1: Il Piano triennale delle Attività di Ricerca, redatto nel 2013 dai professionisti dei Dipartimenti, è stato adottato dal Direttore Generale in data 9 aprile 2014 (Delibera n. 92), acquisito parere favorevole del Comitato di Indirizzo aziendale, che ha analizzato il Piano e ne ha rilevata la coerenza tra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università. Il Piano è stato pubblicato integralmente sul sito web dell'Azienda nella sezione Ricerca e diffuso sulla intranet aziendale.

Azione 2: Oltre a procedere con l'inserimento nel database dell'Anagrafe Regionale della Ricerca dei progetti avviati nell'arco dell'anno, nel 2014, è stata prestata particolare attenzione alla qualità dei dati



inseriti, con la creazione di uno strumento informatico per la raccolta sistematica di alcune informazioni (cfr. "Anagrafe della Ricerca" nella successiva sezione 6.3 *Garanzie di trasparenza*).

Azione 3: Si è concluso il mandato del primo Board per la Ricerca (2011-2014) ed è stato nominato il secondo insediato in settembre 2014. La sua composizione è stata stabilita dal Collegio di Direzione, al fine di garantire l'equa rappresentatività della componente ospedaliera e universitaria, e la presenza di autorevoli ricercatori. Per valorizzare il contributo offerto da questo organo è stata pubblicata una pagina web, dove vengono, tra l'altro, descritte le principali attività svolte durante il primo mandato e i risultati conseguiti.

Azione 4: è stata predisposta e diffusa la reportistica relativa alle pubblicazioni dei professionisti della AOU di Parma nell'anno 2014 (cfr. "Reportistica" nella sezione 6.3 *Garanzie di trasparenza*). Per rendere più immediata la consultazione dei lavori, è stato inserito il link diretto all'abstract sulla banca dati elettronica PubMed.

Azione 5: per promuovere una ricerca di qualità in linea con i requisiti internazionali, nel 2014 sono state redatte 5 SOP aziendali per la Ricerca, documenti condivisi con i servizi aziendali e il Board della Ricerca, che regolamentano le diverse attività attinenti alla realizzazione di uno studio, indicati dalle linee guida di buona pratica clinica come parte integrante di un sistema di qualità efficace (cfr. scheda "Semplificare i processi e garantire la qualità degli studi").



UNIRE LE FORZE PER MIGLIORARE LA RICERCA

Obiettivi

Solo attraverso la condivisione di strumentazioni innovative e di personale altamente qualificato si possono sviluppare ricerche di buona qualità, che consentano di traslare tempestivamente nella pratica clinica le conoscenze acquisite attraverso gli studi sperimentali. Con queste premesse è stato ideato il Centro Comune di Ricerca (CCR), polo strategico nato dallo sforzo congiunto di Ospedale e Università, con l'intento di mettere a disposizione dei ricercatori una sede dotata delle necessarie competenze, know-how e tecnologie avanzate per fornire il supporto necessario a svolgere in modo adeguato ed efficiente le attività di ricerca. Il CCR rappresenta un investimento, in quanto consentirà la crescita della cultura della ricerca negli studenti e nei giovani medici, e renderà l'AOU di Parma un centro attrattivo per ricercatori e finanziatori.

Risultati raggiunti

Tutte le attività iniziali previste nel piano di lavoro sono state realizzate. Grazie al finanziamento del secondo anno pervenuto dalla Fondazione Cariparma è stata completata l'area dei laboratori di ricerca e della Genetica Molecolare. Le diverse Unità Operative coinvolte hanno contribuito fattivamente al progetto, impegnandosi a trasferire nell'area dei laboratori (Corelab) grandi strumentazioni acquistate con fondi di ricerca e concordando le strumentazioni da allocare in ogni locale.

E' inoltre stato definito congiuntamente con l'Università di Parma, e condiviso con il Board per la Ricerca, il regolamento funzionale del CCR, in cui vengono stabilite le modalità di accesso alle strutture, le responsabilità e la gestione economica.

Infine, per rendere il CCR operativo, sono stati avviati gli iter e predisposti i documenti necessari all'accreditamento delle strutture e al piano per la certificazione, con la collaborazione di un team di biologi molecolari e genetisti dell'AOU di Parma. A tale scopo una biologa della UO R&I ha seguito un corso inerente le norme di qualità dei laboratori deputati alla ricerca.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Il regolamento di funzionamento del CCR viene sottoposto al Collegio di Direzione per approvazione. Si prevede inoltre la costituzione di un Consiglio Scientifico composto da membri afferenti alle due istituzioni, con il compito di promuovere l'attuazione di progetti innovativi anche con network internazionali, sostenere il potenziamento tecnologico ed organizzativo del CCR ed esprimere parere in merito ai progetti attuati e al piano annuale di sviluppo delle ricerche.

L'avvio delle attività del Corelab è previsto entro il 2015, successivamente al trasferimento delle grandi tecnologie e del loro collaudo. Sarà pertanto possibile iniziare le attività di ricerca, prevalentemente legate a progetti finanziati dalla regione Emilia-Romagna e dalla Comunità Europea nell'ambito della Medicina Personalizzata.

Il passo successivo sarà la realizzazione degli ambulatori di ricerca, attigui al CORELAB e fortemente integrati, al fine di consentire l'attuazione di studi clinici in un ambiente accogliente e riservato.

Eventuali problematiche riscontrate

L'identificazione delle strumentazioni e tecnologie da allocare nel Corelab ha richiesto una forte condivisione fra i professionisti, e numerosi incontri al fine di evitare duplicazioni, mancanze e non adeguatezza in base alle caratteristiche della ricerca che verrà effettuata nel CCR.

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.



INCORAGGIARE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA RICERCA TRAMITE LA COMUNICAZIONE

Obiettivi

Nonostante sia ormai riconosciuto che la partecipazione a uno studio clinico permette l'avanzamento delle conoscenze scientifiche e comporta vantaggi per l'individuo che vi partecipa, in termini di qualità dell'assistenza ricevuta e disponibilità di trattamenti innovativi, permane ancora oggi una certa difficoltà nel reclutare soggetti [Treweek 2010, Cochran Database Syst Rev]. Questo fenomeno può essere determinato da diverse cause, alcune delle quali possono essere affrontate con una adeguata comunicazione. Ad esempio, spesso i cittadini non sono a conoscenza di studi clinici a cui potrebbero partecipare (in qualità di pazienti o volontari sani); alcune persone, inoltre, sono riluttanti ad aderire a uno studio a causa di preconcetti nei confronti della ricerca, per il timore di incorrere in danni alla salute o perché non vi attribuiscono grande importanza.

Per rispondere a questo problema a livello locale è stata pianificata, in collaborazione con i professionisti, una strategia di comunicazione multiapproccio, comprendente interventi di diversa natura che nel 2014 hanno iniziato a concretizzarsi.

Risultati raggiunti

Un importante traguardo ottenuto nel 2014 è l'avvio del ciclo di incontri informativi rivolti al pubblico "La ricerca scientifica spiegata ai pazienti", un'attività che, per la sua rilevanza, è stata inclusa anche negli obiettivi di Budget. Ciascun incontro, della durata massima di 3 ore, è gestito dallo staff clinico di singole Unità Operative. Gli eventi comprendono una prima parte volta a descrivere come si realizza uno studio clinico, seguita da una parte specifica, nella quale vengono presentati i filoni di ricerca in atto presso la UO. I primi 3 incontri sono stati svolti a fine 2014, e circa 8 sono stati calendarizzati per il 2015.

LA UO R&I ha promosso, coordinato e supportato la realizzazione degli eventi, curando in particolare la predisposizione del materiale utilizzato durante gli incontri, e la diffusione degli eventi in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione. Al fine di rilevare il gradimento e l'utilità percepita dei partecipanti, è stato inoltre predisposto un questionario, i cui risultati saranno pubblicamente diffusi.

Nel 2014 inoltre è stato redatto un opuscolo dal titolo "Studi Clinici: le informazioni utili per i pazienti", realizzato attingendo da fonti autorevoli. L'opuscolo, insieme ad altro materiale reperito dal sito del progetto europeo ECRAN, è stato distribuito durante gli incontri informativi aperti al pubblico.

Infine, per definire i contenuti e le migliori modalità di raccolta delle informazioni da pubblicare sul portale della ricerca per cittadini, che verrà avviato nel 2015, è stata condotta nel periodo luglio-agosto 2014 una indagine pilota su un campione di 12 ricercatori dell'Azienda. Sulla base dei risultati dell'indagine sono stati predisposti il prototipo delle pagine e lo strumento per la raccolta dati. Si è optato per un approccio web-based, con l'intento di garantire l'accuratezza dei dati e ridurre al minimo il set di informazioni richiesto ai professionisti.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Con cadenza generalmente mensile si stanno svolgendo gli incontri formativi rivolti al pubblico, ai quali partecipano anche le associazioni di volontariato e i pazienti già inclusi nelle sperimentazioni, o potenzialmente interessati a un trattamento innovativo.

Sta per essere ultimata la raccolta delle informazioni necessarie per l'avvio del portale web per cittadini. In particolare, è in atto la classificazione di tutti gli studi sperimentali in corso per patologia e la formulazione di un titolo esplicativo in un linguaggio semplice. Questi elementi faciliteranno la consultazione degli studi da parte dei cittadini, con un probabile effetto positivo sul tasso di arruolamento.

Eventuali problematiche riscontrate

Il successo degli incontri informativi è legato in gran parte alla diffusione dell'iniziativa che richiede il coinvolgimento attivo delle Associazioni di Volontariato e un notevole impegno da parte dei clinici interessati, i quali in alcuni casi hanno contattato personalmente pazienti che ritenevano potessero essere interessati. Inoltre, i tanti impegni formativi cui sono chiamati a partecipare rendono difficile la partecipazione dei medici di famiglia, figure di riferimento per i pazienti.

La realizzazione del sito web ha richiesto un grande lavoro, soprattutto relativo alla predisposizione di un database completo e accurato dove registrare tutte le informazioni necessarie relative ai progetti. La raccolta delle informazioni necessarie al portale web richiederà naturalmente la collaborazione dei professionisti per la validazione o il completamento dei dati.



SEMPLIFICARE I PROCESSI E GARANTIRE LA QUALITÀ DEGLI STUDI

Obiettivi

Per portare reali benefici ai pazienti, e alla comunità scientifica, i progetti di ricerca devono essere condotti secondo una metodologia rigorosa e nel rispetto delle norme. In questo senso, l'adesione alle Good Clinical Practice (GCP, standard internazionale di etica e qualità scientifica, recepite con D.M. 15 luglio 1997) nella realizzazione di ogni tipologia di studio risulta fondamentale, per tutelare i partecipanti allo studio, migliorare la fiducia dei cittadini nei confronti della ricerca, garantire l'affidabilità dei risultati prodotti e ridurre lo spreco di risorse (Chalmers and Glasziou, Lancet 2009). E' pertanto importante che le Aziende sanitarie mettano in campo azioni per promuovere l'adesione a queste raccomandazioni, come le visite di verifica delle attività di ricerca in corso, a cura di monitor esperti, con intento non valutativo, ma di supporto per la soluzione di eventuali problemi o difficoltà [Bakobaki 2012, Clinical Trials; Macefield 2013, Clinical Trials].

L'adesione alle GCP può essere favorita, inoltre, offrendo formazione specifica dei professionisti in materia, e attuando Procedure Operative Standard (SOP), documenti condivisi contenenti istruzioni dettagliate per uniformare l'attuazione di una attività di ricerca specifica, che consentono di snellire gli aspetti burocratici assicurando al tempo stesso la qualità in ogni momento del processo di realizzazione di uno studio.

La AOU di Parma persegue da anni il miglioramento della qualità della ricerca. Anche nel 2014 si è proseguito con l'attuazione di visite sistematiche di monitoraggio e sostegno alla ricerca in corso. Tale attività ha ripercussioni positive anche sulla formazione dei giovani ricercatori (specializzandi, dottorandi, eccetera), in quanto favorisce la conoscenza e sensibilizza sull'importanza delle normative vigenti e dei regolamenti internazionali.

Risultati raggiunti

Anche per il 2014 sono stati individuati i reparti da monitorare attraverso l'attribuzione di un risk-score (tratto dalla letteratura) e la definizione di una lista di priorità. Da gennaio 2014 sono state effettuate 8 visite nelle UO selezionate, che hanno coinvolto i componenti dello staff impegnati in studi clinici, sono state effettuate inoltre due visite presso i Servizi Diagnostici (Radiologia, Virologia, Microbiologia, Diagnostica Ematochimica, Anatomia e Istologia Patologica, Immunoematologia e Medicina TrASFusionale, Genetica Medica, e SSD Biochimica ad elevata automazione) che sono coinvolti nell'esecuzione di esami necessari per la realizzazione degli studi clinici. Per ogni visita è stato redatto un report, contenente gli aspetti verificati e le raccomandazioni per il miglioramento. Rispetto all'anno precedente, durante il quale queste attività erano percepite da alcuni come un tentativo di controllo, nel 2014 sembra sia stato compreso il vero fine delle visite. Di fatti, è stato espresso particolare apprezzamento per il lavoro svolto e diverse UO hanno richiesto la visita in loco.

Nel 2014 è stata data la possibilità a 8 professionisti, che nel corso del 2013 hanno avviato studi no profit, di seguire un corso on-line in materia di GCP e ottenere la certificazione riconosciuta a livello internazionale. La possibilità di partecipare a un corso online di 4-5 ore, articolato in moduli, e con un test finale di verifica è stata particolarmente apprezzata dai ricercatori, consentendo loro di partecipare nel tempo disponibile e di poter diffondere l'opportunità anche ai propri collaboratori.

Inoltre sono state redatte 5 SOP, di cui 3 sono state ufficializzate e divulgate: "Autorizzazione all'avvio dello studio", "Acquisizione di beni e servizi", "Gestione del farmaco in sperimentazione".

Interventi in fase di sviluppo o in corso

L'attività di monitoraggio proseguirà anche nel 2015, effettuando le visite anche su richiesta dei reparti.

Si provvederà inoltre alla realizzazione di ulteriori SOP, oltre all'aggiornamento di quelle in vigore, che deve avvenire almeno una volta all'anno come stabilito dal relativo regolamento. Nel 2015 si cercherà di snellire l'iter di approvazione e si darà maggiore diffusione delle SOP.

Eventuali problematiche riscontrate

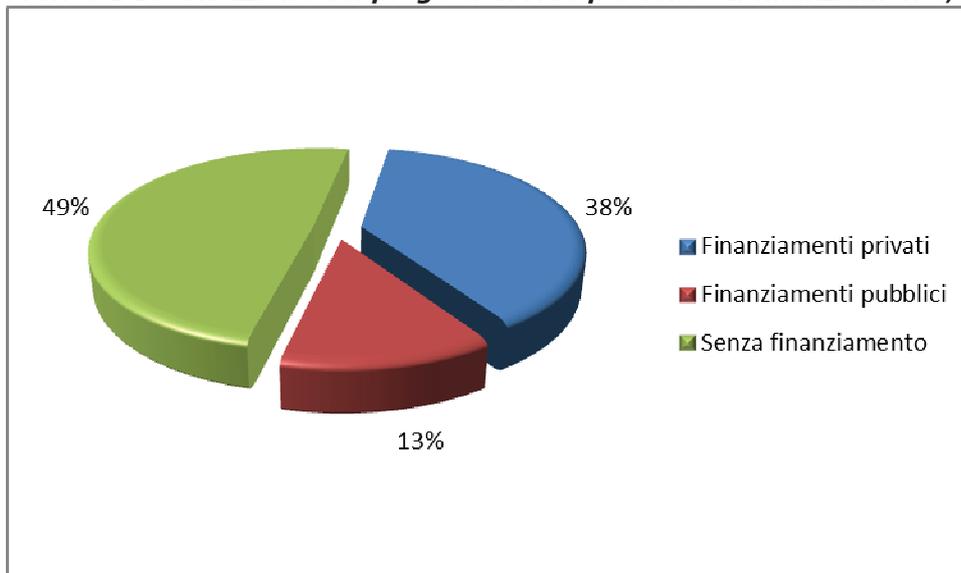
Per alcune SOP, l'iter di approvazione è stato caratterizzato da notevoli rallentamenti, portando al ritardo dell'ufficializzazione. Inoltre, la frequenza al training sulle SOP è stata piuttosto bassa, rendendo necessario valutare alternative modalità di diffusione degli eventi e interventi per sensibilizzare sull'importanza di partecipare.



Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie

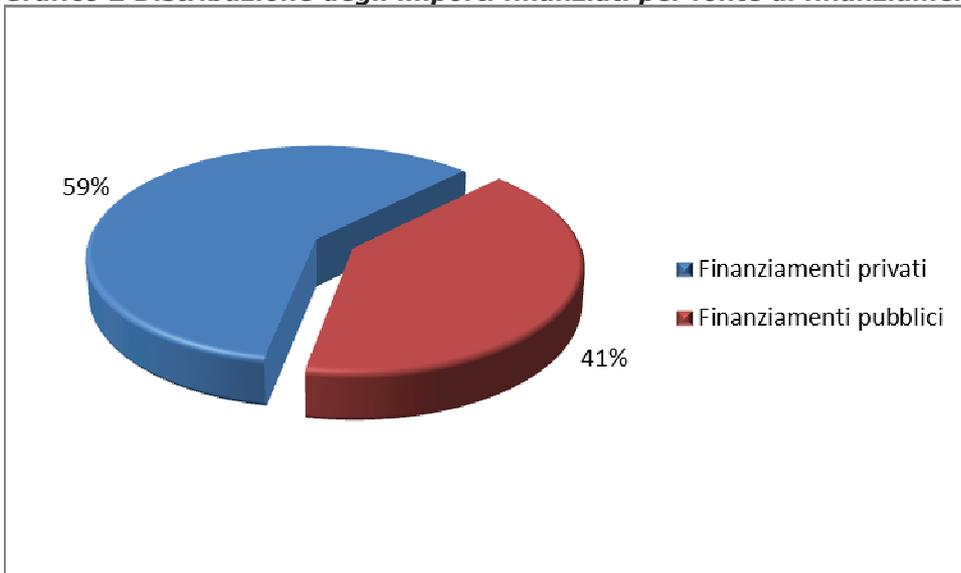
Come riportato nel Capitolo 2 (sezione 2.4 "Attività di ricerca") e nel successivo Grafico 6 "Progetti di ricerca scientifica", nel 2014 sono stati avviati 118 progetti, il medesimo numero dell'anno precedente. In merito ai finanziamenti, come evidente nel grafico 1, quasi il 50% dei progetti avviati è fortemente integrato alla pratica clinica e non ha avuto necessità di ulteriori finanziamenti per essere condotto. Dei 60 studi finanziati, 45 sono stati remunerati con fondi privati e 15 con fondi pubblici.

Grafico 1 Distribuzione dei progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2014



Considerando i progetti che hanno ricevuto un finanziamento ad hoc da uno sponsor (Grafico 2), nel 2014 la quota maggiore di investimenti è stata privata (per il 59% degli importi).

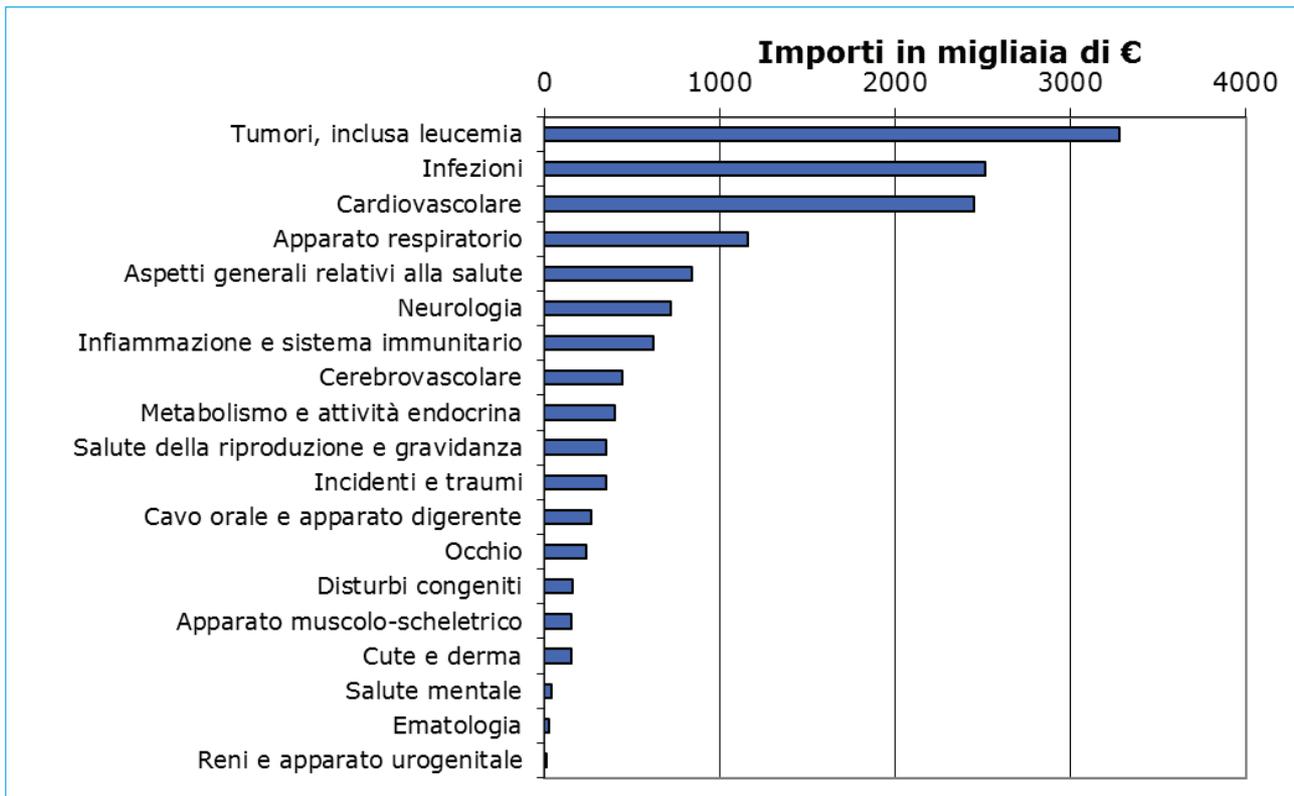
Grafico 2 Distribuzione degli importi finanziati per fonte di finanziamento, anno 2014



I filoni di ricerca (grafico 3) che hanno attirato più finanziamenti, sia pubblici che privati, negli ultimi tre anni sono "Tumori, inclusa leucemia", "Infezioni" e "Cardiovascolare".



Grafico 3 Distribuzione degli importi finanziati per area tematica, anni 2012-2014



Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche
Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

Prospettiva di indubbio interesse è quella dell'utilizzo effettuato dei fondi ottenuti mediante l'attività di ricerca in termini di risorse umane. L'analisi 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, negli ultimi anni sono stati finanziati in media circa 80 collaboratori esterni (contrattisti e borsisti) per anno.

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Accessibilità alla informazione e documentazione scientifica

La comunità scientifica è ormai consapevole dell'importanza di rendere trasparenti la conduzione e i risultati degli studi. Per la ricerca clinica in particolare, la condivisione di quanto appreso da uno studio può essere definita come un "mandato etico". La trasparenza, infatti, permette di evitare la conduzione inutile di progetti analoghi e contribuisce ad aumentare la fiducia di cittadini e pazienti nella ricerca, aiutandoli a prendere decisioni informate circa la loro salute. Ai soggetti che hanno partecipato a uno studio, inoltre, è essenziale garantire il diritto di conoscere i risultati che il loro impegno ha permesso di ottenere. Le diverse iniziative in atto negli ultimi anni, come la campagna internazionale ALLTRIALS e il progetto europeo ECRAN, e la posizione presa dalle più autorevoli riviste scientifiche a favore della trasparenza, iniziano a dare i loro frutti. La pubblicazione su riviste scientifiche peer-reviewed è il modo più efficace per raggiungere colleghi in ogni parte del mondo, e consente, ovviamente, anche di valorizzare l'impegno profuso dai professionisti e, di conseguenza, di conferire autorevolezza anche ai centri a cui fanno capo. Il riconoscimento dell'impegno, a sua volta, può incoraggiare la partecipazione alla ricerca dei clinici, il cui apporto è essenziale per svolgere progetti che partano dalle reali necessità della pratica.

La Regione Emilia-Romagna riconosce l'importanza di questi aspetti nelle sue linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, dove viene ribadita l'importanza della tracciabilità delle attività di ricerca e dei suoi prodotti.



Sulla base di queste considerazioni, nel 2014 l'AOU di Parma ha reso più fruibile la consultazione dei progetti e dei prodotti della ricerca dei propri professionisti, sui siti internet e intranet aziendali. In particolare, rispetto agli anni precedenti, l'elenco delle pubblicazioni contiene link alla banca dati PubMed per visualizzare i riassunti (abstract) degli articoli relativi alla produzione scientifica e ai progetti in corso (cfr. la successiva sezione 6.3), prontamente consultabili dai professionisti.

Inoltre, per agevolare il lavoro dei ricercatori sono stati predisposti e diffusi sulla intranet aziendale i seguenti documenti guida: "Reperimento dell'H Index", "Stesura di un protocollo scientifico", "Creazione del GANTT".

Attività di formazione del personale

La realizzazione di eventi formativi finalizzati allo sviluppo di competenze a sostegno delle attività di innovazione e ricerca da sempre assume una particolare rilevanza per l'Azienda. Nel 2014, questo impegno si è concentrato sulla III Edizione del Master Universitario annuale di II livello, dal titolo "Medicina e biostatistica. Fondamenti di metodologia della ricerca". Per la prima volta, il Master è stato realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi di Parma, consentendo ai discenti di acquisire un titolo universitario. Di fondamentale importanza è stato il coinvolgimento del Gruppo Oncologico Italiano di Ricerca Clinica (GOIRC), che ha fornito un contributo economico per l'iscrizione di 8 professionisti.

I 16 corsisti, di cui 4 operanti fuori Regione, hanno completato e superato brillantemente i test mensili per la verifica dell'apprendimento. La prova finale ha riguardato la presentazione e discussione di un project work, redatto dai discenti singolarmente o in piccoli gruppi, valutato dalla commissione esaminatrice, composta da sette docenti del Master. I sei project work non sono stati solo una prova di esame, ma rappresentano veri e propri protocolli di ricerca, sui quali la Commissione ha espresso, in generale, pareri molto positivi e ha formulato suggerimenti al fine di poter realizzare fattivamente lo studio. Si noti che alcuni protocolli realizzati per le prove finali delle Edizioni precedenti del Master sono stati effettivamente finanziati con bandi di ricerca.

Dato il successo e il gradimento positivo dell'iniziativa, è già in fase di pianificazione la IV Edizione per l'anno accademico 2014-2015, sempre in collaborazione con l'Università degli Studi di Parma.

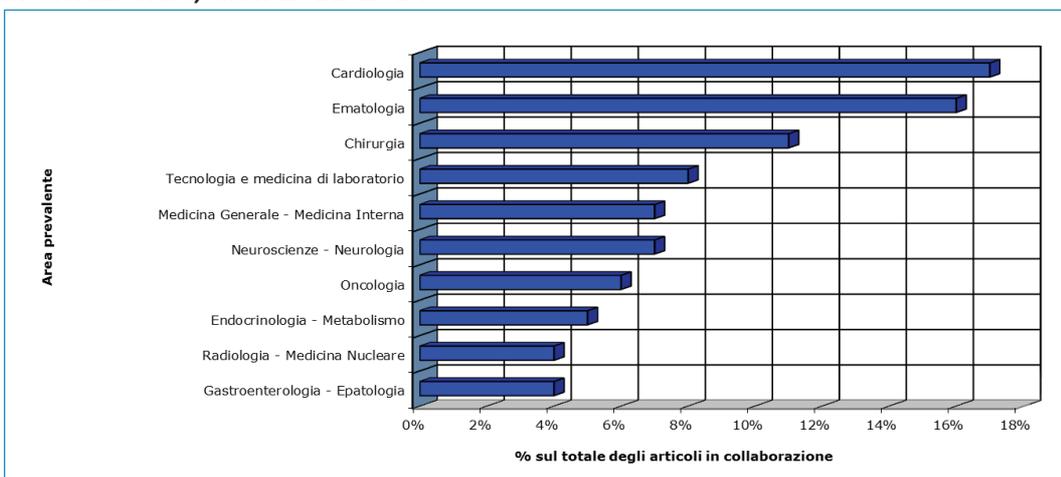
Progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie internazionali

Nell'ultimo triennio le collaborazioni tra l'AOU di Parma ed enti e istituti di ricerca nazionali ed internazionali per la stesura di pubblicazioni sono state proficue, come evidente dai 737 articoli pubblicati in rete.

I centri internazionali con cui si è interagito maggiormente sono gli USA (11% delle pubblicazioni), l'Inghilterra (7%), la Francia, Spagna e Germania (6%); per maggiori dettagli si rinvia al Capitolo 2 sezione 2.4.

Le aree prevalenti delle pubblicazioni scritte con collaboratori internazionali risultano essere la Cardiologia e l'Ematologia, rispettivamente al 17% e 16% (grafico 4).

Grafico 4 Aree tematiche prevalenti degli articoli che presentano almeno una collaborazione internazionale, anni 2012-2014



Fonte di classificazione Aree tematiche: ISI Web of Knowledge



Presentiamo di seguito la sintesi di progetti spontanei, innovativi e rilevanti per i pazienti, che hanno ottenuto finanziamenti attraverso bandi pubblici competitivi.

A. Progetti europei

La partecipazione a progetti europei, dove è richiesta la collaborazione di centri di almeno tre Paesi diversi, rappresenta un elemento di prestigio per un ospedale universitario. L'inclusione in reti internazionali favorisce lo scambio e la condivisione di conoscenze e competenze tra i team, consente l'esecuzione di ampi studi e mette anche le basi per collaborazioni future.

Nel 2014 sono cinque i progetti europei in corso a cui partecipano professionisti della AOU, uno dei quali è coordinato dall'Azienda.

A 1. HEPACUTE

Finanziamento: Settimo Programma Quadro 2010

Coordinatore: Ludwig-Maximilians University-Munich

Partecipante AOU: Malattie Infettive ed Epatologia

Durata: 2010-2014

BACKGROUND

L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) è estremamente diffusa, tende frequentemente a cronicizzare (tra il 55 e 80% a seconda delle modalità con cui viene contratta) e si può associare a gravi complicanze, come la cirrosi e l'epatocarcinoma. Nella fase acuta di infezione l'efficacia della terapia è elevatissima, ma il trattamento potrebbe essere evitato in una notevole percentuale di pazienti se si riuscissero a identificare precocemente quei casi in cui l'infezione si risolve spontaneamente. Il conseguimento di questo obiettivo è però ostacolato dal fatto che nella maggioranza dei pazienti l'infezione da HCV è asintomatica nella fase acuta e non riceve quindi una diagnosi tempestiva.

OBIETTIVI

L'obiettivo primario è incrementare il tasso di identificazione di casi di epatite C in fase acuta. Altri obiettivi sono lo studio dei fattori che influenzano il controllo e la persistenza del virus, l'individuazione di biomarkers di risoluzione spontanea dell'infezione e di fattori determinanti per il miglioramento della gestione clinica dei pazienti con epatite C in fase acuta.

L'UO di Malattie Infettive ed Epatologia dell'AOU di Parma partecipa al progetto coordinando gli studi di immunologia cellulare, volti a comprendere meglio i meccanismi immunitari che portano al controllo o alla persistenza del virus. I risultati potranno consentire di identificare parametri specifici da utilizzare nelle prime fasi dell'infezione per predire l'evoluzione della malattia.

RISULTATI

Il progetto si è concluso nell'aprile 2014 e ha permesso di conseguire attraverso lo studio del corredo genico dei linfociti T CD8 anti-virali i seguenti risultati:

1. si sono identificati alcuni geni altamente espressi in fase acuta di infezione nei linfociti dei pazienti che successivamente vanno incontro a risoluzione spontanea dell'infezione, ma totalmente silenti nei pazienti che progrediscono verso la cronicizzazione. Esperimenti finali sono ora in corso per cercare di validare il ruolo di tali geni come predittori di esito di infezione nella prospettiva di un loro utilizzo nella pratica clinica corrente, attraverso lo sviluppo di metodiche di analisi semplificate che possano essere alla portata di tutti i laboratori diagnostici, allo scopo di predire precocemente l'esito in guarigione o cronicizzazione.

2. è stato possibile identificare una serie di processi cellulari che potrebbero essere alla base del processo di persistenza del virus nell'organismo infettato. La conoscenza permette l'utilizzo di composti chimici noti, per ripristinare la normale funzione dei processi cellulari alterati, nella prospettiva di ripristinare la funzione dei linfociti T anti-virali in vivo e, con questo, la loro capacità di controllare l'infezione e di eliminare il virus dall'organismo. Se efficaci nel ripristinare la funzione linfocitaria, tali composti potrebbero essere proposti nel prossimo futuro come approcci terapeutici alternativi a quelli esistenti.

**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

A 2. FRAILOMIC

Finanziamento: Settimo Programma Quadro 2012

Coordinatore: Servicio Madrilenio de Salud

Partecipante AOU: Diagnostica Ematochimica

Durata: 2013-2017

BACKGROUND

L'invecchiamento costante della popolazione previsto nei prossimi decenni sarà accompagnato da un considerevole numero di soggetti affetti da patologie e disabilità di vario genere. La disabilità è di solito preceduta da una condizione di decadimento funzionale denominata "fragilità" (dall'inglese "frailty"), uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici, che comporta cambiamenti associati all'età, allo stile di vita e alla presenza di malattie croniche. Rilevare e intervenire sulla fragilità è particolarmente importante, in quanto una volta insorta la disabilità, il recupero funzionale risulta improbabile. Per farlo, occorre poter identificare i soggetti anziani, apparentemente in buono stato funzionale, che si trovano in condizione di fragilità.

Nel Gennaio 2013 è stato attivato presso l'U.O. di Diagnostica Ematochimica il Progetto FRAILOMIC, di durata quinquennale, finanziato dalla Comunità Europea, che prevede la partecipazione collaborativa di 21 Gruppi di Ricerca provenienti da più di 10 diversi Paesi Europei.

OBIETTIVI

Scopo del progetto è testare l'identificazione e la validazione clinica di marcatori biologici predittivi di "frailty", al fine di integrare la modalità attuale di identificazione dei pazienti fragili, basata su criteri clinici, con biomarcatori di laboratorio.

In base al confronto dei dati clinici e di laboratorio relativi a 75000 partecipanti, verranno creati modelli predittivi, diagnostici e prognostici, applicabili alla popolazione anziana in generale e sui soggetti con fattori di rischio di fragilità. Successivamente, tali modelli saranno validati in maniera prospettica.

In particolare, la UO Diagnostica Ematochimica della AOU di Parma, con Responsabile scientifico Prof. Giuseppe Lippi, si occupa della determinazione di biomarcatori classici associati alla fragilità, tra cui marcatori flogistici, dell'immunità innata, dell'autoimmunità, ormonali e parametri biochimici legati alla predizione di rischio cardiovascolare.



RISULTATI INTERMEDI

Nel corso del 2014, secondo anno dello studio, il pannello dei biomarcatori definito nel 2013 a seguito di alcuni meeting internazionali programmati dal Centro Coordinatore del Progetto, Servizio Madrilenno de Salud, e di numerosi contatti fra i diversi partner, è stato valutato su campioni di siero e/o plasma di 1.158 soggetti provenienti da tre differenti coorti selezionate all'interno di studi europei sulla "frailty". Inoltre, sono stati eseguiti dalla UO di Diagnostica Ematochimica della AOU di Parma circa 10.000 test di laboratorio inerenti i marcatori biochimici selezionati; i relativi risultati sono attualmente in fase di valutazione .

RICADUTE CLINICO-ASSISTENZIALI PREVISTE

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 clinica ed economica sui Sistemi Sanitari in termini di nuovi modelli predittivi, diagnostici e prognostici applicabili in ambito clinico/assistenziale per la prevenzione della fragilità e del declino funzionale nell'anziano.

Progetto FRAILOMIC: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Servicio Madrilenno 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

A 3. ORAMOD

Finanziamento: Settimo Programma Quadro 2013

Coordinatore: UO Maxillo-Facciale, AOU Parma

Durata: 2013-2016

BACKGROUND

I carcinomi del cavo orale sono neoplasie caratterizzate da un tasso di sopravvivenza basso (circa il 50% dei pazienti decede entro 5 anni), dovuto anche al ritardo con cui viene formulata la diagnosi. Le recidive di malattia sono frequenti, presenti nel 25-50% dei casi, e spesso si ricorre a interventi chirurgici molto invasivi per assicurare la completa rimozione delle cellule tumorali, con possibili conseguenze anche gravi sulla salute e sulla qualità di vita. La scelta del piano terapeutico è complicata dalla imprevedibilità e variabilità della malattia, e si basa su pochi fattori predittivi adottati nelle linee guida internazionali che fanno riferimento al sistema di stadiazione TNM, ad oggi troppo grossolano per consentire una precisa stratificazione del rischio. La possibilità di stratificare accuratamente i pazienti in base al rischio permetterebbe di somministrare terapie adiuvanti e offrire un intenso follow-up solo a un gruppo limitato di pazienti ad elevato rischio.



OBIETTIVI

OraMod intende integrare e attuare nella pratica clinica modelli predittivi informatici per aiutare i clinici a:

1. prevedere precocemente il rischio di recidiva del carcinoma del cavo orale
2. adattare il trattamento al singolo paziente in base al rischio di recidiva
3. pianificare più accuratamente la gestione post-trattamento

METODO

Sono previste due principali attività:

1. definizione di uno strumento interattivo, affidabile ed accurato per generare un modello predittivo, basato sull'analisi di dati raccolti retrospettivamente su pazienti con carcinomi del cavo orale
2. validazione clinica del modello predittivo e simulazione su una coorte prospettica di pazienti.

La UO Maxillo-facciale della AOU di Parma è coordinatore dell'intero progetto, e conduce a Parma lo studio di validazione clinica del sistema decisionale, arruolando 50 pazienti.

RISULTATI INTERMEDI

L'esecuzione di analisi statistiche sui dati retrospettivi messi a disposizione dai 3 centri clinici (Parma, Amsterdam, Dusseldorf) ha reso possibile la selezione di 60 geni promettenti per la possibile correlazione con rischio di recidiva, stato linfonodale e sopravvivenza. Tale lista di geni è tutt'ora oggetto di ulteriore validazione interna condotta sui dati retrospettivi di pazienti retrospettivi al fine di giungere alla definizione di una gene signature da poter testare sui casi in modo prospettico. Parallelamente i partner tecnici stanno implementando un software dedicato per supportare nella pratica clinica quotidiana le decisioni dei clinici, sia terapeutiche che di follow up grazie al modello predittivo. Tale strumento elettronico consentirà inoltre ai professionisti coinvolti nel trattamento dei pazienti affetti da carcinomi del cavo orale la realizzazione del Virtual Tumour Board.

Progetto OraMod: collaborazioni con Aziende/istituti dell'Unione Europea

Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Università degli Studi di Parma	UNIPR	Italy
2	Fraunhofer Gesellschaft Zur Foerderung der Angewandten Forschung E.V.	Fraunhofer	Germany
3	STMicroelectronics S.R.L.	ST-Italy	Italy
4	STICHTING VU-VUMC	VUMC	The Netherlands
5	Velti Kainotomes Epixeiriseis Anonimi Etaireia Kefalaiou Epixeirimatikon Simmetoxon kai Ependiseon	VCI	Greece
6	ONETONET S.R.L.	OneToNet	Italy
7	HEINRICH-HEINE-UNIVERSITAET DUESSELDORF	UDUS	Germany
8	TEKNOLOGIAN TUTKIMUSKESKUS VTT	VTT	Finland

A 4. PAINOMICS

Finanziamento: bando Settimo Programma Quadro 2013

Coordinatore: IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia

Partecipante AOU: 2° Servizio anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica

Durata: 2013-2018

BACKGROUND

La lombalgia è uno dei problemi di salute più comuni incontrati nella vita di tutti i giorni; causa disagi e assenza dal lavoro e rappresenta un grave costo economico nelle società occidentali. In Europa, l'incidenza del mal di schiena cronico/persistente (CLBP) varia da 0.5 a 1%. Nonostante la rilevanza del problema, sono ancora insufficienti le conoscenze relative alla complessa fisiopatologia del CLBP, e non si dispone di biomarcatori in grado di prevedere il rischio di sviluppo della malattia e le risposte alla terapia. Per colmare queste lacune è stato avviato il progetto PAINOMICS, che intende chiarire i percorsi che portano alla cronicizzazione del mal di schiena acuto, e a rivelare percorsi e biomarcatori del dolore cronico che determinano le differenze nelle risposte individuali alle terapie.

Nel quadro del progetto PAINOMICS, la UO 2° Servizio Anestesia partecipa a tre sottoprogetti, brevemente descritti di seguito:



1. Studio prospettico per analizzare, in una popolazione sottoposta a periduroscopia, la correlazione tra l'efficacia della procedura e fattori istologico-biochimici, neuroinfiammatori e genetici

BACKGROUND

La patogenesi del dolore lombare è ancora sconosciuta, da studi recenti risulta che fattori immunologici e infiammatori svolgono un ruolo importante. L'endoscopia spinale, o epiduroscopia, è una procedura interventistica mininvasiva, composta da una piccola video-guida e da un bisturi, utilizzata sia nella diagnosi, sia nella terapia della patologia lombare. Per approfondire le cause molecolari della variabilità interindividuale dell'esito clinico post-epiduroscopia, risulta di interesse l'analisi di alcune varianti genetiche che codificano le citochine.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale è verificare il ruolo predittivo di una particolare variante genetica nella risposta di pazienti sottoposti a trattamento epiduroscopico. A tale scopo verrà condotto uno studio osservazionale di coorte prospettico monocentrico. L'Unità di Parma arruolerà i pazienti, effettuerà l'epiduroscopia, e raccoglierà i campioni tessutali ed ematici. Complessivamente saranno arruolati 130 pazienti, per i quali si prevede una riduzione del dolore dopo un mese.

RISULTATI INTERMEDI

A marzo 2015 sono stati arruolati 25 pazienti e si presume di terminare l'arruolamento entro un anno. Non ci sono ancora dati genetici e epigenetici in quanto il campione arruolato è ancora piccolo

2. Studio prospettico controllato per identificare biomarcatori coinvolti nella transizione da mal di schiena acuto a persistente/cronico

BACKGROUND

Il mal di schiena acuto è una delle cause più frequenti di visita dal medico di famiglia, con notevole impatto sociale ed economico. Sebbene molti pazienti guariscano velocemente con cure minime, circa il 10-15% sviluppa sintomi di cronicità (dolore che persiste per almeno 3 mesi). Attualmente non esistono biomarcatori che aiutino a prevedere in quali pazienti il mal di schiena acuto si trasformerà in cronico. Lo studio intende

OBIETTIVI

Obiettivo principale è studiare l'associazione tra fattori genetici e sviluppo di mal di schiena cronico-persistente, identificando e validando biomarcatori associati con la transizione da dolore lombare acuto (meno di 6 settimane) a persistente cronico (almeno 12 settimane). Lo studio clinico osservazionale prospettico di coorte è condotto in 7 centri internazionali.

RISULTATI INTERMEDI

A marzo 2015 sono stati arruolati 50 pazienti. E' stato istituito un numero verde che a breve permetterà a tutti i medici di medicina generale di avere un rapido accesso per tutti i loro pazienti con lombalgia acuta.

3. Studio retrospettivo per identificare nuovi biomarcatori omici del mal di schiena cronico/persistente

BACKGROUND

L'impatto clinico e sociale del mal di schiena cronico rende necessaria una chiara diagnosi di questa sindrome, per definire oltre all'intensità del dolore anche la sua interferenza nella vita lavorativa e di tutti i giorni. Al momento, esistono pochi biomarcatori (prevalentemente tecniche di imaging) o segni clinici che possano essere obiettivamente usati per formulare diagnosi anatomiche precise e arrivare al trattamento più sicuro ed efficace per il paziente.

OBIETTIVI

Il progetto intende identificare le varianti genetiche associate al dolore lombare cronico/persistente e alle sue diverse fisiopatologie, attraverso lo studio di associazione dell'intero genoma di pazienti con CLBP. A tal fine verranno confrontati i biomarcatori presenti in pazienti affetti da CLBP con quelli di persone che non soffrono di questa patologia. Lo studio clinico osservazionale retrospettivo, di tipo caso-controllo, condotto in 6 centri internazionali, coinvolgerà 3000 pazienti e 6000 controlli di età e sesso comparabili.

RISULTATI INTERMEDI

A marzo 2015 sono stati arruolati 400 pazienti.



Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	OSM	ITALY
2	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG AUTONOME VERZORGINGSINSTELLING	ZOL	BELGIUM
3	SPECIJALNA BOLNICA ZA ORTOPEDIJU, KIRURGIJU, NEUROLOGIJU I FIZIKALNU MEDICINU I REHABILITACIJU SVETA KATARINA USTANOVA	St-Cat	CROATIA
4	UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PARMA	UNIPR	ITALY
5	KING'S COLLEGE LONDON	KCL	UNITED KINGDOM
6	HELMHOLTZ ZENTRUM MUENCHEN DEUTSCHES FORSCHUNGSZENTRUM FUER GESUNDHEIT UND UMWELT GMBH	HMGU	GERMANY
7	YURII AULCHENKO	YuriiA	NETHERLANDS
8	GENOS DOO ZA VJESTACENJE I ANALIZU GENOS	DOO	CROATIA
9	IP RESEARCH CONSULTING SASU	PHOTEOMIX	FRANCE
10	The Center for Clinical Research	CPI	UNITED STATES
11	Edith Cowan University	ECU	AUSTRALIA

A 5. EU-CaRE

Finanziamento: Programma Horizon 2020 anno 2014

Coordinatore: Isala, Paesi Bassi

Partecipante AOU: UO Cardiologia

Durata: 2015-2019

BACKGROUND

Ogni anno in Europa, le malattie cardiovascolari (CVD) causano 4 milioni di decessi, oltre a un grande carico di disabilità. A seguito dell'invecchiamento demografico, si prevede che il numero di malati aumenterà rapidamente nei prossimi decenni. E' noto che la riabilitazione cardiaca (RC) è un approccio efficace per ridurre il rischio e l'assistenza a lungo termine dei pazienti affetti da CVD). Tuttavia, nonostante la maggior parte dei pazienti cardiaci sia costituita da anziani, le conoscenze sull'utilizzo della RC nella popolazione geriatrica rimangono ancora limitate, poiché le ricerche in questo ambito hanno tradizionalmente incluso soggetti più giovani. Molti pazienti anziani che trarrebbero beneficio da programmi di riabilitazione cardiaca non vi partecipano, e solo una minoranza degli anziani che aderiscono portano a termine il programma riabilitativo. Mancano pertanto le conoscenze sugli approcci più efficaci e per affrontare le sfide proprie di questo gruppo di pazienti.

OBIETTIVI

Il progetto EU-CaRE intende migliorare, adattare e ottimizzare programmi di riabilitazione cardiaca nella popolazione anziana. Le misure di impatto sono costituite dall'efficacia sostenibile, e dal livello di adesione al trattamento riabilitativo da parte dei pazienti. A tal fine verrà effettuata un'analisi comparativa di efficacia tra i programmi di riabilitazione cardiaca convenzionali, attualmente in uso, e programmi di riabilitazione cardiaca innovativi guidati dal telemonitoraggio.

METODI

Nell'ambito del progetto Eucare, la UO di Cardiologia dell'AOU di Parma partecipa a uno studio osservazionale, che confronterà l'efficacia di diverse strategie di reclutamento in un contesto reale e di diversi programmi di riabilitazione cardiaca attuati presso gli otto centri partecipanti, utilizzando come endpoint principale il consumo massimo di ossigeno. I soggetti (198 per centro) saranno pazienti di età superiore ai 65 anni candidati alla riabilitazione cardiaca. Il monitoraggio dei soggetti avverrà in tre momenti: all'inizio, alla fine, e 12 mesi dopo l'inizio del programma riabilitativo.



Participant No.	Participant Name	Participant Short Name	Country
1	Isala Zwolle	ISALA	NL
2	Region Hovedstaden	REGIONH	DK
3	Assistance Publique – Hopitaux de Paris	APHP	CROATIA
4	University of Berne	UBERN	ITALY
5	Institut für Herzinfarktforschung	IHF	UNITED KINGDOM
6	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	AOP	GERMANY
7	Servizio Galego de Saude	SERGAS	NETHERLANDS
8	Diagram BV	DIAGRAM	CROATIA
9	Universita Degli Studi di Roma la Sapienza	SUoR	FRANCE
10	MobiHealth B.V.	MOBIHEALTH	UNITED STATES

B. Progetti nazionali

Tra i progetti finanziati dal Bando per la "Ricerca finalizzata 2011-2012" del Ministero della Salute (a cui hanno concorso 3353 proponenti e vinto 391), nella sezione riservata a giovani ricercatori con meno di 40 anni, figura anche uno studio coordinato dalla AOU di Parma.

B 1. STEM CELL DYSFUNCTION AND ITS REVERSAL IN DIABETES ASSOCIATED MULTIORGAN PATHOLOGY.

Finanziamento: Ricerca finalizzata 2011-2012

Coordinatore: UO Clinica Medica, AOU Parma

Durata: 2014-2017

BACKGROUND

Il diabete è una patologia cronica che coinvolge oltre il 5% della popolazione mondiale, spesso associata a danni a diversi organi. In particolare, più del 70% dei soggetti diabetici sviluppa malattie cardiovascolari, comportando un elevato impatto sociosanitario. Non è ancora chiaro quali siano le cause dei danni d'organo associati alla malattia. Comprenderne i meccanismi è fondamentale per individuare trattamenti finalizzati ad attenuare o, addirittura, eliminare gli effetti negativi del diabete sul cuore e su diversi altri organi.

Dati preliminari fanno pensare che alterazioni funzionali del pool di cellule staminali residenti negli organi e di quello circolante nel sangue potrebbero essere fattori determinanti nell'insorgenza e sviluppo delle manifestazioni cardiovascolari legate al diabete mellito.

OBIETTIVI

Il progetto intende studiare l'effetto negativo del diabete sul dialogo tra il comparto staminale residente e quello circolante e sui fattori microambientali che condizionano il traffico, la migrazione e l'attecchimento del pool circolante nell'organo bersaglio, con particolare attenzione a cuore e midollo osseo.

METODI

Il progetto comprende uno studio randomizzato su pazienti e uno studio su modelli animali.

In particolare lo studio clinico, effettuato su 46 pazienti con diabete di tipo II, refrattario alla Metformina, intende verificare se trattamenti già in uso sono in grado di modificare il decorso del fenotipo del diabete, indipendentemente dai loro effetto metabolico primario, migliorando la funzione delle cellule progenitrici.

Lo studio su modelli animali è finalizzato a approfondire e comprendere le alterazioni quantitative e funzionali del pool di cellule staminali e possibili alterazioni nel cross-talk cellula indifferenziata/ambiente.

C. Progetti regionali

L'obiettivo finale della ricerca condotta in ospedale è il miglioramento della salute. L'introduzione nella pratica dei risultati della ricerca non è un processo automatico, ma richiede l'attuazione di modalità e strategie. In questo senso, l'innovazione e il cambiamento della pratica costituiscono il frutto tangibile degli sforzi fatti e conferiscono il giusto merito all'impegno dei ricercatori. Per tale motivo, la Regione Emilia-Romagna da anni investe risorse in modo equilibrato tra la ricerca sperimentale e quella cosiddetta di governo clinico, volta a ottimizzare l'utilizzo di interventi già dimostrati efficaci, o che necessitano di essere ulteriormente verificati in un contesto reale. L'AOU di Parma sostiene le due tipologie di ricerca, consapevole della loro naturale e necessaria integrazione, particolarmente importante in un ospedale



universitario. Da diversi anni vengono avviati studi finanziati dal Programma di Ricerca Regione-Università. Di seguito sono riassunti con una breve descrizione i progetti in corso nel 2014.

C 1. PERSONALIZZARE LA TERAPIA CON RITUXIMAB NELLE VASCULITI ANCA-ASSOCIATE: UN APPROCCIO GENETICO ED IMMUNOLOGICO

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università, Bando Giovani Ricercatori "Alessandro Liberati" 2013

Coordinatore: UO Genetica Medica, AOU Parma

Durata: 2014-2016

BACKGROUND

Le Vasculiti ANCA-associate (AAVs) sono malattie autoimmuni rare caratterizzate da un processo infiammatorio della parete dei vasi sanguigni. Si tratta di patologie gravemente disabilitanti, che possono colpire soggetti di ogni età, e spesso conducono al decesso del paziente. Il trattamento delle AAVs si basa sull'utilizzo di farmaci immunosoppressivi, tra i quali il nuovo Rituximab (RTX), un farmaco sicuro, ma piuttosto costoso, che può causare molteplici effetti collaterali. Inoltre, si osserva che circa il 30% dei pazienti non risponde a Rituximab, il che significa che una sostanziale proporzione di persone riceve il trattamento senza ottenerne benefici. Sarebbe pertanto necessario poter effettuare una accurata selezione dei pazienti da trattare con RTX. Ad oggi, tuttavia, non è ancora possibile stabilire dei parametri che possano aiutare a predire la risposta dell'organismo a questo tipo di farmaci.

OBIETTIVI

Lo studio è volto all'individuazione di biomarcatori genetici ed immunologici nelle AAVs, che possano assumere valore predittivo in riferimento all'esito del trattamento farmacologico immunosoppressivo con RTX.

METODI

Verrà effettuato un sequenziamento dell'esoma dei pazienti, valutando le variazioni genetiche relative alla porzione codificante del genoma e, parallelamente, verranno condotti sui medesimi pazienti test immunologici a livello sierico e cellulare.

L'analisi bioinformatica e statistica finale, comprensiva dei dati genetici ed immunologici, avrà come risultato la creazione di un algoritmo che possa essere in grado di predire la risposta al RTX nei pazienti affetti da vasculiti ANCA-associate.

C 2. UNA STRATEGIA BASATA SULL'EVIDENZA PER RIDURRE IL TASSO DI PARTI CESAREI: STUDIO DI IMPLEMENTAZIONE

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: UO Ostetricia e Ginecologia, AOU Parma

Durata: 2013-2015 (proroga di 6 mesi)

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.

RISULTATI

Nel 2014, con una cadenza di circa 15 giorni, sono stati realizzati 20 incontri di audit durante i quali sono state analizzate 920 cartelle cliniche e discussi i casi problematici.

Per consentire le attività previste dal progetto, è stata sviluppata una CRF elettronica su una piattaforma web. Oltre alla raccolta di dati questo sistema permette di avere strumenti per analizzare e confrontare il comportamento dei vari medici partecipanti allo studio, in quanto è possibile visualizzare graficamente il trend dei parti cesari per medico. Il sistema permette inoltre di ricevere dei feedback automatici basati su guideline, in modo tale da consentire ad ogni medico di correggere/modificare le proprie decisioni.

C 3. TRIAL CLINICO RANDOMIZZATO PER VALUTARE L'EFFETTO DI UNA STRATEGIA DI EDUCAZIONE DELLA COMUNITÀ SUI TEMPI DI ACCESSO OSPEDALIERO IN CORSO DI ICTUS ACUTO

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: UO Clinica Geriatrica, AOU Parma

Durata: 2012-2014 (proroga di 6 mesi)

BACKGROUND

L'ictus cerebrale è una patologia molto frequente e potenzialmente fatale o causa di gravi disabilità permanenti. Ritardi nell'intervento in fase acuta possono precludere l'esecuzione di trattamenti di provata efficacia, come la trombolisi intravenosa e intra-arteriosa, che possono essere somministrati solo nelle prime ore dall'insorgenza dell'episodio. I ritardi sono spesso causati dal non tempestivo ricorso ai servizi di soccorso da parte del paziente (o di chi è presente al momento dell'ictus). Questo comportamento inadeguato sembra essere correlato non solo alla conoscenza della patologia in questione, ma soprattutto alla percezione della gravità dei sintomi. Esistono evidenze che dimostrano come l'educazione dei cittadini possa avere un ruolo importante ai fini della prevenzione.

OBIETTIVI

Il progetto intende sperimentare, per la prima volta in Italia, una strategia standardizzata di educazione della popolazione volta a modificare il comportamento in presenza di sintomi riconducibili a ictus, verificandone gli effetti in termini di riduzione del ritardo di ospedalizzazione e dell'esito clinico dei pazienti.

METODI

La campagna educativa rivolta ai cittadini, realizzata da un esperto in comunicazione sanitaria sulla base della letteratura e dell'analisi della situazione locale, verrà applicata nelle 4 Province regionali partecipanti allo studio, in tempi diversi. L'effetto dell'intervento verrà misurato tramite confronto con la usual care (insieme di iniziative spontanee e non standardizzate di diverse istituzioni).

RISULTATI

In merito alle indagini preliminari, attuate sulla popolazione e sui pazienti, è stata effettuata l'analisi statistica dei dati e sono state redatte due pubblicazioni, una relativa all'adattamento transculturale e validazione dello strumento STAT, l'altra sul processo di creazione della campagna. La prima è stata pubblicata da parte della rivista BMC Medical Research Methodology, mentre la seconda è stata sottomessa alla rivista per revisione.

Secondo quanto definito e pianificato nel protocollo a partire da novembre 2013, seguendo il disegno stepped wedge e con la sequenza random generata, la campagna è iniziata nella prima provincia selezionata (Parma), a febbraio 2014 nella seconda provincia (Piacenza), a maggio 2014 ha avuto inizio nella terza provincia (Modena) ed infine ad agosto nell'ultima (Reggio Emilia). Difatti la metodologia prevedeva la diversa durata della campagna nelle 4 province, da un massimo di 12 mesi ad un minimo di 3 mesi.



Nel corso del 2014 sono stati raccolti i dati dei pazienti che hanno fornito il consenso, ed è stato effettuato il controllo di qualità dati e monitorato il tasso di arruolamento dei centri partecipanti, con lo scopo di raggiungere la numerosità totale prevista dal protocollo.

C 4. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL MODELLO ASSISTENZIALE "SIMULTANEOUS CARE" NEL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIE MALIGNI. STUDIO CLINICO CONTROLLATO E RANDOMIZZATO

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2013-Area 2

Coordinatore: UO Oncologia Medica, AOU Parma

Durata: 2014-2016

BACKGROUND

I pazienti affetti da tumori maligni in stadio avanzato in trattamento oncologico attivo lamentano molteplici sintomi che condizionano negativamente la qualità della vita e la sopravvivenza; la terapia sintomatico-palliativa viene, spesso, prescritta tardivamente nel corso della malattia. Evidenze scientifiche, ancora preliminari e limitate a pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato dimostrano che l'integrazione precoce e simultanea (Simultaneous Care) delle cure palliative con le terapie oncologiche attive (chemioterapia, terapie biologiche, radioterapia) migliora la Qualità della Vita (QoL), l'umore, la Sopravvivenza Globale (OS) e l'appropriatezza dei Trattamenti di Fine Vita (EoLCs).

OBIETTIVI

L'obiettivo principale del progetto è dimostrare, in un contesto reale, che la Simultaneous Care migliora la QoL dei pazienti affetti da varie neoplasie maligne avanzate in trattamento oncologico attivo. Obiettivi secondari: valutazione dell'appropriatezza dell'EoLCs e dell'OS.

METODI

Studio clinico randomizzato, multicentrico, in cieco, a gruppi paralleli per comparare l'effetto di due modelli assistenziali: presa in carico oncologica standard associata alla presa in carico precoce e simultanea da parte di un'equipe dedicata alle cure sintomatico-palliative (braccio sperimentale); presa in carico oncologica standard del paziente (braccio di controllo).

RISULTATI

Nel corso del 2014 è stato ottenuto il parere favorevole da parte dei Comitati Etici dei centri partecipanti, e sono state organizzate 5 giornate di training per i professionisti dei team clinici coinvolti nel progetto. È stata inoltre sviluppata la CRF elettronica (e-CRF) su una piattaforma web, necessaria alla raccolta dei dati dei pazienti arruolati. Questo sistema permette di monitorare costantemente l'attività dei centri, verificarne il tasso di arruolamento, e controllare la qualità dei dati on line semplificando il compito dei monitor.

In dicembre è stata organizzata la giornata di start-up dello studio, durante la quale sono stati definiti i gruppi di lavoro, identificati i ruoli e le attività da svolgere.

C 5. STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO SULLO USO DELLA CRANIECTOMIA DECOMPRESSIVA NELLE PRIME 72 ORE DALL'EVENTO TRAUMATICO

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: UO Neurochirurgica e Neurotraumatologia, AOU Parma

Durata: 2014-2016

BACKGROUND

L'ipertensione endocranica è la prima causa di morte per ematoma intradurale postraumatico. La craniectomia decompressiva cerebrale si è dimostrata in grado di ridurre l'ipertensione endocranica, ma i risultati sul conseguente beneficio clinico per i pazienti sono contraddittori. Sino ad ora, sono stati pubblicati solo 2 studi randomizzati, nessuno dei quali riguarda l'uso della craniectomia decompressiva per il controllo della pressione intracranica associata all'evacuazione di ematoma, che è invece la pratica più frequente secondo un'indagine retrospettiva condotta in Emilia-Romagna.



OBIETTIVI

L'obiettivo principale del progetto è valutare se la craniectomia decompressiva associata alla evacuazione di ematoma migliora l'outcome clinico. End point è la riduzione della proporzione di pazienti con un outcome sfavorevole (composito di morte, stato vegetativo o disabilità severa) valutato a sei mesi. Secondari: Misurare la qualità della vita; analizzare singolarmente gli outcome sfavorevoli a 6 mesi, 3 mesi e alla dimissione; definire il valore prognostico di alcune variabili sulla mortalità.

METODI

Studio multicentrico, randomizzato a due bracci in rapporto 1:1, in parallelo, di superiorità, con disegno adattativo, condotto allo scopo di valutare l'efficacia della craniectomia decompressiva. La randomizzazione verrà effettuata elettronicamente mediante l'utilizzo di un programma e sarà centralizzata. La popolazione su cui verrà condotta l'analisi primaria di efficacia è quella Intent-to-treat, definita come

l'insieme di tutti i pazienti randomizzati.

TRASFERIBILITA' DEI RISULTATI AL CONTESTO SANITARIO REGIONALE

Lo scopo dello studio è di identificare in una popolazione di pazienti di età inferiore ai 75 anni e sottoposti ad ampia craniectomia decompressiva i fattori prognostici. Inoltre di identificare in un gruppo di controllo con pazienti sottoposti a terapia medica il valore prognostico della craniectomia decompressiva. Vi è poi la sorveglianza sui percorsi riabilitativi e la valutazione delle ricostruzioni ossee (cranioplastiche) necessarie nei pazienti decompressi.

Vista la frequenza nella nostra Regione della procedura (circa 70 casi/anno solo per i pazienti con trauma cranico) lo studio sarà in grado di:

- 1) Validare la procedura in un gruppo di pazienti frequenti ma per i quali non è in corso alcuno studio internazionale dando conseguenti indicazioni ai centri regionali
- 2) Stabilire la lunghezza della degenza in terapia intensiva e la durata dei monitoraggi e di conseguenza programmare le risorse necessarie alla cura di tali pazienti
- 3) Verificare i percorsi riabilitativi eventualmente modificando le risorse disponibili e/o aumentando gli accessi alla rete GRACER
- 4) Stabilire il miglior timing e il miglior metodo di ricostruzione della teca cranica.

D. Progetti finanziati da associazioni no profit

Riassumiamo di seguito un progetto premiato dall'Associazione Italiana ricerca sul cancro (AIRC), associazione creata per sostenere la ricerca oncologica e la diffusione dell'informazione scientifica attraverso la raccolta di fondi.

D 1. CARATTERIZZAZIONE MOLECOLARE DEL CARCINOMA POLMONARE NON A PICCOLE CELLULE (NSCLC) AD ISTOLOGIA SQUAMOSA

Finanziamento: AIRC 2013

Coordinatore: UO Oncologia Medica, AOU Parma

Durata: 2014-2017

BACKGROUND

Il tumore polmonare rappresenta la principale causa di morte per neoplasia al mondo. In particolare la forma istologica definita non a piccole cellule (NSCLC) costituisce circa l'85% dei casi; questa categoria a sua volta è distinta in adenocarcinoma, carcinoma squamoso ed in altre forme più rare.

Nell'adenocarcinoma del polmone sono state recentemente identificate specifiche alterazioni molecolari che consentono di selezionare sottogruppi di pazienti con storia naturale peculiare e che sono candidati a trattamenti con farmaci mirati, più efficaci e meno tossici rispetto alla classica chemioterapia.

Diversamente dall'adenocarcinoma, per il carcinoma squamoso, tumore quasi sempre associato al fumo di sigaretta e che rappresenta circa il 30% dei NSCLC, al momento non sono stati identificati target molecolari che possano essere utilizzati come bersagli di specifiche terapie. Per questo motivo le opzioni terapeutiche per i pazienti affetti da questo tipo di tumore polmonare rimangono scarse e rappresentate esclusivamente dalla chemioterapia.

Appare quindi evidente come sia necessario studiare nuovi potenziali target molecolari in questo tipo istologico al fine di sviluppare nuove strategie terapeutiche mirate. Studi precedenti hanno dimostrato



che il cancro a cellule squamose del polmone presenta alcune alterazioni molecolari, fra le quali mutazioni del gene PI3K, amplificazione del gene FGFR1.

OBIETTIVI E METODI DELLO STUDIO

Lo studio prevede una parte preclinica che ha l'obiettivo di valutare in vitro ed in vivo l'attività anti-tumorale di vari farmaci a target molecolari, diretti in particolare nei confronti di FGFR1 e PI3K. Verrà eseguita su linee cellule e su modelli murini e verrà condotta presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università degli Studi di Parma (Laboratorio diretto dal Prof. Petronini).

La parte clinica si prefigge di caratterizzare dal punto di vista molecolare un gruppo di tumori polmonari ad istologia squamosa in stadio localmente avanzato o metastatico trattati omogeneamente con regimi chemioterapici standard, mediante l'identificazione delle cellule tumorali circolanti (CTC) e l'analisi del tessuto cito- istologico. In particolare si prevede di identificare l'amplificazione del numero di copie del gene FGFR1 mediante metodica FISH su tessuto e sulle CTC di pazienti affetti dalla patologia in oggetto. In base ai risultati dei primi 2 anni, si prevede nel terzo anno di condurre specifico studio clinico con farmaco inibitore di FGFR su 20 pazienti pretrattati con le terapia standard e che abbiano specifiche caratteristiche molecolari evidenziate nelle CTC.

RISULTATI PRELIMINARI

Il progetto è stato avviato in aprile 2014.

I risultati preliminari hanno consentito a livello preclinico di identificare mutazioni o amplificazione del gene PI3K come potenziali marcatori di attività del trattamento con farmaci inibitori specifici.

Lo studio clinico al momento ha portato ad identificare CTC in 20 su 53 pazienti esaminati (35%), in numero che varia da 10 a 54. In particolare, è stato riscontrato un aumento del numero di copie del gene FGFR1 in 17 dei 20 casi positivi per CTC (85%). Tale alterazione in 10 casi CTC positivi è stata confrontata con il relativo tumore primitivo mostrando un numero di copie del gene maggiore nelle CTC rispetto al tumore. La maggior parte delle CTC identificate ha presentato anche espressione di proteine quali vimentina, ad indicare un viraggio verso caratteristiche istologiche differenti rispetto al tumore di origine.

Questi dati fanno ipotizzare che il processo di metastatizzazione venga sostenuto da cellule che acquisiscono fenotipo particolare nelle quali l'aumento del numero di copie del gene FGFR1 possa avere un ruolo fondamentale. Lo studio prevede di proseguire la raccolta di nuovi casi e la loro ulteriore caratterizzazione, al fine poi di procedere con l'ultima parte relativa allo studio clinico di trattamento con specifico inibitore di FGFR1.

6.3 Garanzie di trasparenza

Anagrafe della Ricerca

L'iniziativa dell'Anagrafe regionale della Ricerca si inserisce perfettamente nel processo di trasparenza della ricerca e della sua valorizzazione, che la Regione ha intrapreso ormai da molti anni. Quest'anno, l'AOU di Parma ha posto particolare attenzione sulla qualità dei dati inseriti. A tale scopo è stato creato uno strumento elettronico ad hoc per la raccolta dati, che ha consentito di automatizzare la registrazione di tutti gli studi approvati dal Comitato Etico, insieme a un set di informazioni per ogni singolo progetto. I dati sono stati confermati dai responsabili scientifici, e tutte le informazioni verificate prima dell'inserimento in ARER.

Reportistica

Come per gli anni precedenti, nel 2014 sono state prodotte e diffuse sui siti intranet ed internet aziendali le pubblicazioni scientifiche dell'anno 2014 suddivise per area tematica. Il lavoro ha richiesto un'attività costante di interrogazione delle banche dati ISI e di verifica delle informazioni per ridurre gli errori (omonimie, non corretta afferenza, eccetera).

E' stato inoltre redatto, e diffuso sulla Intranet e Internet, il volume relativo alla reportistica annuale sull'attività di ricerca e la produzione scientifica, per Dipartimento e UO/SSD Anni 2011-2013.

Al fine di considerare l'impegno dei professionisti nella ricerca in senso più ampio, anche quest'anno è stata attuata una indagine, tramite questionario adattato dalla letteratura, per rilevare la partecipazione, nell'anno precedente, alle diverse attività di ricerca possibili, quali il ruolo attivo nella



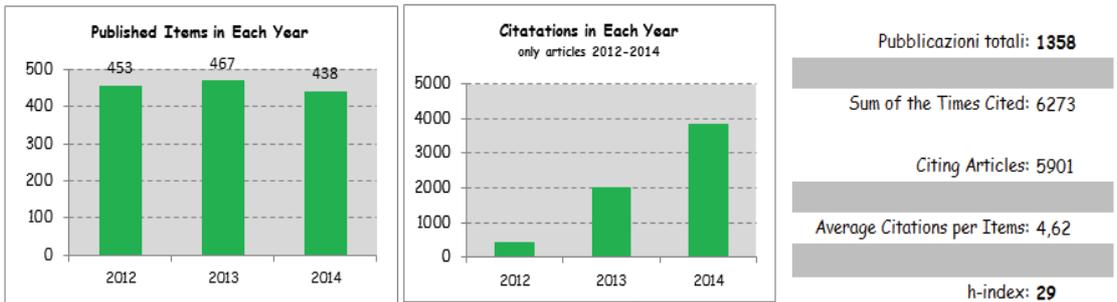
pianificazione/svolgimento/pubblicazione di studi, la partecipazione a formazione/aggiornamento su tematiche concernenti la metodologia della ricerca, presentazioni a convegni, attività di divulgazione scientifica, eccetera. I risultati dell'indagine relativa al 2013, conclusa il 18 marzo 2014, sono stati oggetto di una pubblicazione, sottomessa ad una rivista scientifica open-access, in quanto primo studio condotto a livello europeo. La rilevazione dei dati relativa all'anno 2014 è attualmente in atto, e prevede l'utilizzo di uno strumento perfezionato. I risultati saranno diffusi nei documenti-siti aziendali ufficiali, al fine di dare visibilità non solo alle pubblicazioni scientifiche e ai progetti di ricerca, ma anche ad altre attività "sommese", altrettanto fondamentali per garantire la qualità dell'assistenza.

Grafico 5 Attività di produzione scientifica, anni 2012-2014

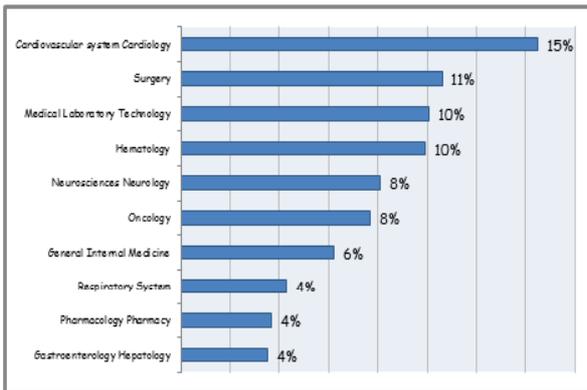
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

A) Produzione scientifica - Anni 2012 - 2014

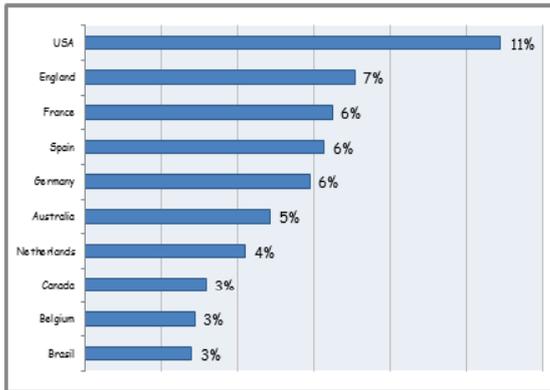
Articoli censiti ISI e citazioni ricevute per anno



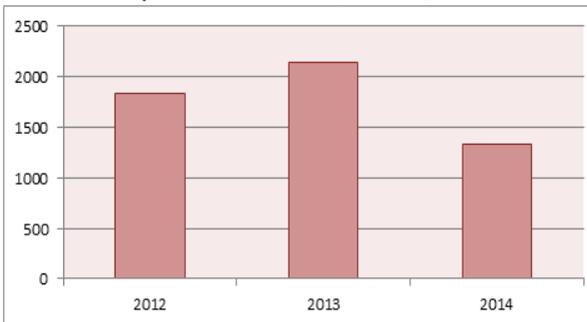
Arete tematiche prevalenti (N = 1358)



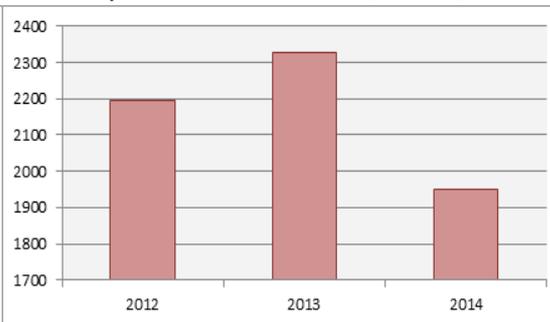
Pubblicazioni con autori nazionali e internazionali (N = 1358)



Impact Factor totale (valori 2013)



Impact Factor Normalizzato (valori 2013)



Indicatori "Research Capacity"

	2014		2013		2012	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Grado di proprietà: articoli scientifici con almeno un autore della UO nella 1, 2 o ultima posizione	191	64%	143	43%	134	42%
Grado di eccellenza: articoli scientifici pubblicati su riviste censite ISI con IF > 10	10	3%	19	6%	18	6%
Grado di qualità: articoli scientifici su riviste di alta qualità per disciplina (IFN > 6)	71	24%	37	11%	30	9%



Grafico 6 Progetti di ricerca scientifica, anni 2012-2014

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

B) Progetti di ricerca avviati - Anni 2012 - 2014

	2014		2013		2012	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Totale progetti	118	100%	118	100%	131	100%
Disegno dello studio						
Sperimentazione Cliniche Randomizzate (RCT)	41	34%	35	30%	52	40%
Altre Sperimentazioni	33	29%	32	27%	30	23%
Studi Osservazionali	44	37%	51	43%	49	37%
Mono/multicentricità						
Progetti monocentrici	28	24%	22	19%	17	13%
Progetti multicentrici	90	76%	96	81%	114	87%
di cui AOU è coordinatore	42	47%	29	30%	19	17%
di cui con collaborazioni internazionali	43	48%	42	44%	57	50%
Finanziamento						
Progetti finanziati con fondi pubblici	15	13%	20	17%	16	12%
Progetti finanziati con fondi privati	45	38%	42	36%	66	50%
Progetti senza finanziamento	58	49%	56	47%	49	37%
Finanziamenti Pubblici	€ 1.454.012	41%	€ 4.063.486	80%	€ 2.749.865	58%
Finanziamenti Privati	€ 2.126.444	59%	€ 1.801.925	20%	€ 1.999.530	42%

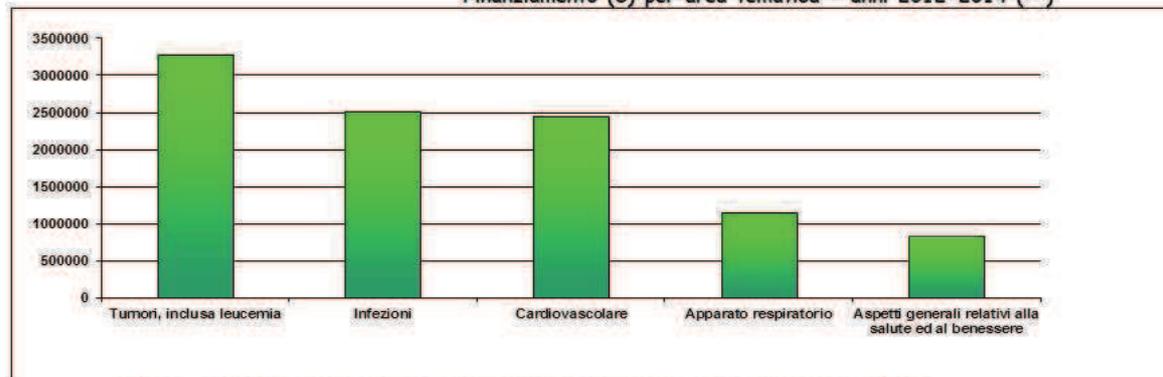
Area tematica

Numero progetti per area tematica - anni 2012-2014 (*)



(*) Sono riportate le 5 aree tematiche che hanno registrato il maggior numero di progetti nel periodo considerato

Finanziamento (€) per area tematica - anni 2012-2014 (**)



(**) Sono riportate le 5 aree tematiche che hanno registrato i maggior finanziamenti nel periodo considerato



Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico per Parma

"Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

L'attività svolta durante i mesi da gennaio a dicembre del 2014 è stata condotta dal Comitato Etico per Parma (C.E.), insediato il 3 Settembre 2013 e presieduto dal Prof. Umberto Bertazzoni.

Il C.E. è costituito da 22 componenti, di cui due (Esperto di Nutrizione e Rappresentante delle professioni sanitarie) sono stati sostituiti durante l'anno, ed un ulteriore esperto in materia giuridico/legale è stato aggiunto ai 21 componenti originari.

Dati conclusivi degli Studi valutati nel 2014

La Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2014 il monitoraggio amministrativo degli studi valutati dal Comitato Etico per Parma (periodo gennaio-dicembre 2014) ed i dati sono riportati nelle tabelle 1 e 3.

Nella tabella 1, che analizza gli Studi valutati dal C.E. nel 2014, sono stati specificati i seguenti dati di rilievo:

- tipologia di studi valutati;
- numero totale per ogni tipologia;
- distinzione in Profit e No-Profit.

Nell'anno 2014 sono stati valutati dal Comitato Etico per Parma 229 studi, con un incremento del 21,7% rispetto all'anno 2013 (tabella 2).

Confrontando i dati del 2014 della tabella 1 con quelli della tabella 2, relativa al 2013, si può notare che si è avuto un aumento di tutte le tipologie di studio, in particolare per le Sperimentazioni con Farmaco e con Dispositivi Medici e per gli Studi di Genetica.

Tabella 1 Studi valutati dal CE per Parma nel 2014

Studi Valutati dal Comitato Etico	Anno 2014		
	Totale	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	79	48	31
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	14	2	12
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	45	7	38
Studi osservazionali	83	11	72
Studi di genetica	8	0	8
Totale	229	68 (30%)	161 (70%)

Tabella 2 Studi valutati dal CE per Parma nel 2013

Studi valutati dal Comitato Etico	Anno 2013		
	Totale	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	58	42	16
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	10	3	7
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	41	2	39
Studi osservazionali	76	13	63
Studi di genetica	4	0	4
Totale	189	60 (32%)	129 (68%)

Considerando la totalità dei pareri emessi nel 2014, il Comitato Etico ha espresso:

- 183 Pareri Favorevoli, corrispondenti al 80% del totale degli studi valutati;
- 23 Pareri Non Favorevoli, corrispondenti al 10% del totale degli studi valutati;
- 23 Pareri Sospensivi in attesa di risposta da parte del Promotore, corrispondenti al 10% del totale degli studi valutati.

Nella tabella 3 sono analizzati i Pareri Unici (P.U.) espressi dal Comitato Etico per Parma per tipologia di studi nell'anno 2014. Nello specifico, sul totale di 229 studi, sono stati espressi 96 P.U., di cui 68 con



parere favorevole, 15 con parere non favorevole e 13 con parere sospensivo, in attesa della risposta del Promotore.

Tabella 3 Dettaglio dei P.U. espressi per tipologia di studi nel 2014

Pareri Unici espressi per tipologia di studio	Anno 2014	
	N°	%
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	8	8%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	11	11%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	32	34%
Studi osservazionali	42	44%
Studi di genetica	3	3%
Totale	96	100%

Nella tabella 4 sono dettagliati i Pareri Unici (P.U.) espressi dal Comitato Etico per Parma nell'anno 2013, distinti per tipologia di studi: nello specifico sono stati espressi 61 P.U. di cui 55 con parere favorevole, e 6 con parere non favorevole.

Tabella 4 Dettaglio dei P.U. espressi per tipologia di studi nel 2013

Parere Unici espressi per tipologia di studio	Anno 2013	
	N°	%
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	3	5
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	4	7
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	28	46
Studi osservazionali	24	39
Studi di genetica	2	3
Totale	61	100%

Dal confronto tra la tabella 3 e la tabella 4 si evince chiaramente che vi è stato un **incremento sostanziale del numero di Pareri Unici (P.U.)** espressi dal Comitato Etico per Parma nel 2014 rispetto al 2013, pari al 57,3%.

Nell'intero anno 2014 sono stati inoltre valutati:

- 242 "Emendamenti sostanziali" per i quali sono stati espressi pareri formali;
- 413 "Varie" per le quali sono state predisposte delle prese d'atto.

Convenzioni economiche

Nell'anno 2014 sono stati finalizzati 70 contratti di cui 47 convenzioni e 23 addendum alla convenzione come riportato di seguito in tabella 5.

Tabella 5 Convenzioni ed Addendum alla Convenzioni finalizzati nell'anno 2014

Contratti finalizzati	Anno 2014		
	Totale	Sperimentazioni Profit	Sperimentazioni No Profit
Convenzioni	47	40	7
Addendum alle Convenzioni	23	23	0
Totale	70	63	7

Conclusioni

Il C.E. per Parma ha svolto durante l'anno 2014 un lavoro molto proficuo grazie all'attivo contributo dei suoi componenti e della Segreteria Tecnico-Scientifica. In particolare, il C.E. ha aggiornato ed approvato importanti documenti (Procedure Operative Standard e Regolamento), giungendo inoltre all'adozione di procedure condivise tra Università degli Studi di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda USL di Parma.



Durante l'anno 2014, sono state attivate 25 sedute plenarie e sono stati valutati in totale 229 studi (di cui 96 come Pareri Unici), con un incremento rispetto all'anno 2013 pari al 21,7%, considerando che nel 2013 sono stati valutati 189 studi.

In totale sono stati espressi nel 2014, 471 pareri per Studi ed Emendamenti, con un aumento del 27,3% rispetto all'anno 2013 in cui sono stati espressi 370 pareri ed esaminate 884 pratiche, con un incremento pari all'11% rispetto alle 797 pratiche esaminate nel 2013 (tabella 6) .

Tabella 6 Rappresentazione delle pratiche valutate nel 2013 confrontate con il 2014

Pratiche	Anno 2013	Anno 2014	%
Studi valutati	189	229	+ 21.7%
Emendamenti	181	242	+33.70%
Varie	427	413	-3.2%
Totale	797	884	+10.9%

Ha inoltre posto le basi per l'implementazione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione clinica dei medicinali (OsSC) di AIFA, entrato in vigore a partire dal 1 Ottobre 2014, e che prevede la e-submission di tutti gli studi sperimentali farmacologici, ovvero la trasmissione esclusivamente elettronica di tutti i documenti degli studi, attraverso l'applicativo di AIFA e una costante interazione tra il Comitato Etico, gli Sponsor ed AIFA.

7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

Focus del settimo capitolo per il 2014 è la **Centrale Operativa 118 – Elisoccorso Area Omogenea Emilia Ovest**.





La Centrale Operativa 118 – Elisoccorso Area Omogenea Emilia Ovest (obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale)

Il Sistema di Emergenza 118 dell'Area Omogenea Emilia Ovest è composto, dalla fine del 2014, dalla Centrale Operativa Unica, Centrale 118 – Elisoccorso Emilia Ovest, e dai Sistemi di Emergenza Territoriale delle Province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia.



Le principali caratteristiche del territorio delle tre Province sono:

Superficie km ²	8.541
Comuni	140
Abitanti (anno 2014)	1.264.086
Rapporto Emergenze/abitanti	1/12
Totale Interventi (anno 2014)	104.710

In dettaglio, la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest coordina le risorse territoriali di soccorso rappresentate nella tabella sottostante.

Tipologia/capacità assistenziale	Numeri
Ambulanze BLS ^D * presenti 24/24	90
Ambulanze BLS ^D * presenti h12	8
Ambulanze BLS ^D * con orari variabili	11
Ambulanze con infermiere	12
Auto infermieristiche	3
Automediche	18
Elisoccorso	1
Totale mezzi attivi quotidianamente	143

* Le ambulanze BLS^D appartengono alle Associazioni di Volontariato

Le postazioni di soccorso territoriali della rete del Volontariato rappresentano un elemento di forza del Sistema 118, assicurando presenza continuativa e ramificata sull'intera area di competenza della



Centrale Operativa 118 – Elisoccorso Emilia Ovest. Di seguito l'elenco delle Associazioni che partecipano al Sistema di Emergenza, articolate per ambito provinciale e numero di interventi:

- provincia di Piacenza: PA Piacenza; CRI Piacenza; PA Val Tidone; PA San Giorgio; CRI Cadeo; PA Monticelli D'Ongina; CRI San Nicolo; PA Val Nure; PA Rivergaro; PA Cortemaggiore; PA Lugagnano; PA Fiorenzuola; PA Carpaneto; CRI Pianello; CRI Farini; CRI Borgonovo; PA Vernasca; PA Gropparello; CRI Podenzano; CRI Agazzano; PA Travo; PA Morfasso; PA Calendasco; CRI Ottone; PA Ferriere;
- provincia di Parma: PA Parma; CRI Parma; PA Collecchio; PA Fidenza; PA Traversetolo; PA Salsomaggiore; PA Colorno; PA Langhirano; CRI San Secondo; PA Fornovo; PA Noceto; CRI Sorbolo; CRI Medesano; PA Borgo Val di Taro; CRI Pontetaro; CRI Fontanellato; PA Busseto; CRI Bedonia; CRI Fidenza; PA Calestano; CRI Berceto; CRI Tizzano; CRI Soragna; PA Bardi; PA Solignano; PA Varsi; CRI Scurano; CRI Palanzano; CRI Monchio D/C; PA Bore; PA Pellegrino; PA Santa Maria Del Taro;
- provincia di Reggio Emilia: PA. C. Verde Reggio Emilia; CRI Reggio Emilia; CRI Correggio ; CRI Scandiano; CRI Guastalla; PA S. Ilario D' Enza; CRI Cavriago; CRI Rubiera; PA Montecchio; PA Castelnovo Sotto; PA Ema Emilia Ambulanze; CRI Quattro Castella; CRI Fabbrico; CRI Novellara; PA Poviglio ; CRI Bagnolo; PA C. Verde Albinea; CRI Castellarano; PA C. Verde Castelnovo Monti; CRI Canossa; CRI Reggiolo; CRI Casina; CRI Carpineti; PA Busana; PA Villa Minozzo; CRI Toano ; CRI Baiso; PA Vetto; PA Gazzano Civago.

Le ragioni che hanno portato alla riduzione del numero di Centrali Operative 118 in ambito regionale sono legate all'adozione delle nuove tecnologie, che consentono di automatizzare il processo di ricezione e gestione delle chiamate, riducendo drasticamente gli errori e velocizzando le procedure di attivazione dei mezzi. Ovviamente, l'attivazione di questi sistemi richiede elevati investimenti, poiché i costi legati alla sicurezza dei sistemi per una centrale medio-piccola sono sovrapponibili a quelli delle centrali medio-grandi: se gli impianti sono distribuiti su più siti, i rischi di errore e i costi aumentano. La riduzione delle centrali è quindi legata alla necessità di garantire, a costi sostenibili, un aumento dei livelli di sicurezza e continuità del funzionamento del sistema.

Fino agli anni '90 la maggior parte delle regioni aveva attivato centrali a livello provinciale poi, con la necessità e le potenzialità derivate dalla attivazione di nuove tecnologie, si è avuta una inversione di tendenza, poiché si è constatato che centrali di grandi dimensioni erano in grado di rispondere alle esigenze con una maggiore efficacia ed efficienza.

In Emilia Romagna, negli anni dal 2006 al 2009, si è proceduto all'attivazione della Centrale di area Omogenea "ROMAGNA 118", con sede a Ravenna, che ha visto l'unificazione del punto di consegna di tutte le chiamate della Romagna. Nel 2014 sono state attivate la Centrale Operativa Emilia Est, che comprende i territori di Bologna, Modena e Ferrara, e la Centrale Operativa Emilia Ovest, che copre le province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia.

Il Progetto di "Centrale Operativa Emilia Ovest"

Il Progetto di "Centrale Operativa Emilia Ovest" è stato elaborato da un Gruppo di Lavoro composto da professionisti delle Centrali delle tre provincie coinvolte, dalle rispettive Direzioni Sanitarie e dal Centro Regionale 118.

Preliminarmente, è stato descritto nel dettaglio, per ogni Centrale Operativa esistente, lo stato di adeguamento tecnologico e strutturale, l'organigramma e le modalità operative e di interfaccia con i territori, operando un confronto, una sintesi ed infine una proposta operativa nel documento "Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle Centrali operative di Soccorso Sanitario, conseguente alle modifiche dei punti di consegna delle chiamate al 118 ed al 112", approvato dalle Conferenze Socio Sanitarie Territoriali delle tre Provincie e dalla Direzione Generale Sanità della Regione Emilia-Romagna.

Nel corso del 2013 e 2014 si è realizzata la parte progettuale e di adeguamento strutturale, tecnologico e organizzativo in vista della cessazione delle tre Centrali Operative 118 di Reggio Emilia, Parma e Piacenza e della loro confluenza nella Centrale Operativa Unica 118 di Area Omogenea Emilia Ovest.

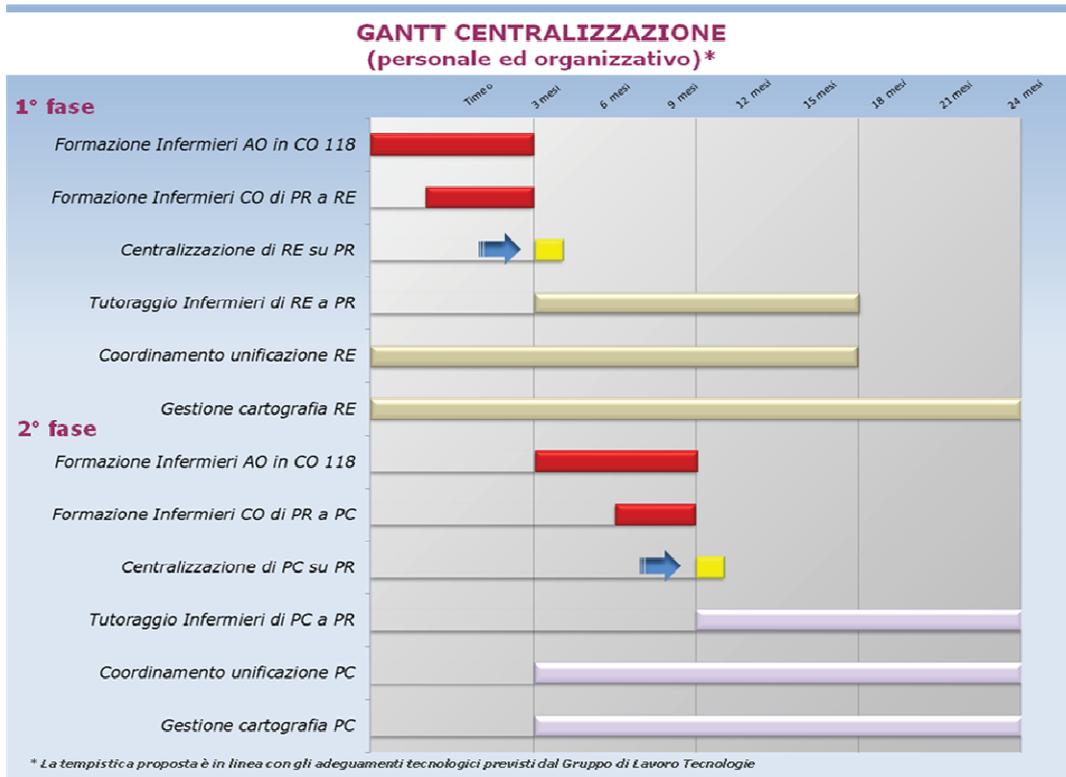
Le fasi del progetto

L'8 ottobre 2014 tutte le chiamate provenienti dalla provincia di Reggio Emilia sono confluite su CO 118 EO; la stessa operazione per la provincia di Piacenza è avvenuta il 10 dicembre.

Per arrivare a tale risultato preservando la continuità e la sicurezza dei livelli di performance, per il periodo necessario all'acquisizione e al consolidamento delle conoscenze e delle modalità organizzative di ogni singolo territorio provinciale, è stato realizzato un percorso riorganizzativo condiviso dalle Aziende Sanitarie e dalle Organizzazioni Sindacali Area Comparto di Parma, Piacenza e Reggio Emilia.

A partire dal mese di maggio 2014, gli infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Parma assegnati al 118 hanno cominciato a frequentare le Centrali di Reggio e Piacenza, per prendere visione sul campo delle modalità operative peculiari dei singoli territori. Durante il periodo estivo, sono stati realizzati molteplici eventi formativi finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per garantire il massimo grado di affidabilità rispetto alla capacità di risposta della nuova organizzazione.

Infine, il Progetto ha previsto la presenza h/24 di un infermiere tutor esperto proveniente dalle ex Centrali 118 di Reggio e Piacenza presso la sede di Parma, successivamente alla centralizzazione delle chiamate sulla Centrale Operativa Unica.



Focus sul modello organizzativo della Centrale Operativa Unica

La Centrale 118 – Elisoccorso Emilia Ovest è una Unità Operativa Complessa, appartenente al Dipartimento di Emergenza Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Inserita nella logica di un Sistema Regionale di Emergenza Urgenza, che prevede la presenza di una Centrale Operativa 118 per ognuna delle tre Aree Omogenee (Emilia Ovest, Emilia Est e Romagna), si qualifica come struttura di accesso alla Rete Ospedaliera delle Provincie di Reggio Emilia, Parma e Piacenza, contribuendo alla valorizzazione del ruolo HUB dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. La Centrale Operativa 118 – Elisoccorso Emilia Ovest è collocata nella sede del Centro Unificato delle Emergenze di Via Del Taglio, ove è allocato anche il Corpo di Polizia Municipale, a stretto contatto con la Protezione Civile e la Polizia Provinciale.



La governance

La governance è assicurata da:

- *Comitato di Coordinamento Strategico*, con compiti di indirizzo e programmazione in ambito clinico-organizzativo del Sistema di Emergenza Territoriale dei tre territori, nel completo rispetto delle autonomie degli stessi. Il Comitato è composto dai Direttori di Dipartimento di Emergenza, dal Responsabile Medico e Infermieristico di Centrale Operativa Unica e dai Responsabili Medici e Infermieristici di Emergenza Territoriale.
- *Comitato di Direzione e Controllo di Attività di Centrale 118*, ad indirizzo prevalentemente tecnico-operativo all'interno di ciascuna area omogenea, costituito dai Responsabili Medici e Infermieristici delle articolazioni territoriali e della Centrale Unica.
- *Coordinamento regionale delle Centrali Operative*, costituito dai Responsabili Infermieristici e Medici delle Centrali 118 e dal Responsabile del Centro Regionale 118, con funzione di standardizzazione delle procedure di processazione e gestione delle chiamate, di gestione delle modalità di localizzazione cartografica degli eventi, per garantire la completa interoperabilità delle singole Centrali rispetto a tutto il territorio regionale.

Le risorse umane e le competenze distintive

L'attività svolta del personale infermieristico all'interno delle Sala Emergenze delle CO 118 è peculiare e specifica per:

- l'utilizzo di sistemi tecnologici costantemente implementati e fortemente integrati tra di loro (telefonia, sistema gestionale, radio, cartografia, GPS, eccetera);
- le competenze cliniche, organizzative, tecniche e relazionali richieste.

La gestione del rischio clinico e la variabilità del contesto, in cui opera il 118, implica la continua revisione dei modelli organizzativi, allo scopo di garantire il miglior livello di performance.

Per garantire la presenza di operatori adeguatamente formati all'interno delle Centrali 118, è stato definito dalla RER un percorso di armonizzazione dei criteri accesso e di formazione specifica. Mediamente, il numero di ore necessarie per la formazione di base di un infermiere neo-inserito è di almeno 400 ore; il professionista completa l'acquisizione e il mantenimento delle competenze distintive con l'attività svolta a bordo dell'Elisoccorso. Dopo la formazione di base, l'infermiere inizia la sua attività in modo autonomo.

Nell'ambito della formazione permanente, l'operatore consegue tutti i corsi avanzati previsti dall'Accreditamento regionale (PHTLS, AMLS, MDM, HDM, EPC, NBCR, ACLS, Camera fumi, eccetera) e si orienta gradualmente verso ambiti specifici, quali ad esempio: gestione aspetti tecnologici, gestione aspetti cartografici, Coordinatore di Volo Sanitario di Centrale, Helicopter Crew Member, eccetera.

La formazione sul campo, tra le altre cose, prevede annualmente un periodo di stage presso le altre Centrali 118 regionali, allo scopo di assicurare l'interoperabilità degli infermieri in caso di default di una delle Centrali 118.

Cartografia e gestione banche dati

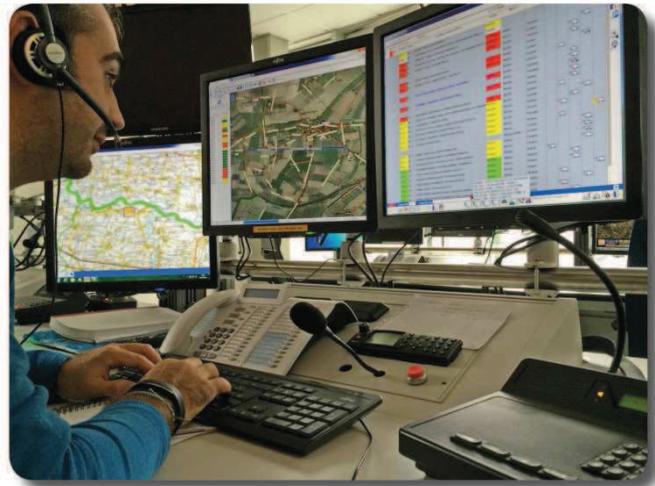
Il progetto di unificazione ha previsto la presenza di 3 infermieri specialist (1 per provincia), con la funzione di gestori delle banche dati cartografiche, attività strategica per le funzioni di localizzazione del chiamante e per le funzioni di disaster recovery.

Il DB cartografico 118 regionale è implementato attraverso l'aggiornamento dei dati da parte del Servizio Statistico e Cartografia Regionale e dagli operatori 118 dedicati.

La struttura e l'innovazione tecnologica

La fase di adeguamento tecnologico, iniziata nel 2010 con il trasferimento della Centrale Operativa del 118 di Parma presso la sede del Centro Unico per le Emergenze di via del Taglio, è proseguito fino al 2014, consentendo di migliorare e innovare la dotazione tecnologica, di ottimizzarne l'utilizzo, rafforzando ulteriormente le garanzie di efficienza e tempestività dei soccorsi.

Oggi tutte le postazioni di lavoro contano su una completa integrazione tra i sistemi radio, telefonici e trasmissione dati sull'applicativo informatico. In questo modo, l'operatore può interagire con i diversi supporti, utilizzando un unico computer ed una unica cuffia microfonica. Gli applicativi colloquiano con i database telefonici e cartografici, riducendo al minimo gli errori di localizzazione di quanti si rivolgono al 118. L'integrazione dei dati è completata dai flussi informativi da e verso i computer di bordo dei mezzi di soccorso. L'operatore di Centrale può conoscere, quindi, in tempo reale la posizione, la velocità e lo stato di tutti i mezzi di soccorso sul territorio, individuando immediatamente il mezzo più idoneo e più vicino al luogo di intervento.

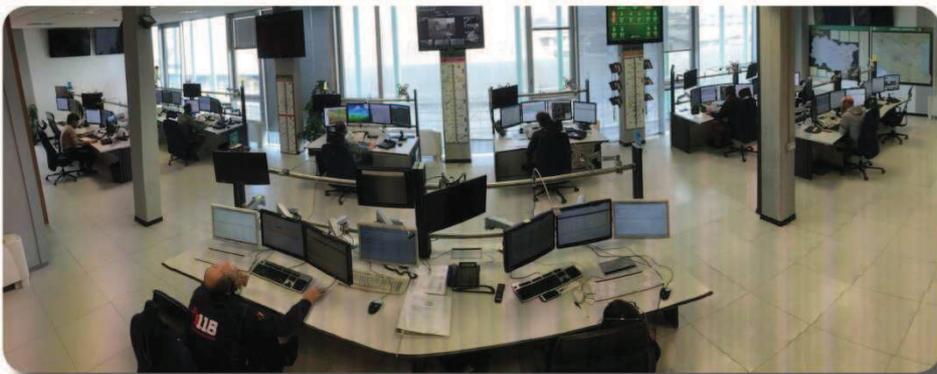


Nel 2014 sono state progettate e implementate le modifiche della centrale informatica, telefonica e della rete di comunicazione radio tra Centrale e mezzi di soccorso, necessarie ad accogliere presso la Centrale Unica l'attività delle CO 118 di Reggio Emilia e Piacenza.

Grazie ad un accordo con il Comune e la Provincia di Parma, è stato effettuato un ampliamento e adeguamento strutturale della Sala Emergenza, dei locali tecnologici, degli uffici e della Sala di Maxiemergenza, con postazioni di lavoro integrate e dotate degli applicativi informatici necessari al coordinamento delle emergenze.

L'integrazione tecnologica tra le Centrali Operative 118 regionali è progettata per consentire l'interconnessione operativa e per affrontare situazioni di disaster recovery (black out delle piattaforme tecnologiche, eventi calamitosi, eccetera) e di business continuity (garanzia di vicariamento in tempo reale delle funzioni di Sala Emergenza delle tre Centrali 118 RER).

Complessivamente, all'interno della Sala Emergenza, sono collocati 12 tavoli di lavoro, identici tra di loro, che permettono a ciascun operatore di ricevere e gestire in tutte le sue fasi ogni richiesta di soccorso.



Ogni postazione è composta da un pc, dotato di sistema integrato, configurato con i seguenti moduli:

- **Applicativo Gestionale:** rappresenta lo strumento principale necessario per la processazione della richiesta di soccorso e per la gestione dei mezzi.
- **Cartografico:** indispensabile per identificazione il target e localizzare la flotta dei mezzi di soccorso. E' composto da:
 - *reticolo vettoriale*, costituito da elementi geometrici (punti, linee ed aree) a cui sono associati attributi quali la denominazione del toponimo e la geolocalizzazione;
 - *parte alfanumerica*, costituita da un elenco di toponimi non geolocalizzati.
- **Radio:** è stato realizzato appositamente per la CO 118 Emilia Ovest un sistema innovativo che consente, in base alle esigenze di contesto, di integrare o separare le frequenze radio in uso sulle 3 Provincie.
- **Trasmissioni dati:** gli oltre 400 mezzi di soccorso presenti sul territorio di competenza sono dotati di computer di bordo connesso al sistema gestionale di Centrale Operativa 118. Il terminale riceve dalla Centrale Operativa 118 Emilia Ovest le informazioni necessarie al raggiungimento del



target e alla tipologia di evento e trasmette le informazioni sulle condizioni cliniche delle persone soccorse, oltre alla posizione geografica e agli step di avanzamento della missione.

- **Telefonico:** è in grado di visualizzare i numeri di telefono dei chiamanti e la localizzazione dei telefoni fissi. Il modulo è predisposto per le integrazioni con il NUE112.
- **Servizi centralizzati,** rappresentati da un elenco di utility di sistema:
 - DUMP 118, consente la visualizzazione degli eventi in corso agli operatori accreditati (Vigili del Fuoco, Postazioni di Soccorso, Pronto Soccorso eccetera);
 - Portale WEB regionale 118, su cui sono collocati anche i sistemi di controllo e monitoraggio dei flussi telefonici, funzionalità statistiche e di back up delle banche dati;
 - Servizi WEB e di posta elettronica.

Reti e percorsi clinici

La Centrale Operativa 118–Elisoccorso Emilia Ovest si pone all'interno della Rete Regionale di Emergenza e colloca l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nella gestione dei principali percorsi clinici, in una logica sovra provinciale:

Trauma Grave: sulla base delle condizioni organizzative e di contesto di ogni singolo caso, oltre al trattamento e alla stabilizzazione sul posto, la Centrale Operativa 118 e i Servizi di Emergenza Territoriale determinano la destinazione del paziente presso le strutture ospedaliere idonee secondo il modello organizzativo SIAT (rete Hub & Spoke). La Centrale Operativa 118 Emilia Ovest partecipa ai G.d.L. specifici sul Trauma grave, fornisce ed elabora i dati di competenza.

Stroke: nel 2014 la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest è stata coinvolta nel progetto *EROI* volto a valutare il ruolo degli interventi di educazione nella cura dell'Ictus cerebrale, con particolare riferimento alla sensibilizzazione della popolazione per l'attivazione precoce dei Servizi di Emergenza Sanitaria in caso di presenza di sintomi riferibili all'ictus. Partecipa ai G.d.L. per l'applicazione e/o revisione dei protocolli di intervento.

Arresto cardio-circolatorio: la nuova organizzazione della Centrale Operativa 118 Unica permette all'operatore che riceve e processa la richiesta di soccorso di fornire immediatamente agli astanti le Istruzioni Pre-Arrivo, relative alle manovre di rianimazione cardiopolmonare, garantendo fin dai primissimi istanti le manovre salvavita.

Stemi: sull'area geografica di competenza territoriale è consolidato il sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico e i percorsi per la presa in carico dei casi con sospetto di sindrome coronarica acuta. La Centrale Operativa 118 Emilia Ovest rappresenta l'interfaccia tra i Sistemi di Emergenza territoriale e i servizi di interventistica cardiologica.

Dati di attività

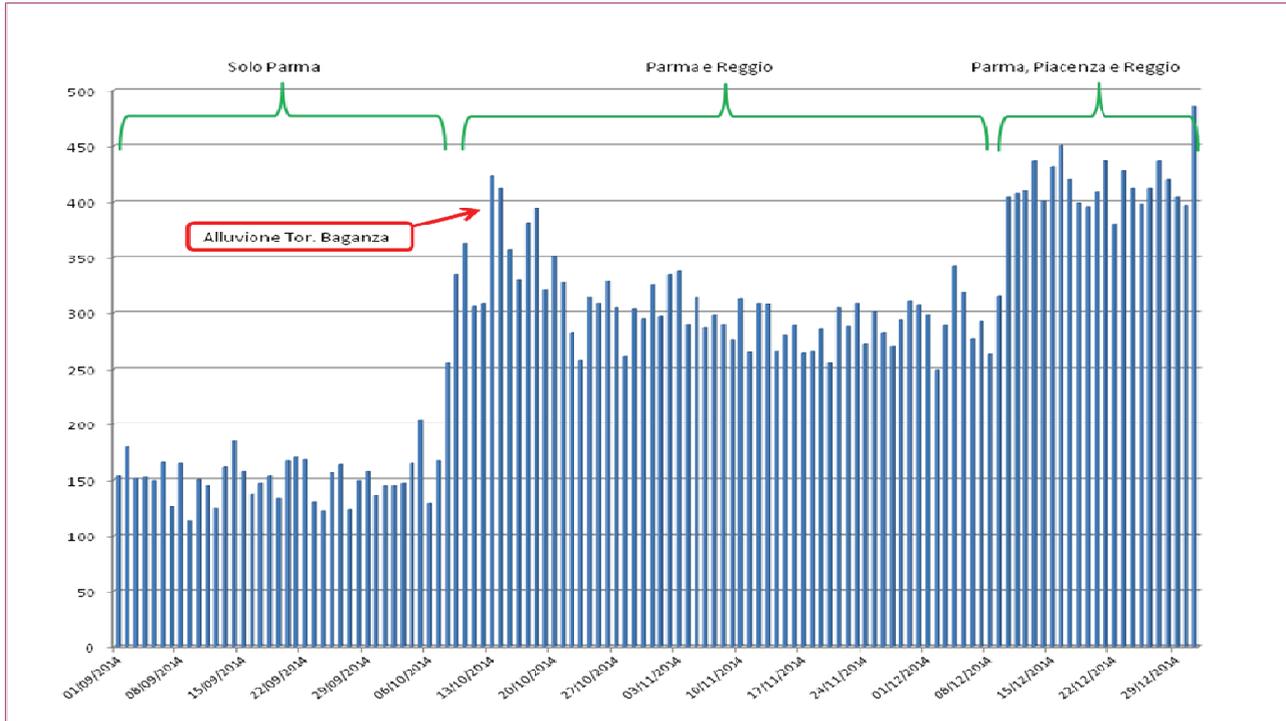
Si prevede che, a regime, la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest riceva e gestisca circa 115.000 emergenze l'anno provenienti dalle Province di Piacenza, Parma e Reggio Emilia.

Il grafico sotto riportato illustra i picchi di attività incrementale 2014. Nel mese di settembre, con attività solo su Parma, la media giornaliera era di 130 emergenze, nel mese di ottobre l'attività su Parma e Reggio registrava la media di 280 emergenze al giorno, a fine anno con l'ingresso di Piacenza si è passati a 340 emergenze al giorno di media.

Occorre rilevare che il 13 ottobre 2014 l'esondazione del torrente Baganza a Parma provoca un picco di richieste alla Centrale Operativa 118 Emilia Ovest, segnalato nel grafico. In tale occasione, si è inoltre verificato un black out telefonico di parte della rete pubblica di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, che ha mantenuto inalterate le funzioni di ricezione delle richieste di soccorso sanitario da parte della Centrale Operativa 118.

Il mese di dicembre ha registrato un incremento di attività pari al 18% rispetto al periodo di confronto dell'anno precedente, presumibilmente correlato al particolare andamento della epidemia influenzale.

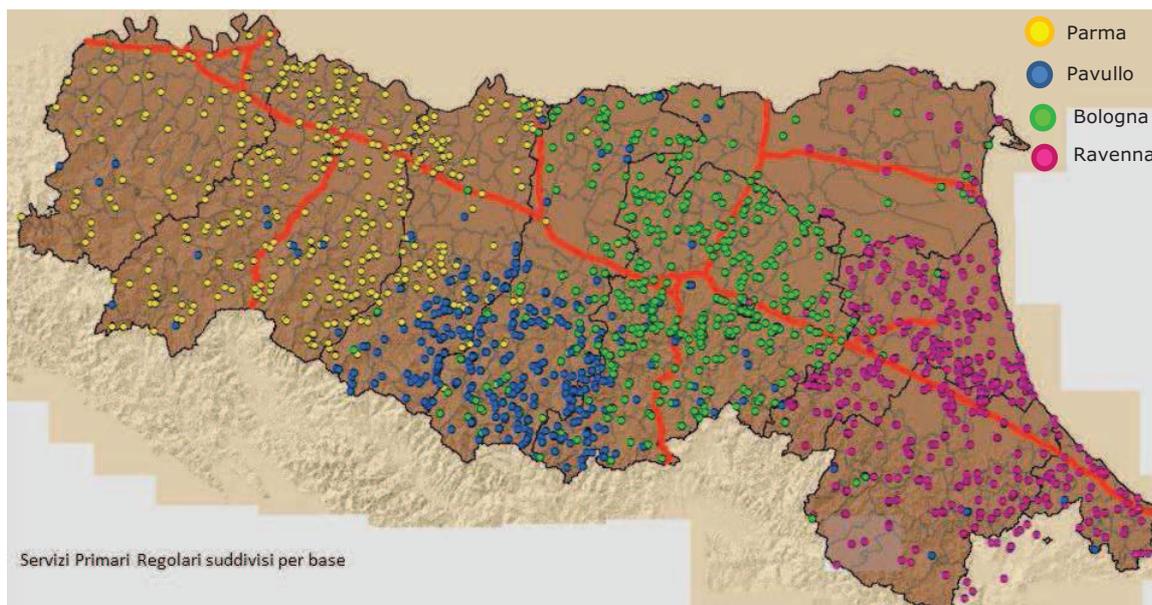
Numero emergenze 118 gestite quotidianamente da 01/09/2014 a 31/12/2014

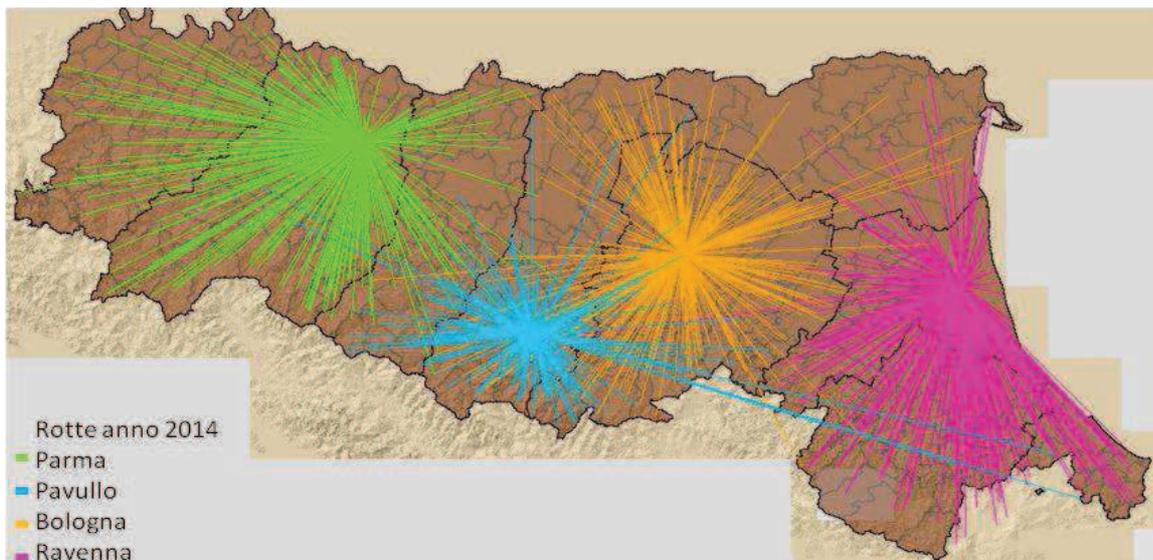


Il servizio di elisoccorso di Parma

Il Servizio Elisoccorso di Parma è parte integrante della Centrale Operativa 118 Emilia Ovest. La stretta interconnessione delle tre Centrali Operative Uniche 118 della RER permette un efficace coordinamento operativo delle quattro basi di Elisoccorso presenti sul territorio.

Nel 2014 l'Elisoccorso di Parma ha svolto 637 interventi primari e 54 trasporti interospedalieri urgenti volando complessivamente 20.554 minuti per un totale di circa 65.000 Km percorsi.





Prospettive future

La Centrale Operativa 118 - Elisoccorso Area Omogenea Emilia Ovest è orientata a perseguire il consolidamento delle funzioni di disaster recovery e business continuity, in una ottica di strettissima interconnessione con le altre Centrali 118 della Regione Emilia-Romagna.

Altri elementi prioritari sono rappresentati dall'ulteriore sviluppo delle competenze del personale, dalla predisposizione tecnologica ed organizzativa al Numero Unico per le Emergenze - NUE 112, secondo i programmi Ministeriali e alla omogeneizzazione delle modalità operative in ambito regionale per la gestione delle emergenze.

Inoltre, il ruolo di Centrale Operativa di Area Omogenea nell'ambito territoriale di riferimento richiede una costante attenzione alla costruzione e allo sviluppo della rete dei rapporti con le Istituzioni locali, della Pubblica amministrazione e della sicurezza e con altri Enti di Soccorso sanitario e non sanitario.

Conclusioni del Direttore Generale





Conclusioni del Direttore Generale

Scopo delle conclusioni è fare sintesi, tuttavia cercare di riepilogare un anno come il 2014 non è impresa semplice.

È stato un anno segnato da episodi significativi che hanno messo in evidenza alcune caratteristiche di questo Ospedale: l'accoglienza, la disponibilità, la capacità di far fronte ai momenti di crisi. Un episodio fra tutti, che ben mette in luce questi elementi, è stata la gestione dell'emergenza in occasione dell'alluvione che ha ferito la città e richiesto all'Ospedale l'immediata presa in carico di 50 pazienti ricoverati nella struttura delle Piccole Figlie.

Un positivo esempio di integrazione, operatività e agire tempestivo della rete dei servizi.

La crisi dell'alluvione ha messo in evidenza la forza solidale dell'intera città e non solo delle istituzioni.

È emerso con chiarezza quale sia il potenziale costruttivo dello spirito di squadra, dell'agire partecipato, della condivisione.

Certamente dobbiamo imparare, come insegnamento che ci lascia il 2014, a trattenere questo spirito, questa capacità aggregativa senza attendere i momenti critici.

È proprio questa, come già anticipato nell'introduzione al volume, la sfida da cogliere.

La rete deve essere quella trama, invisibile per il cittadino, fatta di decentralizzazione, flessibilità, connessioni e integrazione tra servizi e istituzioni. Significa garantire un'esperienza dei servizi dedicati alla salute che consenta di utilizzare quello che serve ed è appropriato, alleggerendo, ogni volta che è possibile, i disagi dovuti alla dimensione spaziale e temporale della cura.

Lavorare sulla rete che già esiste tra Ospedale e Azienda territoriale è l'impegno che le due Direzioni stanno affrontando, rivedendo la propria organizzazione in una prospettiva di integrazione e unificazione di servizi, che supera anche il concetto di rete stessa, per una vera e propria messa in comune di risorse e attività.

Si tratta di un cambiamento importante per diversi servizi e attività e per tante persone che vi operano.

E del resto tale orientamento risponde agli obiettivi di pianificazione di sistema posti dal governo della Regione per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

Integrazione è, peraltro, un elemento denotativo essenziale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nata appunto nella prospettiva di "integrare" le dimensioni dell'assistenza, della didattica e della ricerca proprie di un grande ospedale, creando con l'Università di Parma le condizioni per una crescita armonica. Hanno dato e danno un importante contributo in tale direzione, nell'ambito delle rispettive competenze, il Comitato di Indirizzo e il Collegio di Direzione, la cui importante funzione di stimolo e partecipazione deve essere ulteriormente rafforzata.

La realizzazione di una maggiore sinergia con Università e con Azienda Usl ha, del resto, positive ricadute sulla trama della rete da consolidare ulteriormente con le altre istituzioni del territorio, prima fra tutte la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria presieduta dal Sindaco di Parma.

Per quanto assolutamente imprescindibili, gli interlocutori istituzionali non esauriscono i nodi della rete da "tessere" intorno al cittadino, prima ancora che diventi paziente, ne fanno parte anche volontariato, organizzazioni dei cittadini e degli utenti, organizzazioni sindacali, istituzioni locali, fondazioni, attori privati chiunque, a qualunque titolo, è interessato, non tanto e non solo all'ospedale, quanto al tema della cura e della presa in carico.

Il primo passo compete comunque a noi, a chi all'interno dell'Ospedale opera per garantire i servizi ai cittadini del territorio di Parma (e non solo).

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 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

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

Tabella 4 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2013

Anno 2013		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.	68.042	7.556.171	171.587	40%	10.596.398	71%
	D2-D.Strument. no radiaz.	159.532	7.783.026	423.393	38%	20.014.513	39%
	D3-Biopsia	5.936	408.511	7.645	78%	465.040	88%
	D9-Altra diagnostica	19.856	447.684	39.058	51%	746.094	60%
	Totale	253.366	16.195.391	641.683	39%	31.822.043	51%
Laboratorio	L1-Prelievi	109.341	327.404	371.985	29%	1.114.469	29%
	L2-Chimica clinica	812.521	3.877.742	2.740.205	30%	11.588.652	33%
	L3-Ematologia/coagulaz.	183.962	1.817.129	467.426	39%	3.323.504	55%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	54.330	3.101.627	57.932	94%	3.130.690	99%
	L5-Microbiologia/virologia	81.332	1.081.449	220.370	37%	2.351.112	46%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	19.852	869.093	30.754	65%	1.257.451	69%
	L7-Genetica/citogen.	9.381	1.834.075	9.432	99%	1.839.763	100%
	Totale	1.270.719	12.908.519	3.898.104	33%	24.605.642	52%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.436.524	6.096.486				
	Totale	2.707.243	19.005.005	3.898.104	69%	24.605.642	77%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.752	51.515	12.972	21%	163.946	31%
	R2-RRF	12.619	103.988	158.351	8%	1.844.870	6%
	R3-Terapia Fisica	1.339	4.550	7.546	18%	22.234	20%
	R9-Altra riabilitazione	1.151	13.771	7.851	15%	60.232	23%
	Totale	17.861	173.824	186.720	10%	2.091.282	8%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	25.748	2.218.940	25.748	100%	2.218.940	100%
	T2-Dialisi	9.059	1.569.483	43.367	21%	7.653.703	21%
	T3-Odontoiatria	6.369	156.943	17.994	35%	782.855	20%
	T4-Trasfusioni	2.008	141.411	2.612	77%	159.202	89%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	17.464	2.538.277	28.374	62%	5.015.764	51%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	40.330	711.586	117.971	34%	2.334.091	30%
	Totale	100.978	7.336.639	261.814	39%	20.383.494	36%
Visite	V1-Prima visita	157.099	3.100.413	406.930	39%	8.505.254	36%
	V2-Visita di controllo	140.777	2.488.788	235.337	60%	4.167.612	60%
	Totale	297.876	5.589.201	642.267	46%	12.672.866	44%
Totale		3.377.324	48.300.060	5.604.840	60%	89.356.387	54%

Fonte Banca Dati ASA – RER

[Ritorno al capitolo 2.3](#)



Tabella 5 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2014

Anno 2014		Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma		Totale provinciale			
		Prestazioni		Prestazioni		Importi	
		N.	Val.	N. prestazioni provinciali	incidenza % AOU su tot. provinciale	Val. provinciale	incidenza % AOU su tot. provinciale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	67.659	7.519.916	196.614	34%	11.453.542	66%
	D2-D.Strument. no radiaz.	153.906	7.640.292	421.732	36%	20.387.283	37%
	D3-Biopsia	5.763	410.645	7.518	77%	488.809	84%
	D9-Altra diagnostica	20.363	488.886	40.376	50%	790.375	62%
	Totale	247.691	16.059.739	666.240	37%	33.120.009	48%
Laboratorio	L1-Prelievi	114.407	344.338	379.726	30%	1.143.063	30%
	L2-Chimica clinica	845.123	4.067.646	2.807.582	30%	11.992.298	34%
	L3-Ematologia/coagulaz.	188.547	1.799.018	475.976	40%	3.344.355	54%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	54.653	3.101.302	58.206	94%	3.129.793	99%
	L5-Microbiologia/virologia	84.616	1.128.784	218.719	39%	2.348.974	48%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	23.705	1.180.013	37.962	62%	1.646.711	72%
	L7-Genetica/citogen.	9.672	2.123.717	9.735	99%	2.130.739	100%
	Totale	1.320.723	13.744.818	3.987.906	33%	25.735.933	53%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.453.042	6.344.251				
	Totale	2.773.765	20.089.069	3.987.906	70%	25.735.933	78%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	2.799	56.562	13.999	20%	175.456	32%
	R2-RRF	15.600	133.810	154.904	10%	1.854.526	7%
	R3-Terapia Fisica	1.223	4.362	4.673	26%	15.569	28%
	R9-Altra riabilitazione	2.010	23.658	6.804	30%	59.418	40%
	Totale	21.632	218.392	180.380	12%	2.104.969	10%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	26.754	2.411.184	26.754	100%	2.411.184	100%
	T2-Dialisi	10.498	1.725.175	40.041	26%	6.989.378	25%
	T3-Odontoiatria	3.799	158.807	13.613	28%	709.410	22%
	T4-Trasfusioni	2.990	196.193	3.754	80%	218.674	90%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	17.397	2.694.971	28.608	61%	5.277.822	51%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	47.066	780.239	113.009	42%	2.381.189	33%
	Totale	108.504	7.966.569	225.779	48%	17.987.657	44%
Visite	V1-Prima visita	130.219	3.028.901	371.669	35%	8.582.971	35%
	V2-Visita di controllo	144.646	2.603.628	234.771	62%	4.225.878	62%
	Totale	274.865	5.632.529	606.440	45%	12.808.849	44%
Totale	3.426.457	49.966.298	5.666.745	60%	91.757.417	54%	

Fonte Banca Dati ASA – RER

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

Tabella 7 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](#)**Tabella 8 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2013**

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	134.009	49,17	60,54	68,67	76,28	81,85	18,15
Laboratorio	710.170	89,26	93,16	94,7	95,77	96,68	3,32
Riabilitazione	12.316	41,27	61,13	72,62	78,43	83,75	16,25
Prestazioni Terapeutiche	17.993	65,52	73,31	79,87	85,92	89,61	10,39
Visite	80.229	48,23	64,04	73,77	79,92	84,4	15,6

Fonte: Banca Dati ASA

[Ritorno al capitolo 2.3](#)**Tabella 9 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2014**

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	135.710	47,88	57,68	66,04	73,62	79,64	20,36
Laboratorio	740.114	88,01	91,65	93,19	94,25	95,23	4,77
Riabilitazione	13.288	43,17	64,10	74,99	81,52	85,96	14,04
Prestazioni Terapeutiche	17.374	71,08	79,34	84,71	89,21	91,57	8,43
Visite	86.258	39,58	56,39	69,76	77,41	82,11	17,89

Fonte: Banca Dati ASA

[Ritorno al capitolo 2.3](#)



Tabella 13 Assistenza Ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2012

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(*)		Post-acuti		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accreditati e non accreditati						
AUSL Parma	343	6	64	413	355	-	247	85	682					
AOU Parma	1.074	18	126	1.218	-	-	-	-	-	2,41	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 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](#)

Tabella 14 Assistenza Ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2013

Aziende	Posti letto pubblici				Posti letto privati				Indicatori					
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti(*)		Post-acuti		Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accreditati e non accreditati						
AUSL Parma	335	6	54	395	357	-	245	85	682	-	-	-	-	-
AOU Parma	1.031	15	108	1.154	-	-	-	-	-	2,31	0,28	0,03	0,24	2,58
Tot. Parma	1.366	21	162	1.549	357	-	245	85	682	3,85	1,14	0,59	0,54	4,99
Tot. Regione	12.523	674	1.245	14.442	2.862	233	890	853	4.574	3,44	0,81	0,35	0,46	4,25

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 01.01.2014 - 4.471.104

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

Tabella 34 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2012-2014

Disciplina	2012		2013		2014	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
007-Cardiologia	4,16	1,07	4,2	1,0	4,3	1,2
008-Cardiologia	1,64	1,12	1,6	1,0	1,6	1,1
009-Chirurgia Generale	1,36	1,01	1,3	1,0	1,4	1
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,79	1,22	1,6	1,0	1,6	1,2
011-Chirurgia Pediatrica	0,84	0,97	0,9	1,0	1	1,2
012-Chirurgia Plastica	1,32	1,05	1,3	1,0	1,3	1,1
013-Chirurgia Toracica	1,94	1,06	1,9	1,0	1,8	1
014-Chirurgia Vascolare	1,95	1,09	1,8	1,0	1,8	1
018-Ematologia	4,35	1,01	5,3	1,0	5,3	1,2
021-Geriatria	1,15	1,08	1,2	1,0	1,2	1,1
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,82	1,23	1,8	1,0	1,8	1,3
026-Medicina Generale	1,12	1,07	1,1	1,0	1,1	1
029-Nefrologia	1,31	0,99	1,2	1,0	1,2	0,9
030-Neurochirurgia	2,41	1,09	2,5	1,0	2,4	1,1
032-Neurologia	1,1	0,97	1,1	1,0	1,2	1
034-Oculistica	0,81	1,01	0,8	1,0	0,8	1
036-Ortopedia e Traumatologia	1,31	0,97	1,3	1,0	1,3	0,9
037-Ostetricia e Ginecologia	0,68	1,06	0,7	1,0	0,6	1
038-Otorinolaringoiatria	1,04	1,07	0,9	1,0	0,9	1
039-Pediatria	0,53	0,92	0,5	1,0	0,5	0,9
043-Urologia	1,08	0,99	1,1	1,0	1	1
047-Grandi Ustionati	2,54	0,7	2,8	1,0	2,8	0,8

Disciplina	2012		2013		2014	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
048-Nefrologia Trapianti	3,17	1,42	3,2	1,0	3	1,4
049-Terapia Intensiva	4,78	1,03	4,7	1,0	4,8	1,2
050-Unita' Coronarica	2,06	1,17	2,1	1,0	1,9	1,2
051-Astanteria	0,88	0,89	0,9	1,0	0,9	0,9
052-Dermatologia	1,04	1,02	1	1,0	1,1	1
058-Gastroenterologia	1,1	0,98	1,1	1,0	-	-
062-Neonatalogia	1,54	1	1,4	1,0	1,6	1,1
064-Oncologia	1,01	0,77	1	1,0	1	0,8
065-Pediatria e Oncoematologia	1,05	0,63	1,1	1,0	1	0,7
068-Pneumologia	1,43	1,03	1,5	1,0	1,5	1,1
073-Terapia Intensiva Neonat.	1,07	0,52	1,6	1,0	1,3	0,7

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Ritorno al capitolo 2.3

Tabella 37 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2014

PARMA	Ricoveri programmati	Ricoveri programmati con attesa > 0 gg	Tempi di attesa (valori percentuali)*							Attesa mediana (gg)	
			0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg		
Area oncologica											
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (RO)	Azienda OSP	62	61	1,6	90,2	100	100	100	100	0	19
	TOTALE	106	105	0,9	93,3	100	100	100	100	0	13
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Azienda OSP	65	64	1,5	81,3	98,4	100	100	100	0	27
	TOTALE	142	140	1,4	53,6	85,7	97,9	98,6	100	0	29
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Azienda OSP	170	168	1,2	72,6	97,6	98,8	98,8	99,4	0,6	22
	TOTALE	243	238	2,1	71,4	97,5	99,2	99,2	99,6	0,4	22
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Azienda OSP	29	29	0	82,8	100	100	100	100	0	24
	TOTALE	60	59	1,7	88,1	100	100	100	100	0	19
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Azienda OSP	97	97	0	87,6	100	100	100	100	0	17
	TOTALE	97	97	0	87,6	100	100	100	100	0	17
Chemioterapia (DH)	Azienda OSP	1149	53	95,4	88,7	90,6	92,5	96,2	96,2	3,8	4
	TOTALE	1613	473	70,7	96	98,9	99,2	99,6	99,6	0,4	4
Area cardiovascolare											
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Azienda OSP	84	67	20,2	83,6	89,6	92,5	98,5	100	0	10
	TOTALE	84	67	20,2	83,6	89,6	92,5	98,5	100	0	10
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Azienda OSP	105	55	47,6	36,4	61,8	80	94,5	98,2	1,8	39
	TOTALE	105	55	47,6	36,4	61,8	80	94,5	98,2	1,8	39
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Azienda OSP	99	98	1	54,1	84,7	93,9	95,9	100	0	29
	TOTALE	113	112	0,9	56,3	83,9	94,6	96,4	100	0	28
Area non oncologica											
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Azienda OSP	123	123	0	4,1	13	22,8	41,5	78,9	21,1	134
	TOTALE	483	478	1	24,3	33,3	40	48,7	66,1	33,9	125,5
Tonsillectomia (regime ordinario)	Azienda OSP	178	177	0,6	3,4	15,3	20,9	25,4	37,3	62,7	197
	TOTALE	211	210	0,5	11	21	26,7	32,4	42,9	57,1	194
Biopsia percutanea del fegato (dh)	Azienda OSP	96	88	8,3	93,2	97,7	100	100	100	0	6
	TOTALE	98	90	8,2	93,3	97,8	100	100	100	0	6

Emorroidectomia (dh)	Azienda OSP	22	22	0	22,7	22,7	36,4	45,5	68,2	31,8	139
	TOTALE	37	36	2,7	52,8	52,8	61,1	66,7	80,6	19,4	24,5
Riparazione ernia inguinale (dh)	Azienda OSP	372	372	0	11,3	25,5	37,9	45,7	60,8	39,2	133
	TOTALE	767	760	0,9	43	56,1	64,1	68,8	77,5	22,5	44

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](#)

Tabella 38 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2014

REGIONE EMILIA-ROMAGNA	Ricoveri Programmati	Ricoveri programmati con attesa > 0 gg	% Tempi di attesa = 0 gg							Attesa mediana (gg)	
			0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg		
Area oncologica											
Intervento chirurgico tumore mammella - mastectomia (RO)	Azienda USL	127	127	0	69,3	97,6	99,2	99,2	99,2	0,8	26
	Privato	17	17	0	100	100	100	100	100	0	13
	Azienda OSP	114	114	0	60,5	93,9	97,4	98,2	100	0	26
	TOTALE	258	258	0	67,4	96,1	98,4	98,8	99,6	0,4	25
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Azienda USL	168	166	1,2	27,7	71,1	84,9	98,8	100	0	41
	Privato	27	27	0	74,1	100	100	100	100	0	16
	Azienda OSP	105	103	1,9	39,8	75,7	91,3	98,1	100	0	35
	TOTALE	300	296	1,3	36,1	75,3	88,5	98,6	100	0	38
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Azienda USL	324	316	2,5	78,8	96,2	97,8	98,1	99,4	0,6	18
	Privato	19	19	0	100	100	100	100	100	0	9
	Azienda OSP	169	164	3	71,3	94,5	97	99,4	100	0	22
	TOTALE	512	499	2,5	77,2	95,8	97,6	98,6	99,6	0,4	19
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Azienda USL	60	60	0	58,3	100	100	100	100	0	26
	Privato	4	4	0	100	100	100	100	100	0	13,5
	Azienda OSP	53	53	0	56,6	88,7	98,1	98,1	98,1	1,9	28
	TOTALE	117	117	0	59	94,9	99,1	99,1	99,1	0,9	27
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Azienda USL	86	86	0	65,1	96,5	98,8	100	100	0	18,5
	Privato	21	21	0	95,2	95,2	100	100	100	0	4
	Azienda OSP	98	96	2	92,7	96,9	97,9	97,9	97,9	2,1	14
	TOTALE	205	203	1	81,3	96,6	98,5	99	99	1	13
Chemioterapia (DH)	Azienda USL	1414	842	40,5	97,1	99,3	99,4	99,4	99,4	0,6	4
	Privato	22	22	0	100	100	100	100	100	0	8,5
	Azienda OSP	682	412	39,6	94,2	95,9	96,8	97,3	98,1	1,9	4
	Rizzoli	12	10	16,7	100	100	100	100	100	0	7,5
	TOTALE	2130	1286	39,6	96,3	98,2	98,6	98,8	99	1	4
Area cardiovascolare											
By-pass	Privato	137	134	2,2	92,5	98,5	99,3	99,3	100	0	10

aortocoronarico (regime ordinario)	Azienda OSP	93	83	10,8	56,6	90,4	96,4	97,6	98,8	1,2	23
	TOTALE	230	217	5,7	78,8	95,4	98,2	98,6	99,5	0,5	13
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Azienda USL	309	285	7,8	71,2	89,5	94	96,8	98,6	1,4	15
	Privato	309	305	1,3	97,7	100	100	100	100	0	7
	Azienda OSP	325	236	27,4	67,4	86,4	93,2	95,8	99,2	0,8	10
	TOTALE	943	826	12,4	79,9	92,5	96	97,7	99,3	0,7	10
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Azienda USL	126	124	1,6	34,7	60,5	76,6	89,5	95,2	4,8	48
	Privato	28	28	0	82,1	96,4	96,4	96,4	96,4	3,6	8,5
	Azienda OSP	111	109	1,8	50,5	73,4	84,4	93,6	96,3	3,7	28
	TOTALE	265	261	1,5	46,4	69,7	82	92	95,8	4,2	36
Coronarografia (DH)	Azienda USL	132	122	7,6	87,7	96,7	96,7	96,7	98,4	1,6	13
	Privato	2	2	0	100	100	100	100	100	0	11
	Azienda OSP	77	77	0	81,8	93,5	97,4	97,4	97,4	2,6	11
	TOTALE	211	201	4,7	85,6	95,5	97	97	98	2	12
Area non oncologica											
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Azienda USL	613	599	2,3	9,3	28,4	42,9	58,3	77,8	22,2	103
	Privato	728	728	0	60,3	84,8	90	94,2	98,2	1,8	22
	Azienda OSP	157	154	1,9	7,1	16,2	42,2	63,6	78,6	21,4	99
	Rizzoli	288	287	0,3	2,8	8	12,9	18,1	34,1	65,9	228
	TOTALE	1786	1768	1	29,1	47,2	57,4	67	79,2	20,8	70,5
Tonsillectomia (regime ordinario)	Azienda USL	544	533	2	9,9	25,1	35,6	42,6	52,9	47,1	150
	Privato	103	103	0	74,8	95,1	96,1	97,1	100	0	15
	Azienda OSP	185	184	0,5	6	13	19,6	30,4	56,5	43,5	167,5
	TOTALE	832	820	1,4	17,2	31,2	39,6	46,7	59,6	40,4	133
Biopsia percutanea del fegato (dh)	Azienda USL	48	26	45,8	84,6	100	100	100	100	0	7,5
	Azienda OSP	37	33	10,8	97	97	100	100	100	0	11
	TOTALE	85	59	30,6	91,5	98,3	100	100	100	0	9
Emorroidectomia (DH)	Azienda USL	69	69	0	5,8	34,8	53,6	62,3	75,4	24,6	82
	Privato	6	6	0	83,3	83,3	100	100	100	0	19
	Azienda OSP	18	18	0	22,2	38,9	50	55,6	66,7	33,3	80,5
	TOTALE	93	93	0	14	38,7	55,9	63,4	75,3	24,7	81
Riparazione di ernia inguinale (DH)	Azienda USL	964	960	0,4	13	32,7	48,2	58	70,7	29,3	96,5
	Privato	309	308	0,3	78,2	95,8	97,4	98,1	98,7	1,3	17
	Azienda OSP	287	287	0	11,1	21,6	31	43,9	64,1	35,9	136
	TOTALE	1560	1555	0,3	25,6	43,2	54,8	63,3	75	25	

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](#)

