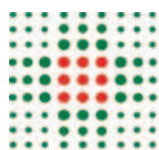




Bilancio di Missione 2015



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



BILANCIO DI MISSIONE 2015
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	30
La sostenibilità patrimoniale	31
2.2 Impatto sul contesto territoriale	37
Impatto economico	37
Impatto sociale e culturale	39
Impatto ambientale	43
2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza	46
Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	46
Assistenza distrettuale	46
Assistenza specialistica ambulatoriale	47
Assistenza ospedaliera	51
Qualità dell'assistenza	65
2.4 Ricerca e didattica	68
Attività di ricerca	69
Attività didattica	77
2.5 Assetto organizzativo	80
3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	87
3.1 La programmazione sanitaria e la partecipazione degli enti locali	89
Trasparenza e integrità: principi di riferimento	90
3.2 Universalità ed equità di accesso	91
Facilitazioni all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero	91
Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto	93
Assistenza odontoiatrica	98
Azioni in ambito ICT	99
3.3 Centralità del cittadino	103
Continuità assistenziale	103
Progetto di riorganizzazione delle attività di accoglienza e orientamento	103
Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti	105
Rispetto delle differenze e osservatorio sull'equità	105
Piano regionale della prevenzione 2015-2018	107
Cure palliative	107
Progetti aziendali dedicati al tema del fine vita	108
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	109
Sicurezza delle cure e qualità	109

	Programma regionale gestione diretta dei sinistri	112
	Rischio infettivo, sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie	113
	Il sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree a carica microbica controllata	117
	Valutazione del rischio e prevenzione della tubercolosi	117
	Prevenzione e controllo della legionellosi	118
	Prevenzione e controllo dell'influenza	119
	Il governo dei farmaci e dispositivi medici	119
	Efficienza gestionale	121
	Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto	121
3.5	Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa	122
	Integrazione interaziendale	122
	Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero	123
	Governo clinico: Programma Nazionale Esiti	126
	L'innovazione tecnologica	127
	Centro procreazione medicalmente assistita	128
3.6	Integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca	129
	Il Comitato di Indirizzo	129
	Il processo di integrazione in attuazione dell'Atto Aziendale e degli Accordi Attuativi Locali	130
3.7	Nota integrativa per la relazione sulla performance 2015 (sintesi)	133
4	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	137
4.1	La "carta di identità" del personale	139
	Analisi di genere del personale	140
	Mobilità del personale	147
4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	148
	Organizzazione e funzionamento aziendale: il ruolo del Collegio di Direzione	148
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	151
	Promozione della salute, prevenzione delle malattie	151
	Gestione degli infortuni	153
	Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi	156
4.4	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti	157
	Sistema d'incentivazione del personale dirigente	157
	Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto	159
4.5	Formazione	159
	I dati di attività	159
	Progetti principali attivati	162
4.6	Sistema informativo del personale	165
4.7	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	165
	Relazioni sindacali	165
	Libera professione	166
	Gestione del contenzioso	167
4.8	Le azioni in tema di servizi alla persona e ai dipendenti	168
	Il nido aziendale	168
	I servizi alla persona	168
	Compatibilità fra tempi di vita e di lavoro	169
5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	173
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi	175

5.2	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	177
5.3	La comunicazione interna aziendale	181
6	Governo della ricerca e innovazione	183
6.1	Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	187
	Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie	197
6.2	Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	199
	Attività di formazione del personale	199
	Progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie internazionali	200
6.3	Garanzie di trasparenza	211
	Anagrafe della ricerca	211
	Reportistica	211
	Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico	214
7	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	219
7.1	La nuova Ala Sud	221
7.2	Il Centro Comune di Ricerca	222
7.3	Il Polo Neurologico unico provinciale	224
	Conclusioni del Direttore Generale	231
	Comitato di indirizzo	235
	Appendice	I



Presentazione

Potremmo leggere il bilancio di missione come una narrazione, un racconto dettagliato delle azioni messe in essere e degli obiettivi conseguiti grazie al lavoro intenso e quotidiano di migliaia di persone che operano ai vari livelli per rendere un puntuale e attento servizio ai cittadini che si rivolgono all'Ospedale. Introdurre il lettore a questa rendicontazione, al racconto dei primi nove mesi di mandato della Direzione, implica la necessità di selezionare solo pochi elementi da porre all'attenzione e difficilmente questa selezione riesce a restituire la complessità che resta in secondo piano.

Il focus è di solito sugli elementi di innovazione e cambiamento, che sono essenziali e necessari nella vita di un ospedale che deve sempre tendere al miglioramento e allo sviluppo della qualità dell'assistenza e della cura. Tuttavia a fronte di alcune, importanti ed essenziali innovazioni (presenti peraltro anche nel bilancio di missione 2014), è indispensabile evidenziare anche quelle attività "sommese" che costituiscono la vita dell'ospedale e garantiscono l'accoglienza e la cura, giorno per giorno, per le migliaia di persone che all'ospedale si rivolgono. I cambiamenti strutturali, logistici e organizzativi tesi a dare maggiore coerenza e continuità ai percorsi di cura sono presentati nei capitoli 3 e 7 dedicati agli obiettivi istituzionali, fra questi si richiama l'attenzione all'Ala sud, inaugurata il 31 Ottobre, illustrata nel capitolo 7 e scelta per la copertina del volume per dare evidenza al completamento del nuovo ospedale.

La Direzione ha voluto inaugurare il proprio mandato cercando di mettere in luce il contributo di ognuno alla vita dell'ospedale. Il percorso è iniziato con la condivisione allargata e capillare del processo di budget che ha consentito di conoscere le diverse realtà dell'Azienda e raccogliere una piccola quota della complessità di cui si diceva.

Una modalità di confronto che è stata adottata anche nei percorsi di integrazione con l'Azienda Usl, fra i quali si considerino il "Progetto sulla fragilità" e la costituzione del Polo Neurologico unico provinciale, un'unica struttura interaziendale per la cura e l'assistenza dei malati di patologie quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, le epilessie e cefalee, le neoplasie (di cui si parla nel capitolo 7).

Finalità della progettualità dedicata alla fragilità è la definizione di un "patto tra professionisti" inteso a promuovere la presa in carico globale della persona, con l'intento di superare l'attenzione per il singolo evento patologico e per spostarla sul benessere complessivo della persona cercando di sperimentare "un modello di medicina personalizzata in ambito clinico-organizzativo".

Collaborazione e integrazione, soprattutto con l'Università degli studi di Parma, di competenze e attrezzature di alto profilo sono alla base anche della realizzazione del Centro Comune di Ricerca, inaugurato all'inizio di Dicembre 2015 e frutto dell'impegno e del lavoro anche della precedente Direzione, sotto cui il progetto è nato ed è stato presentato alla città e alla Fondazione CARIPARMA che lo ha condiviso e sostenuto.

L'apertura e il confronto che questa Direzione ha cercato di porre in essere possono essere simbolicamente rappresentati dalle iniziative legate alla ricorrenza dei 100 anni della struttura del Maggiore, ossia dell'ospedale a padiglioni che ancora oggi accoglie attività sanitarie e sulla cui area si è sviluppato il nuovo ospedale poliblocco che ha il suo ingresso su via Volturno.

L'Azienda grazie alla collaborazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, dell'Università degli Studi, dell'Azienda USL di Parma, del Comitato Consultivo Misto e di altre realtà istituzionali e associative e grazie al contributo dell'Unione Industriali, della Fondazione Cariparma e della Fondazione Monte, ha commemorato, a partire dal mese di Ottobre 2015, 100 anni di storia recente dell'ospedale proponendo alla città diversi eventi (mostre fotografiche e storico documentarie, presentazioni di libri, convegni, conferenze e incontri), come occasione di narrazione dell'ospedale e della sanità del territorio e di confronto allargato tra l'ospedale, i suoi professionisti e i suoi utenti, sia rispetto al passato che verso il futuro. Sono stati proposti momenti, personaggi e curiosità della storia dell'ospedale e della sanità a Parma e occasioni per parlare anche del futuro, come il convegno "L'ospedale 'diffuso' oltre i confini del luogo" che ha presentato nuovi scenari di cura, parlando di "reti" ossia di quelle relazioni e connessioni tra servizi e istituzioni, tra cittadino e famiglie che nella vita quotidiana interrogano sempre più e in modo ogni volta diverso i servizi sanitari e sociali.

Nell'insieme delle iniziative si è cercato di coinvolgere le nuove generazioni, a cui chiediamo idee e nuovi sguardi, in particolare proponendo il concorso creativo "L'ospedale del 2115".

Infine, a Novembre 2015 l'ospedale è diventato teatro e ciò emblematicamente in alcuni spazi non più dedicati alla cura nel padiglione Rasori che era il vecchio sanatorio, dotato all'epoca anche di uno spazio teatrale e cinematografico, convertito poi nelle successive ristrutturazioni.

Come si diceva, queste sono solo alcune suggestioni della realtà dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e delle sfide su cui si lavora per fare crescere un'idea di ospedale innovativa e aperta, in rete, creando ponti tra cura, assistenza, insegnamento e ricerca. Sfida che riguarda tutti coloro che quotidianamente partecipano alla vita dell'ospedale, sia come professionisti e operatori, cui va sincera riconoscenza, sia 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 in cui 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





A. Gaibazzi, Pergamena miniata commemorativa della posa della PRIMA PIETRA
31 ottobre 1915 (A.O.U. di Parma - direzione)





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.

In questo paragrafo vengono richiamate le questioni che, nel 2015, hanno avuto maggior impatto sulla gestione e sulle attività aziendali anche per la forte rilevanza trasversale.

Il lettore che volesse consultare e approfondire le normative nazionali e regionali di recente emanazione nella loro versione integrale, potrà consultare il 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/>

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>.

➤ **DGR n. 150/2015 Adeguamento della deliberazione della Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013 di approvazione del Percorso Attuativo della Certificabilità**

La DGR dispone che le Direzioni aziendali sono impegnate nell'assicurare l'attuazione del PAC regionale e la realizzazione delle azioni individuate dal Piano attuativo della Certificabilità nel rispetto della tempistica prevista. E' emersa la necessità di concentrare l'attenzione sulla corretta identificazione dei processi e sulla predisposizione di misure finalizzate a prevenire i rischi corruttivi. L'analisi del contesto interno si basa sulla rilevazione ed analisi dei processi organizzativi; la mappatura dei processi è un modo "razionale" di individuare e rappresentare tutte le attività dell'ente e quindi l'organizzazione in ogni sua dimensione. Al riguardo la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" *"...rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile..."*; asserzione citata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione nella sezione sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che necessariamente passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili. Anche in questa area è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari agevolando la verifica e il controllo.

➤ **Deliberazione del Direttore Generale 28 gennaio 2015, n. 33 "Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Aggiornamento del Piano per il triennio 2015-2017"**

Impegno previsto per tutte le pubbliche amministrazioni in linea con le disposizioni della Legge n. 190/2012 che fornisce le indicazioni necessarie per la definizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione a livello decentrato, finalizzato a promuovere la cultura della legalità mediante l'individuazione di azioni e misure nell'ambito dell'organizzazione.

➤ **Deliberazione del Direttore Generale 12 maggio 2015, n. 176 "Adozione del Piano Formativo Triennale per la promozione della Prevenzione della Corruzione - Aggiornamento 2015"**

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione si correla alla capacità di dar corso ad azioni formative. L'Azienda, sulla base delle linee fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione, programma percorsi di formazione volti a promuovere le tematiche dell'etica e della legalità, la conoscenza e la condivisione delle politiche di prevenzione e delle misure di contrasto a potenziali fenomeni corruttivi. Le iniziative formative sono inserite nel Piano Formativo Aziendale (PAF).

➤ **Deliberazione del Direttore Generale 23 settembre 2015, n. 304 "Indicazioni esplicative rispetto al Piano triennale di Prevenzione della Corruzione - Aggiornamento 2015-2017 - Adozione degli atti conseguenti"**

➤ **Deliberazione del Direttore Generale 29 gennaio 2015, n. 40 "Adempimenti in ordine al D. Lgs. n. 33/2013 in materia di "Amministrazione Trasparente" - Adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015/2017"**

In adempimento a quanto disposto dall'art. 10 del citato D. Lgs. 33/2013 le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare un Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (c.d. P.T.T.I.), da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire un adeguato



livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate da A.N.A.C.; la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità. Il predetto P.T.T.I. definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 del D. Lgs. 22/2013; gli obiettivi indicati nel P.T.T.I. sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, che sarà definita in via generale nelle linee guida al Budget e negli analoghi strumenti di programmazione.

- Deliberazione del Direttore Generale 22 dicembre 2015, n. 420, "Nomina a far tempo del 01.01.2016 del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per l'Azienda AUSL di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma".
- Deliberazione del Direttore Generale 5 novembre 2015, n. 358 "Preso d'atto della designazione dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)"
- Deliberazione del Direttore Generale 1 luglio 2015, n. 228 "Adozione del Piano di Emergenza interno dei Padiglioni Barbieri (Revisione 3), Ospedale dei Bambini (Revisione 0), Officine (Revisione 1), Maternità (Revisione 2), Pediatria (Revisione 2), Necroscopia (Revisione 2), Centrale Termica (Revisione 0), Ala Est (Revisione 4) , Sala Server (Revisione 0) relativi all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Deliberazione del Direttore Generale 22 dicembre 2015, n. 414 "Aggiornamento del Documento Programmatico sulla Sicurezza adottato ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003"
- Deliberazione del Direttore Generale 5 novembre 2015, n. 359 "Preso d'atto della deliberazione di Giunta Regionale n. 1559 del 20 ottobre 2015 e del successivo Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 188 del 21 ottobre 2015 di nomina dei componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

- Deliberazione del Direttore Generale 11 marzo 2015, n. 124 "Costituzione dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'ARPA"

Il D.Lgs. n. 150/09 ed in particolare l'art. 14 prevedeva la costituzione, presso ciascuna amministrazione, di un organismo indipendente di valutazione della performance, con specifiche funzioni in materia di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, di garanzia di correttezza dei processi di misurazione, valutazione e utilizzo dei premi e l'art. 16 definisce le modalità applicative agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale dei principi e delle disposizioni contenuti nel decreto stesso, prevedendo l'emanazione di una specifica disciplina regionale in materia. La Regione con DGR n. 334 del 17 marzo 2014 "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia-Romagna" ha disciplinato tale ambito istituendo l'Organismo Indipendente di Valutazione unico per il SSR e garantendo ad esso il necessario supporto nello svolgimento delle proprie funzioni e la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative a ciascuno degli enti e aziende del SSR, attraverso l'istituzione presso ogni amministrazione di una funzione denominata Organismo Aziendale di Supporto (OAS).

Le principali attività affidate, dalla citata D.G.R. 334/2014, all'organismo aziendale di supporto sono quelle volte a:

- garantire il collegamento con l'OIV unico per il SSR;
 - garantire la gestione procedimentale e documentale del processo valutativo;
 - assicurare il supporto alla attività di valutazione interna, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia di classificazione e graduazione delle posizioni dirigenziali, per la definizione degli strumenti di incentivazione individuali o legati a specifici progetti, per la individuazione di indicatori di risultato qualitativo e quantitativo nel sistema di incentivazione del comparto;
 - assicurare il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione della prestazione, in special modo nei casi di pareri difformi;
 - nonché quelle correlate alle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.
- Deliberazione del Direttore Generale 9 febbraio 2015, n. 68 "Ricostituzione dell'Ufficio in materia di procedimenti disciplinari per il personale dell'area del comparto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma"



- **Deliberazione del Direttore Generale 17 febbraio 2015, n. 87 Approvazione del "Regolamento per la disciplina dei tirocini curriculari, formativi e di orientamento nonché delle frequenze volontarie nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma"**
I tirocini curriculari proposti sono organizzati congiuntamente all'Università degli Studi di Parma e sono svolti da soggetti che abbiano conseguito un titolo entro e non oltre i 12 mesi. Sono diretti a laureati e studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Farmacia e a laureati e studenti della Facoltà di Scienze Matematiche Fisiche e Naturali che abbiano una diretta interrelazione con le attività sanitarie del nosocomio, a scopo di perfezionamento professionale purché lo stesso non comporti alcun tipo di attività assistenziale. Sono finalizzati ad agevolare le scelte professionali e l'occupabilità dei giovani nella transizione scuola lavoro e non potranno durare più di sei mesi.
- **Deliberazione del Direttore Generale 24 febbraio 2015, n. 106 Approvazione del "Regolamento degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici delle ricerche e sperimentazioni cliniche effettuate nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma"**
La ricerca sanitaria risponde alle esigenze conoscitive e operative del Servizio Sanitario Nazionale e ai suoi obiettivi di salute, come evidenziato anche dalla rilevanza che a tale aspetto viene conferita dall'art. 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e succ. mod. e integrazioni e dalla sua espressa inclusione tra i principi informatori del servizio sanitario regionale, elencati dall'art. 1, comma 2, della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria si integra all'interno del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali nel rispetto dei suoi principi fondamentali, esercitando le proprie funzioni di diagnosi cura riabilitazione e prevenzione, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di essere punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e le espressioni istituzionali ed associative della comunità in cui opera.
- **Deliberazione del Direttore Generale 3 aprile 2015, n. 137 "Convenzione con il Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali - S.Bi.Bi.T. Unità di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma per attività di sorveglianza in materia di infezioni correlate all'assistenza"**
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è da sempre interessata a sviluppare il tema della prevenzione del rischio delle infezioni ospedaliere e l'elaborazione di procedure e di protocolli standardizzati da applicare all'interno delle strutture sanitarie adibite al ricovero ed alla cura del paziente. In particolare UOC Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Sicurezza Igienico-Sanitaria - è interessata a rinnovare, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali - S.Bi.Bi.T. Unità di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma, l'accordo in materia di monitoraggio microbiologico dell'acqua in relazione al rischio Legionelle e di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza.
- **Deliberazione del Direttore Generale 21 aprile 2015, n. 154 "Adozione del Regolamento per la gestione del "dossier sanitario" all'interno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma"**
Il dossier sanitario opera nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali, garantendo in particolare l'aderenza al principio di pertinenza e non eccedenza del trattamento nella gestione dei dati sensibili secondo le Linee di indirizzo per la gestione del dossier sanitario nelle aziende sanitarie di AVEN.
- **Deliberazione del Direttore Generale 5 giugno 2015, n. 195 "Approvazione del progetto Polo Neurologico Interaziendale ed adozione degli atti organizzativi conseguenti"**
Il modello organizzativo per l'assistenza neurologica territoriale all'interno del Polo interaziendale integrato è una rete che definisce i percorsi diagnostico terapeutici neurologici in relazione al contesto epidemiologico ed i flussi di popolazione all'interno di essi; definisce le risorse umane e strutturali necessarie e la loro collocazione logistica; individua i professionisti ed il network di coordinamento.
Il progetto del polo neurologico interaziendale prevede l'interazione tra reti integrate di rilievo orizzontale, particolarmente forti a livello territoriale, e linee organizzative di sequenza verticale, particolarmente indicate per rendere coerenti le relazioni tra Hub Ospedaliero e Hub territoriale (Casa della Salute).[cfr. per ulteriori informazioni il capitolo 7 del presente volume]
- **Deliberazione del Direttore Generale 16 giugno 2015, n. 209 "Approvazione del progetto Polo Riabilitativo Integrato ed adozione degli atti organizzativi conseguenti"**
E' il progetto di un *modello organizzativo interaziendale* che, unificando le risorse umane, professionali, tecnico-scientifiche, strutturali ed impiantistiche esistenti, le attività assistenziali,



didattiche e di ricerca, persegue il principio di centralità della persona e della sua partecipazione consapevole al processo di presa in carico riabilitativa mirato alla creazione di una rete riabilitativa provinciale.

- Deliberazione del Direttore Generale 22 giugno 2015, n. 215 "Presa d'atto dei verbali e approvazione graduatoria dei volontari. Progetto di Servizio Civile Nazionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Sono qui per te: curare la relazione per prendersi cura della persona"
- Deliberazione del Direttore Generale 15 luglio 2015, n. 254 "Approvazione del Piano Formativo Aziendale per l'anno 2015"
- Deliberazione del Direttore Generale 6 novembre 2015, n. 362 "Nomina del Comitato Scientifico della formazione ECM e della Formazione Aziendale"
- Deliberazione del Direttore Generale 23 settembre 2015, n. 307 "Approvazione accordo di collaborazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Comune di Parma – Servizio Sistema Bibliotecario, per la promozione della lettura nell'Ospedale dei Bambini di Parma – Pietro Barilla"
- Deliberazione del Direttore Generale 30 settembre 2015, n. 315 "Costituzione del Centro Comune di Ricerca ed adozione del relativo regolamento di funzionamento"
Il Centro Comune di Ricerca (CCR) nasce da una iniziativa congiunta dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOUP) e dell'Università di Parma, come articolazione organizzativa dell'AOUP allo scopo di favorire la promozione, lo sviluppo ed il coordinamento dell'attività di ricerca. [cfr. per ulteriori informazioni i successivi capitoli 6 e 7 del presente volume]
- Deliberazione del Direttore Generale 6 ottobre 2015, n. 317 "Approvazione linee guida per la risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro - criteri applicativi generali"
Le Direzioni Generali delle Aziende sanitarie dell'Area vasta Emilia Nord (AVEN) hanno ritenuto di adottare una modalità di comportamento omogenea per tutte le Aziende aderenti e, a tal fine, è stato elaborato il documento "Linee Guida per la risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro – criteri applicativi generali".
- Deliberazione del Direttore Generale 30 ottobre 2015, n. 348 "Celebrazioni per il centenario dalla fondazione dell'Ospedale Maggiore di Parma – Concorso L'Ospedale del 2115 – approvazione regolamento"
Il concorso creativo "L'Ospedale del 2115" è un'iniziativa rivolta alla cittadinanza ed in particolare ai giovani per condividere con la città, a cento anni dalla nascita della Struttura, le aspettative sulla sanità di domani. Nel 1915 fu posata la prima pietra dell'Ospedale, che non era esattamente come lo conosciamo oggi, ma il suo embrione: un ospedale in continuo sviluppo, cambiamento, trasformazione anche per l'evoluzione del modo di intendere l'assistenza sanitaria, della tecnologia e dell'architettura. Il concorso è promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed è una occasione per concretizzare idee sull'Ospedale del futuro, come lo immaginiamo, attraverso la realizzazione di disegni, rappresentazioni grafiche, creazioni multimediali e brevi narrazioni. L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con l'Università degli Studi di Parma, Comitato Consultivo Misto AOU, Conferenza territoriale Sociale e Sanitaria, Ausl e il patrocinio dell'Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia Romagna - Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca.
- Deliberazione del Direttore Generale 1 dicembre 2015, n. 391 "Approvazione Accordo tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda U.S.L. di Parma e Società ParmaInfanzia S.p.a. per la gestione del servizio di Nido aziendale delle Aziende Ospedaliero-Universitaria di Parma e U.S.L. di Parma"
- Deliberazione del Direttore Generale 1 dicembre 2015, n. 392 "Approvazione dei documenti Percorso Diagnostico Terapeutico Oncologia Toracica – Gruppo Interdisciplinare di Oncologia Toracica e Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale – Tumore della Prostata"
- Deliberazione del Direttore Generale 1 dicembre 2015, n. 394 "Approvazione del documento Programma interaziendale Centro di Senologia"
Il Centro di Senologia si compone di strutture dove si svolgono attività di screening, diagnostica clinico strumentale e terapia. In questa struttura si sviluppa un sistema di relazioni di rete finalizzato a governare l'implementazione dei servizi complessivamente offerti, intercettare integralmente la domanda, promuovere la continuità di cura e favorire le sinergie di percorso.



- Deliberazione del Direttore Generale 22 dicembre 2015, n. 415 "Individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dei costi ai sensi dei commi 594 e 595 dell'art. 2 della legge 244/2007 (finanziaria 2008)"

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 (S.Bi.Bi.T.),
- 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 e dal 1 febbraio 2015, a seguito del processo di revisione organizzativa, è stato costituito il Polo didattico di area medica e medico-veterinaria.

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). Inoltre, nell'a.a. 2015-16 è stato attivato 1 corso di laurea triennale interateneo con UNIMORE (Scienze e Tecniche Psicologiche).

Il numero complessivo degli studenti iscritti nei Corsi di Laurea nell'anno 2015/2016 è pari a 4176 unità, di cui circa il 28% residenti nella provincia di Parma, il 24% residenti in fra regione, il 49% 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. Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'anno 2014/15 è pari a 564 come declinato nei successivi capitoli 2.4 e 3.6. 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 sono ad oggi attivi 4 cicli di dottorato (dal 28° al 31°) con un numero di dottorandi pari a 123.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2015/2016 ne sono attivi 16 con un numero complessivo di partecipanti pari circa a 160 (1° livello) e 164 (2° livello). Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si svolgono alcuni Corsi di perfezionamento.

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 supera i 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:

- programmazione congiunta con il S.S.R. e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di riferimento per l'individuazione condivisa delle sedi della collaborazione secondo il principio della coerenza ed adeguatezza tra le reti assistenziali e le reti formative;
- 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;
- 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;
- 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 **2015** 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 al 31.12.2015

Facoltà	Docenti di Prima fascia	Docenti di Seconda fascia	Ricercatori universitari a tempo indeterminato	Ricercatori universitari a tempo determinato	Assistenti ordinari
Personale docente afferente ai DU di Area Medico-Chirurgica	45	89	67	25	1

Tabella 2 Docenti universitari inseriti in attività assistenziali in servizio presso i Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica alla data 31.12.2015

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	39	6	0



Tabella 3 Docenti universitari cessati-assunti nell'anno 2015 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
2015	3	1	1	2	3	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
2015	0	4

Per particolari esigenze assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca l'Università, ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. 517/99 e dell'art. 14 del Protocollo d'intesa Regione/Università, concorda con la Regione l'utilizzazione di ulteriori strutture pubbliche e/o di strutture assistenziali private. Entro tale contesto sono in essere le seguenti convenzioni:

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

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e le Facoltà di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative. Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato.

Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concorre, mediante l'impiego di personale dipendente dell'Azienda e di personale delle Aziende Sanitarie di Parma e Piacenza, alla realizzazione dei seguenti corsi di laurea delle professioni sanitarie: Corso di Laurea in Infermieristica; Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico; Corso di Laurea in Fisioterapia; Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia; Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

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 2014/2015 n. 182 dirigenti ospedalieri hanno svolto attività di docenza e tutorato per le Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria Medico-Chirurgica (ulteriori informazioni sono disponibili nel cap. 3.6 di questo volume dedicato all'Integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca).

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



Nel merito si elencano le seguenti convenzioni :

- convenzione con l'Università di Verona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Chirurgia Pediatrica, per attività di didattica integrativa presso l'UO Chirurgia Pediatrica;
- convenzione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Scuola di Specializzazione in Fisica Medica, per attività di didattica integrativa presso l'UO Fisica Sanitaria;
- convenzione con l'Università di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Neurochirurgia, per attività di didattica integrativa presso l'UO Neurochirurgia;
- convenzione con l'Università di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di specializzazione in Neurochirurgia, per attività di didattica integrativa presso l'UO Neurochirurgia;
- convenzione con l'Università degli Studi di Cagliari, Scuola di Specializzazione in Fisica Medica, per attività di didattica integrativa presso l'UO Fisica Sanitaria;
- convenzione con l'Università Magna Graecia di Catanzaro, Scuola di Specializzazione in Nefrologia, per attività di didattica integrativa presso l'UO Nefrologia.

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 2015, registra valori pari a 156 per mille abitanti (tabella 5 e grafico 1) in diminuzione rispetto all'anno precedente sia in relazione all'attività di degenza ordinaria che di Day Hospital chirurgico di 3 punti.

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 61,5% della popolazione parmigiana, tabelle 6 e 7); l'attività di ricovero erogata nelle strutture ospedaliere private della provincia di Parma è superiore (16,1%) rispetto a quella rilevata a livello regionale, dove rappresenta il 11,8% 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, sia pubbliche che private risulta più bassa (6,5%) della media regionale (10,6%).

Tabella 5 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma, anni 2013-2015

Anno	Provincia di Parma					Medie regionali				
	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH	Degenza ordinaria	Day hospital			Deg. Ord. + DH
		Med.	Chir.	Tot. DH			Med.	Chir.	Tot. DH	
2013	113	17	21	38	151	111	17	17	34	146
2014	121	15	23	38	159	116	16	19	35	151
2015	120	14	21	36	156	115	16	18	34	148

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna.

Note: I dati sono comprensivi del 13° invio, 2 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 2015 sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2015.



Grafico 1 Regime di ricovero: tasso di ospedalizzazione standardizzato per residenti nella provincia di Parma confronto con le altre province della regione, anni 2014-2015

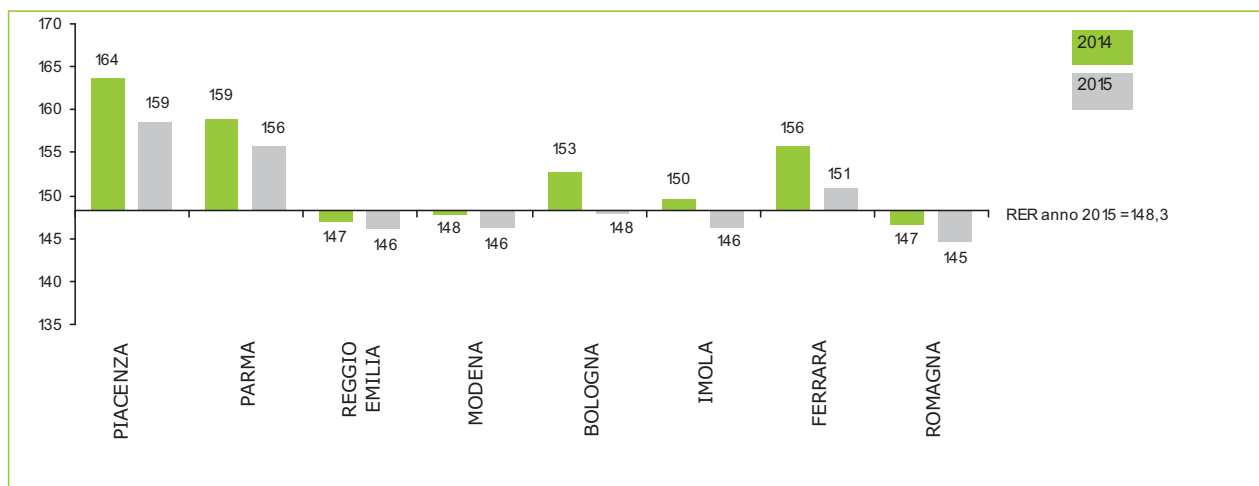


Tabella 6 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture ospedaliere, anni 2013-2015

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		
2013	16	14	57	87	5,1	0,8	7,2	100
2014	16,4	16,6	61	94	5	0,8	-*	100
2015	15,9	16,1	61,5	93,5	5,6	0,9	-*	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 e 2015 in contestazione.

Tabella 7 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anno 2015 - 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 *
15,9	16,1	61,5	5,6	0,9	-	47,5	11,8	30	8,6	2,0	-

Fonte: Banca dati SDO

Note: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

*NON sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2015 in contestazione.

Grafico 2 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente a Parma dalle strutture, anno 2015

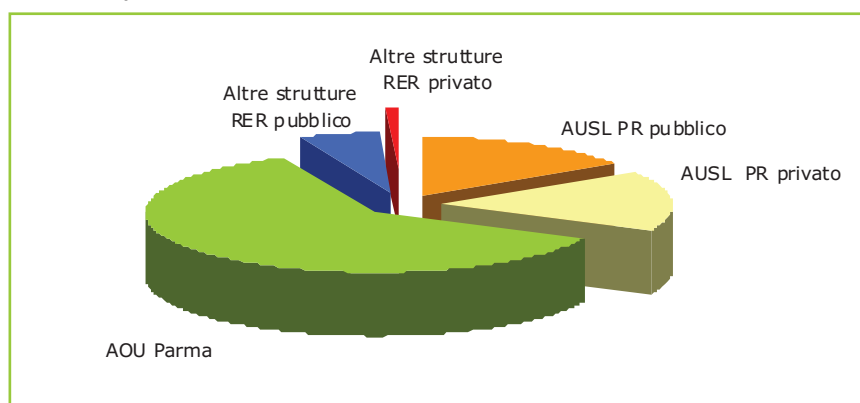
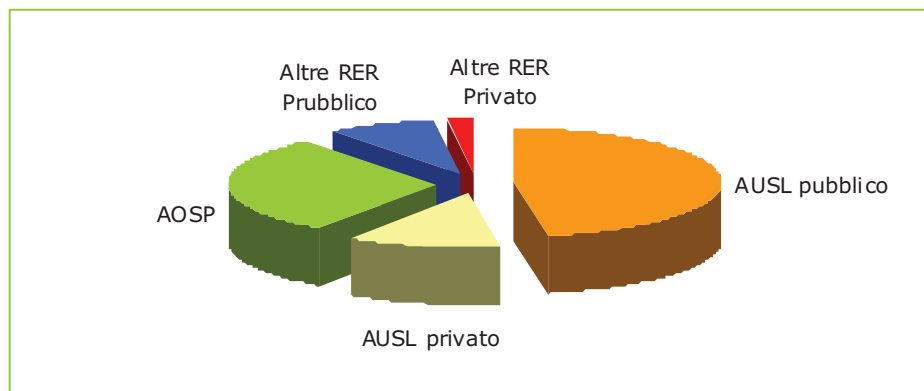




Grafico 3 Regime di ricovero: indice di dipendenza della popolazione residente nella regione dalle strutture, anno 2015



Altro indicatore di interesse, che esprime la capacità di attrazione di un ospedale, è l'indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. A questo riguardo 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 2013-2015

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
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
2015	AOU PR	47,4	32,1	10,1	10,4
	AOSP RER	43,8	31,6	9,7	14,9

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 2015

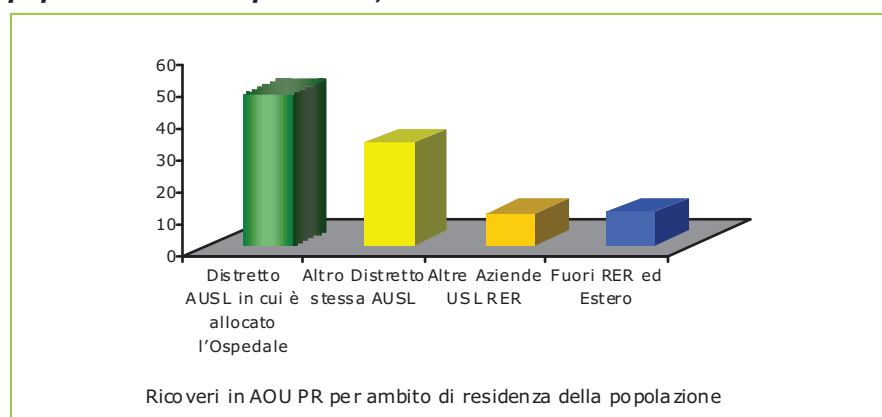
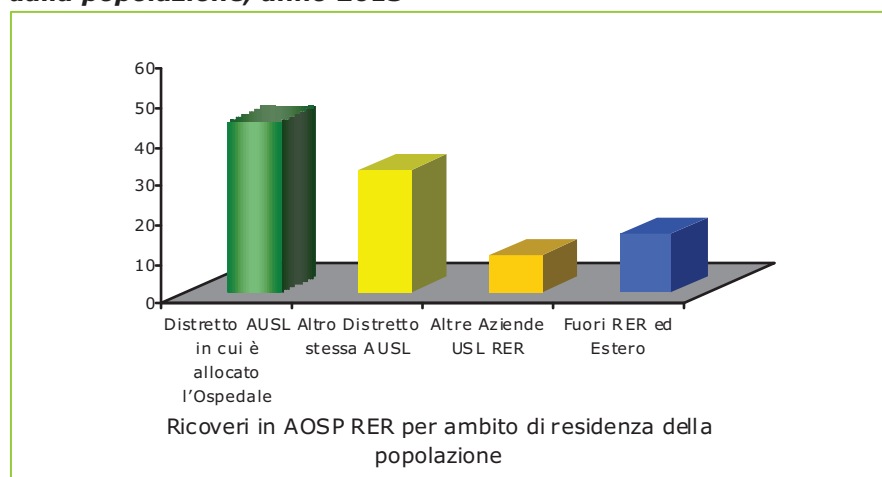




Grafico 5 Regime di ricovero: indice di dipendenza delle strutture ospedaliere della regione dalla popolazione, anno 2015



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 2015, in provincia di Parma, il consumo di prestazioni ambulatoriali risulta uno dei più bassi a livello regionale con un valore dell'indicatore di 12.925 prestazioni annue per 1000 residenti, decisamente inferiore a quello di riferimento regionale (pari a 13.481 prestazioni).

Tabella 9 Attività specialistica ambulatoriale: tasso di consumo standardizzato per età per residenti nella provincia di Parma e nella regione, anni 2013-2015

Anno	Residenza	Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni terapeutiche	Visite	Totale	Totale escluso laboratorio
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
2015	PR	1.433	8.520	432	499	1.411	12.295	3.775
	RER	1.470	9.860	388	456	1307	13.481	3.621

Fonte: Banca dati ASA

Nota: Gli indici specifici sono stati calcolati utilizzando la popolazione E.R. residente al 01/01/2015

Sono inclusi i dati di mobilità passiva extraregionale 2012

Grafico 6 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza, anno 2015

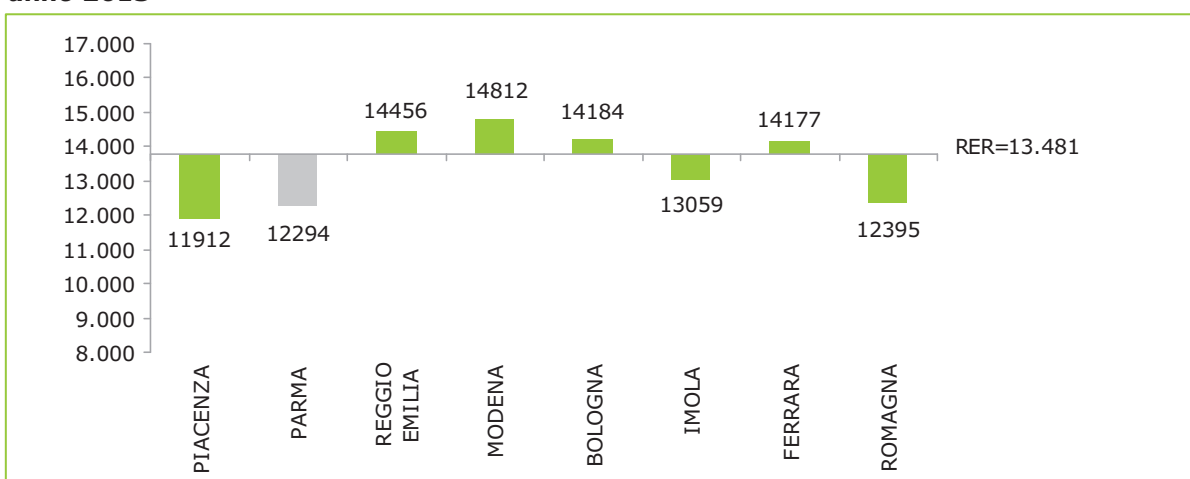
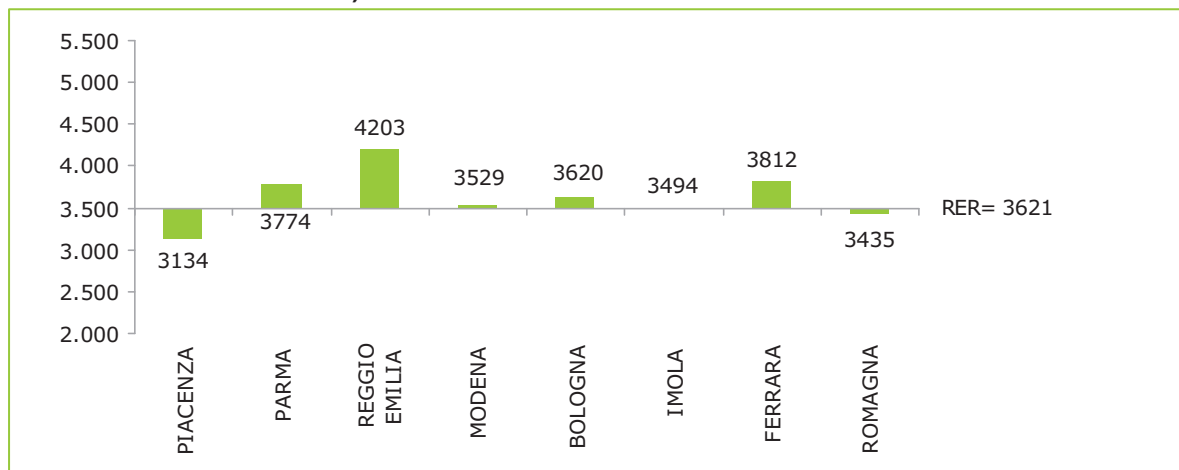




Grafico 7 Attività specialistica ambulatoriale – tasso di consumo per provincia di residenza – totale escluso laboratorio, anno 2015



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 2015, il 39,4% delle prestazioni ambulatoriali fruite dai residenti (escluso l'assorbimento dei punti prelievo dell'Azienda UsI). Il dato medio regionale mostra invece un andamento in cui le Aziende UsI emergono come i maggiori erogatori a favore dei cittadini residenti (67,7% delle prestazioni).

Un altro indicatore di particolare interesse è l'indice di dipendenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria dalla popolazione, dal quale si evince che l'AOU di Parma eroga quasi il 52% delle prestazioni ai cittadini residenti nello stesso distretto (tabella 11 e grafico 10).

La gran parte delle prestazioni per i residenti sono assicurate dal sistema provinciale (AOU PR, AUSL, Privato), a cui si rivolge il 91,8 dei residenti della provincia di Parma. Analizzando l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture territoriali (tabella 10), che esprime percentualmente a quali strutture/Aziende una specifica popolazione si rivolge per l'assistenza ambulatoriale, si ricava che, nel corso del 2015, il sistema sanitario territoriale (provinciale, comprensivo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ed extra provinciale) ha garantito il 95% delle prestazioni, mentre una parte residuale, pari al 5,5%, è svolta in mobilità passiva extra regionale.

Tabella 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere, anni 2013-2015

Anno	Residenza	Stessa Azienda USL	Azienda ospedaliera che insiste sul territorio	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero (anno 2013) *
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
2015	PR	52,4	39,4	2,7	5,5
	RER	67,7	21,2	5,1	6,0

Fonte: Banca dati ASA

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

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



Grafico 8 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti nella provincia di Parma, anno 2015

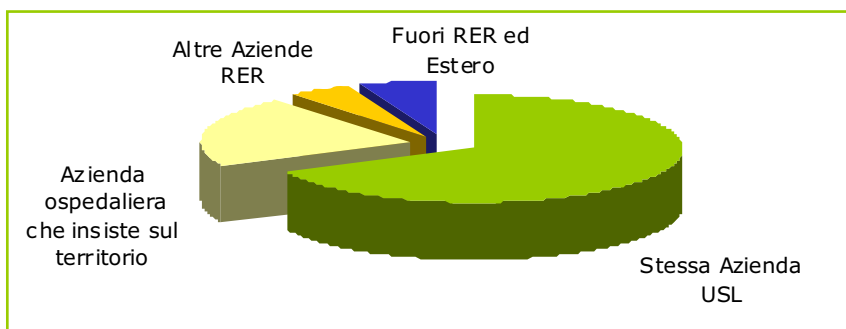


Grafico 9 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza residenti RER, anno 2015

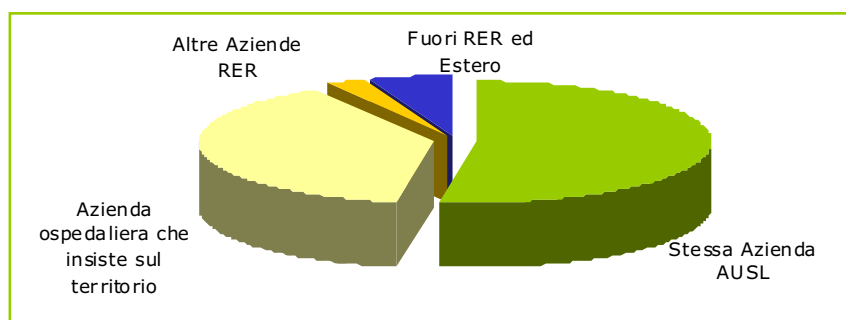


Tabella 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle Aziende della regione dalla popolazione, anni 2013-2015, tutte le prestazioni

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
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
2015	AOU PR	51,9	33,1	7,5	7,5
	AOSP RER	49,4	34,4	7,7	8,6

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

Grafico 10 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle Aziende di Parma dalla popolazione, anno 2015

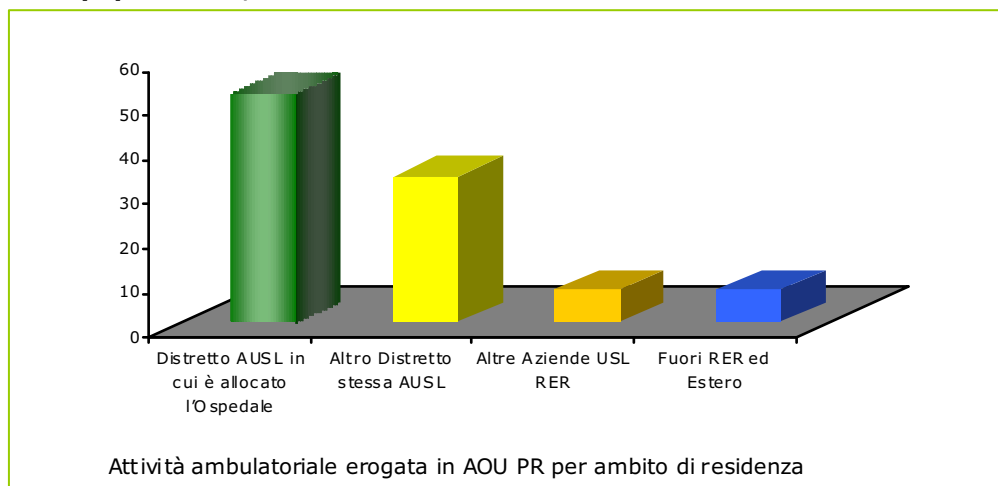
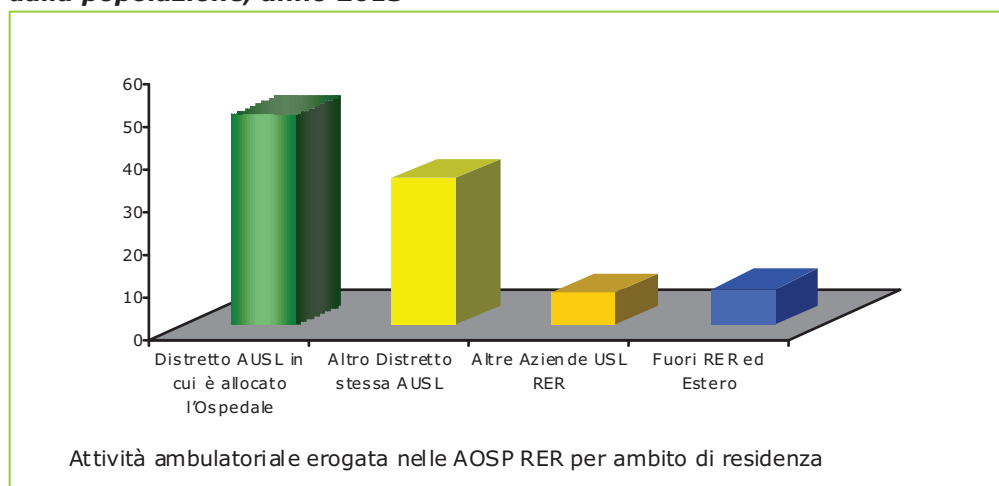




Grafico 11 Attività specialistica ambulatoriale: indice di dipendenza delle Aziende della RER dalla popolazione, anno 2015



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
Donazione e trapianto organi, tessuti, cellule	Nefrologia, Clinica Chirurgica e Trapianti d'Organo (Rene - Rene e Pancreas - Rene da vivente) Ematologia e C.T.M.O. (Midollo osseo)	1° Anestesia e 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.
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



Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
Cardiologia e Cardiochirurgia	Cardiochirurgia, Cardiologia (Emodinamica Diagnostica/Interventistica)	Altre Unità Operative del Dipartimento Cuore	Le aree territoriali su cui insiste l'attività HUB per la funzione Cardiochirurgica 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.
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.
Assistenza perinatale e pediatrica	Terapia Intensiva Neonatale		L'Assistenza intensiva perinatale e pediatrica finalizzata alla riduzione della mortalità perinatale e infantile è garantita dal Centro hub di Terapia intensiva neonatale. Il bacino d'utenza è relativo alle province di Parma e Piacenza.
Sistema raccolta e trasfusione di sangue		Servizio Immunotrasfusionale	Il sistema è coordinato dal Centro regionale sangue (Crs), dall'Ospedale Maggiore dell'Azienda USL di Bologna che si collega con i Servizi trasfusionali degli ospedali e con i Centri di raccolta sangue, per la gestione della raccolta, dell'invio e dell'utilizzo del sangue e degli emocomponenti. Tutte le donazioni afferiscono ai Servizi trasfusionali, che ne hanno la responsabilità legale. I Servizi trasfusionali provvedono alla lavorazione di sangue e plasma, per il successivo invio ai servizi sanitari regionali e alle altre Regioni.
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.
Emergenza Territoriale e Sistema Centrali Operative (118)	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		Chirurgia Pediatrica -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		Trasversale sulle Unità Operative autorizzate alla gestione e presa in carico	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



Rete	Unità Operative Hub AOU Parma	Unità Operative Spoke AOU Parma	Bacino d'utenza secondo DGR n. 1267 del luglio 2002 e Deliberazioni successive
malattia rara		delle patologie rare pediatriche (di cui all'allegato della DGR 1897/2011)	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	Medicina Interna ad Indirizzo Angiologico-Coagulativo – Struttura Semplice Gestione e organizzazione funzione Hub Emofilia		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.
Anemie ereditarie (Talassemie)		Oncoematologia Pediatrica	In Emilia Romagna vengono attualmente assistite circa 400 persone affette da anemie ereditarie tra cui la più rappresentata è la talassemia. Il centro HUB è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e tra i Centri Spoke troviamo la UO di Oncoematologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
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)
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

L'attuazione della Legge di stabilità 2015 e la sostenibilità della manovra di finanza pubblica è stata assicurata attraverso l'Intesa n. 37/CSR del 2/2/2015, che prevede che il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica sia realizzato con varie modalità. Il settore sanitario è stato coinvolto attraverso:

- la riduzione delle risorse destinate al finanziamento del settore sanitario,
- la riduzione dell'edilizia sanitaria,
- le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa sanitaria oggetto dell'Intesa CSR approvata in data 2/7/2015.

Oltre alle risorse derivanti dal riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il SSN, la programmazione ed il finanziamento del SSR per il 2015 è stata impostata anche su altre risorse disponibili, quali:

- le risorse regionali stanziare della Legge finanziaria regionale n. 3/2015,
- le risorse derivanti dal pay-back farmaceutico di competenza del 2015.

La programmazione aziendale 2015, in continuità con gli anni precedenti, è stata definita in relazione alla normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico (art. 1, c. 131, lett. a) della Legge n. 228/2012, Intesa CSR n. 37/2015).

Questa sezione è dedicata all'analisi della sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale dell'Azienda al fine di poter rilevare:

- le 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 indicatori, scaturiscono dai conti economici del triennio 2013-2015, riclassificati secondo gli schemi regionali.

Rispetto del vincolo di bilancio assegnato dalla programmazione regionale

La Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 901 del 13 luglio 2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015" ha confermato l'impegno a raggiungere il pareggio di bilancio.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha rispettato l'obiettivo economico-finanziario assegnato, premurandosi di porre in essere tutte le azioni possibili a livello aziendale. E' stata applicata la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico (art. 1, c. 131, lett. a della Legge n. 228/2012, Intesa CSR n. 37/2015).

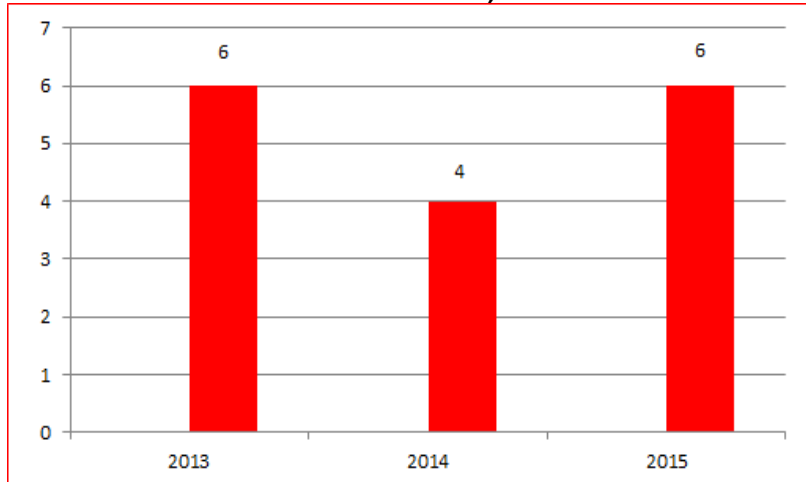
Il Bilancio Economico 2015 ha assicurato una situazione di pareggio civilistico, comprensivo anche degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2015, riferiti a tutti i beni ad utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine, sulla base dei dati comunicati dall'Azienda in sede di Concertazione Regione-Azienda 2015, è stato assegnato un finanziamento relativo agli ammortamenti non sterilizzati delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31/12/2009.

Il risultato di esercizio al 31 dicembre 2015 evidenzia un utile di euro 6.328 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 2013	Anno 2014	Anno 2015
Risultato netto d'esercizio	6	4	6

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro

Grafico 1 Risultato netto d'esercizio, trend anni 2013-2015

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) e i costi e i ricavi non collegati direttamente all'attività specifica dell'Azienda (componenti di reddito finanziarie, straordinarie e imposte).

Da un confronto degli indicatori degli anni di riferimento, nel 2015 si evidenzia che la gestione caratteristica ha una incidenza di segno negativo sui ricavi disponibili sostanzialmente invariata rispetto al 2014 (-0,3% anno 2015, -0,2% anno 2014) e decisamente inferiore all'anno 2013 (-0,8%).

I ricavi disponibili dell'esercizio 2015 risultano inferiori a quelli dell'esercizio precedente (-1,36 mil. di euro) in relazione ai minori contributi in conto esercizio, al netto degli accantonamenti per quote inutilizzate, che corrispondono ai trasferimenti della Regione o di altri Enti destinati a finanziare alcune particolari attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per remunerare costi non considerati nelle tariffe fissate per la compensazione dell'attività resa in mobilità, oppure contributi erogati con destinazione vincolata a particolari progetti.

Pertanto, il risultato operativo caratteristico 2015 evidenzia una leggera flessione rispetto al 2014 pari a 0,157 mil. di euro. Il risultato della gestione non caratteristica, che rappresenta il contributo episodico alla formazione del bilancio di esercizio, risulta invece in incremento rispetto all'esercizio precedente di +0,159 mil. di euro a seguito della diminuzione degli interessi passivi sui mutui e degli interessi di mora addebitati dalle ditte fornitrici di beni e servizi.

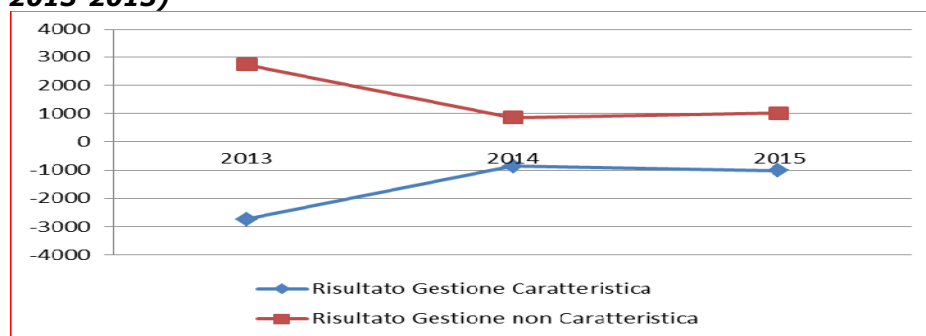
Tabella 1 Valori assoluti dei risultati della gestione caratteristica, non caratteristica e risultato netto (trend anni 2013 - 2015)

	2013	2014	2015
Risultato Gestione Caratteristica	-2.733	-856	-1.013
Risultato Gestione non Caratteristica	2.739	860	1.019
Risultato Netto	6	4	6

Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro



Grafico 2 Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica (trend anni 2013-2015)



Nota: i valori sono espressi in migliaia di euro

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 2015 il risultato della gestione caratteristica ha mantenuto il segno negativo, con una lieve flessione rispetto al ROC anno 2014, ed è decisamente ottimizzato rispetto al 2013.

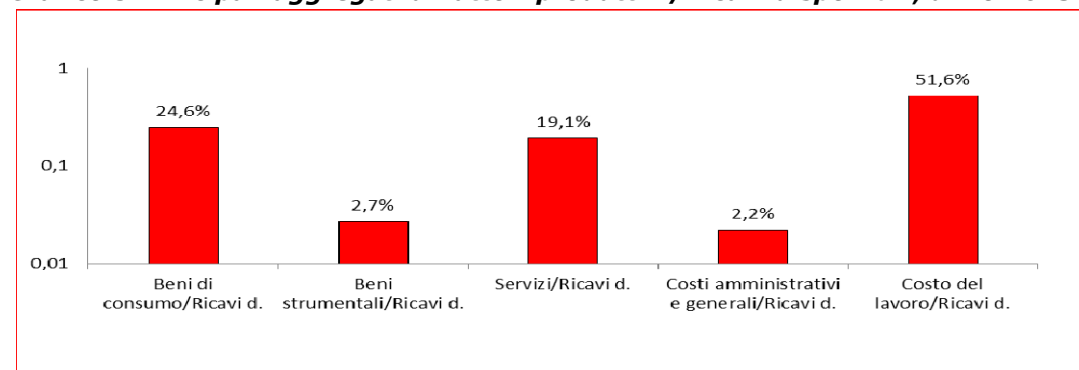
I ricavi disponibili dell'anno 2015 ammontano complessivamente a 361,057 mil. di euro con un delta di -1,360 mil. rispetto all'esercizio precedente (pari a 362,417 mil. di euro) da attribuire esclusivamente ai minori contributi in conto esercizio trasferiti nell'anno 2015, mentre si sono registrati degli incrementi per i ricavi da prestazioni tariffate e altri ricavi.

A fronte di minori trasferimenti, nell'esercizio 2015 si rilevano anche minori costi sostenuti per l'acquisizione di fattori produttivi (pari a 362,070 mil. di euro versus 363,274 mil. di euro nel 2014) con un decremento complessivo di 1,204 mil. di euro. Nel corso del 2015 l'Azienda si è fortemente impegnata a dare attuazione alle misure regionali di contenimento della spesa:

- revisione dell'organizzazione aziendale funzionale all'individuazione di politiche di razionalizzazione compatibili con il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e con la necessità di conseguire economie di spesa e a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico;
- progressivo allineamento dei costi pro-capite aziendali per livello di assistenza alla media delle migliori Aziende sanitarie regionali individuate quale riferimento;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'aumento degli acquisti centralizzati e la pianificazione dell'attività dell'Agenzia Intercent-ER;
- contenimento degli organici e della spesa del personale;
- revisione dei criteri di valutazione dei rischi sulla base di specifiche linee guida regionali che consentano l'uniforme rideterminazione dei fondi rischi ed oneri.

Occorre inoltre ricordare che, tra le azioni strategiche aziendali 2015, è stata prevista la revisione del livello delle "scorte" di farmaci e di dispositivi medici e delle risorse ad essi correlate, per consentire un migliore equilibrio tra efficienza e limitazione dei costi di gestione.

Grafico 3 Principali aggregati di fattori produttivi/Ricavi disponibili, anno 2015

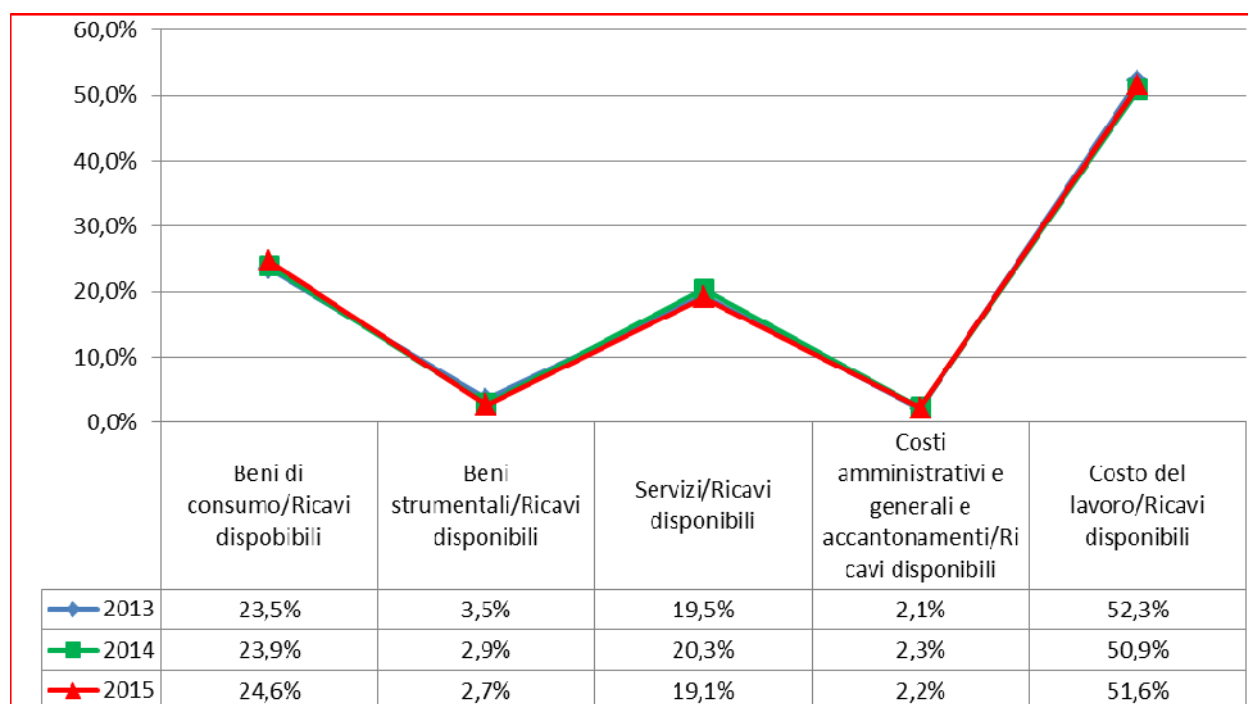




Dal grafico emerge che il costo del lavoro rappresenta il dato di maggior impatto fra tutti i principali aggregati di fattori produttivi e presenta un lieve incremento rispetto all'esercizio 2014 (+0,7%). L'Azienda ha aderito alle indicazioni regionali, volte ad una gestione rigorosa degli organici nell'ambito di quanto approvato nel piano assunzioni autorizzato dalla stessa Regione. La messa a regime della Centrale unica 118 Emilia Ovest ha comunque richiesto un consistente incremento di personale, la cui assunzione era stata oggetto di deroga da parte della Regione. Si è inoltre ritenuto prioritario garantire continuità nella presenza del personale dedicato all'assistenza per cui la politica di gestione delle risorse umane dell'Azienda è stata prevalentemente orientata verso il personale medico e sanitario non medico, il cui costo ha la maggiore incidenza rispetto alla complessiva spesa del personale dipendente.

In generale, come si evince anche dal grafico 4, gli scostamenti nel triennio sono stati minimi e sostanzialmente il trend dei costi si è mantenuto costante. Nello specifico, rispetto all'anno precedente, sulla base dei ricavi disponibili, oltre al costo del personale, è in lieve aumento la percentuale di acquisto di beni di consumo sanitari (+0,7%), sia per quanto riguarda i farmaci che i dispositivi medici, anche in relazione all'aumento dei ricoveri con intervento chirurgico. Sono invece in netta diminuzione i costi legati all'acquisizione di servizi sia di carattere sanitario che non (-1,2%), di beni strumentali (-0,2%) e i costi amministrativi (-0,1%).

Grafico 4 Risultati della gestione caratteristica (ROC)/ricavi disponibili, confronto anni 2013-2015



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

I ricavi disponibili dell'anno 2015 ammontano complessivamente a 361,057 mil. di euro e sono composti dalle seguenti voci: trasferimenti netti (contributi in c/esercizio al netto della mobilità passiva), ricavi da prestazioni tariffate, compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) e altri proventi e ricavi tipici.

Si evidenzia che i ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria presentano complessivamente un importo superiore dell'1,1% rispetto al consuntivo 2014.

Nello specifico, risulta costante l'importo per l'attività di degenza erogata a favore di pazienti residenti nella Provincia e nella Regione Emilia-Romagna, in relazione agli accordi di fornitura stipulati. Si registrano invece minori importi, nell'esercizio 2015, da mobilità attiva extra-regionale. Infatti, nel corso



dell'anno si è verificato un incremento dei ricoveri in urgenza dei pazienti residenti nel bacino provinciale, pari all'1,9%, che si attestano quindi sul 67% del totale dei casi trattati in degenza ordinaria.

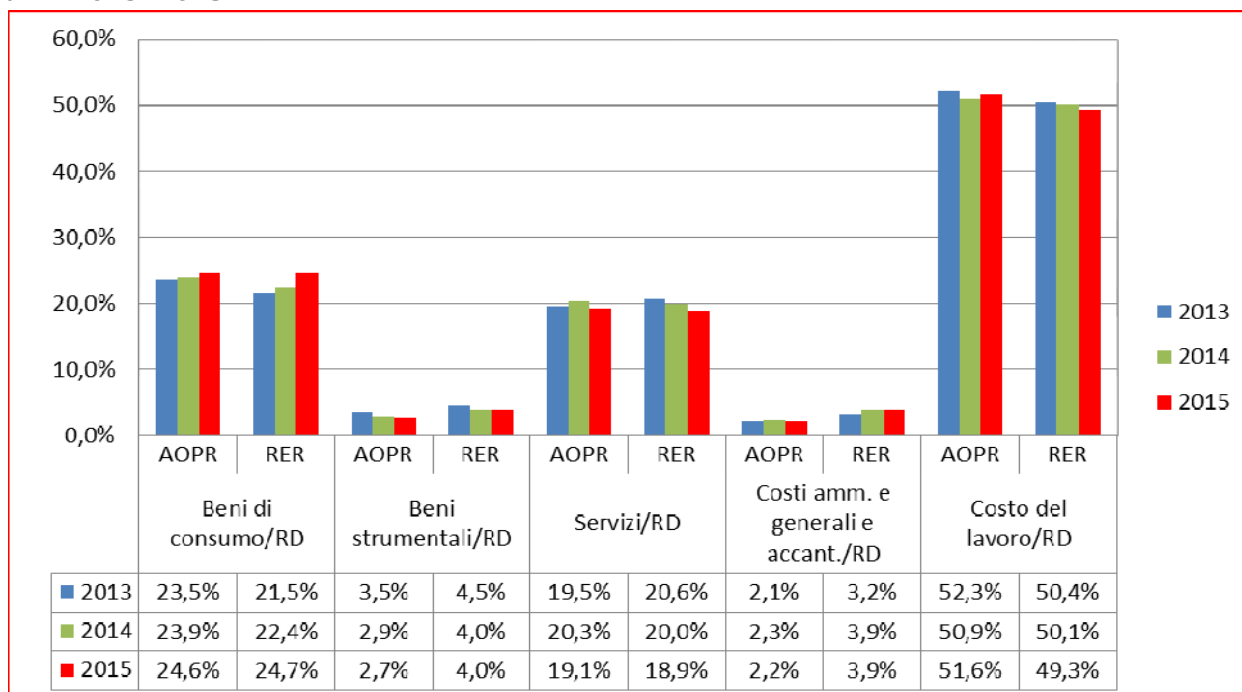
Gli importi per l'attività ambulatoriale risultano complessivamente in incremento. La variazione rispetto all'anno precedente è stata determinata dalla ridefinizione del valore nell'accordo di fornitura, concordato con l'Azienda territoriale, al fine di adeguarlo all'effettiva produzione e per maggiori ricavi da attività erogata a favore di pazienti residenti in altre Regioni. Preme sottolineare che l'Azienda, in collaborazione con l'Azienda USL, allo scopo di garantire un'adeguata offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali a livello provinciale, 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 di specialistica ambulatoriale e, in applicazione a quanto previsto dalla DGR 1056/2015, è stato effettuato un monitoraggio quotidiano delle prestazioni di specialistica ambulatoriale finalizzato al contenimento dei tempi di attesa negli standard previsti dalla Regione: 30 giorni per le visite, 60 giorni per esami strumentali. Sono inoltre attive le prenotazioni on-line tramite CUP-WEB, applicativo accessibile a tutti i cittadini che consente di verificare disponibilità e tempi di attesa, di prenotare e disdire o spostare appuntamenti per le prestazioni sanitarie. Come previsto dalla D.G.R. 1056/2015 le prestazioni di II livello e i controlli sono stati resi prenotabili con presa in carico diretta da parte della struttura, senza che il paziente debba recarsi al CUP territoriale per la prenotazione. E' stato inoltre attivato l'accesso diretto per gli esami di laboratorio e, nel corso del 2015, è stata avviata l'apertura di ambulatori specialistici anche nelle giornate di sabato.

Per quanto riguarda la somministrazione farmaci a residenti della Provincia, si registra una diminuzione (- 2,587 mil. di euro) in relazione anche al proseguimento del progetto interaziendale, avviato a fine 2014, di trasferimento progressivo al servizio di Distribuzione Diretta dell'Azienda USL di Parma di alcune terapie post visita ambulatoriale.

Rispetto al precedente esercizio, risulta in leggera diminuzione del 2,2% la compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket), in particolare per le prestazioni di pronto soccorso mentre è rimasta pressoché costante quella per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Si rileva che, nell'anno 2015, tra i ricavi tipici è confluito anche il contributo per l'acquisto di farmaci innovativi assegnato dalla Regione sulla base della spesa effettivamente sostenuta oltre ai rimborsi da farmaci del Registro AIFA e a quelli fatturati all'Azienda sanitaria territoriale.

Grafico 5 Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili, a confronto con regione, anni 2013-2015

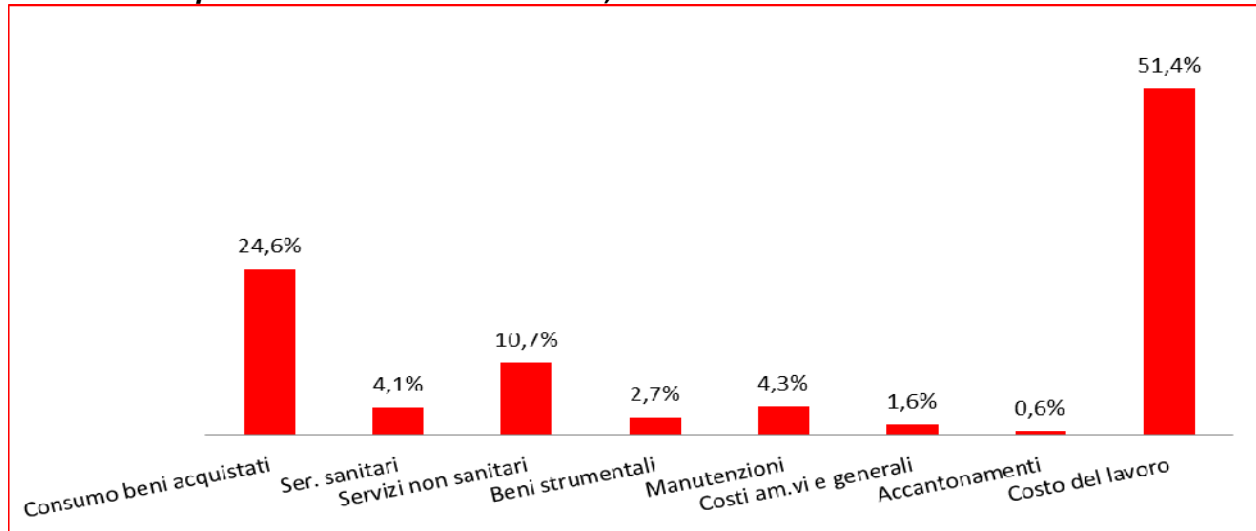




Struttura dei costi aziendali

L'analisi descrive l'incidenza dei costi di produzione aziendale suddivisi per macroaree rispetto ai costi complessivi. Il totale dei costi anno 2015 ammonta a 362,070 mil. di euro, a fronte dei 363,274 mil. dell'anno precedente, con un decremento pari a -1,204 mil. di euro (-0,3%).

Grafico 6 Composizione dei costi di esercizio, anno 2015



Dal grafico 6 si evidenzia il costo del lavoro come il dato di maggior impatto sui principali aggregati di costi complessivi (51,6% sul totale dei costi di esercizio). Dalle risultanze contabili è evidente l'adesione alle indicazioni regionali volte ad una gestione rigorosa degli organici nell'ambito di quanto approvato nel piano assunzioni autorizzato dalla stessa Regione. Si evidenzia un'attenta azione di governo del turn over relativamente al personale appartenente all'area medica, al personale ruolo tecnico del comparto, per cui si è registrato nel 2015 un numero di cessazioni più ampio di quello previsto. Altresì, si è intervenuti limitatamente alle figure a contenuto assistenziale, stante il blocco del turn over che ha riguardato il personale amministrativo, nei confronti del quale non si è proceduto alle sostituzioni correlate ai numerosi pensionamenti. Le politiche di gestione del personale infermieristico e delle professioni sanitarie dedicate all'assistenza sono state condotte nel rispetto degli indirizzi regionali di contenimento del turn over. Tuttavia, da un lato la messa a regime della Centrale unica 118 Emilia Ovest ha richiesto un consistente incremento di personale, la cui assunzione era stata oggetto di deroga da parte della Regione, e dall'altro si è ritenuto prioritario garantire continuità nella presenza del personale dedicato all'assistenza.

La percentuale di consumo di beni acquistati sul totale dei costi è incrementata rispetto al precedente esercizio (+0,7%). In particolare, la variazione è relativa al consumo di beni sanitari. A tal proposito occorre ricordare che, tra le azioni 2015, è stata inserita la revisione del livello delle "scorte" di farmaci e di dispositivi medici, e delle risorse ad essi correlate, per consentire un migliore equilibrio tra efficienza e limitazione dei costi di gestione. Oltre alla dinamica relativa alle scorte, si evidenziano altri due fenomeni che hanno avuto impatto sulla spesa farmaceutica 2015: il "Fondo farmaci innovativi" e la cessione di medicinali all'Azienda territoriale per distribuzione diretta ai pazienti ambulatoriali. Complessivamente, l'andamento dei consumi per l'assistenza farmaceutica ospedaliera nell'anno 2015 ha registrato un aumento dell'1,8%, nel pieno rispetto del tetto della spesa farmaceutica così come indicato per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel documento di programmazione della Regione Emilia-Romagna. Le classi terapeutiche alle quali è da attribuire l'aumento dei consumi risultano essere: antineoplastici e immunomodulatori, il cui aumento di spesa rispetto al 2014 è correlato anche all'aumento dei casi trattati e alla migliore risposta (terapie di più lunga durata) e, tra gli immunosoppressori, si evidenzia l'aumento del consumo di eculizumab, medicinale impiegato per il trattamento di rare sindromi; apparato gastroenterinale e metabolismo (incremento dovuto al maggiore utilizzo nel trattamento di nuovi pazienti affetti da malattia rara); antimicrobici generali (farmaci per il trattamento delle infezioni fungine e batteriche in pazienti di unità intensive e trapiantati). Si evidenzia inoltre un aumento dei costi per dispositivi medici (presidi sanitari, materiale di medicatura e dispositivi vari) e dei dispositivi impiantabili



non attivi in relazione all'abbattimento delle rimanenze iniziali e all'incremento dei ricoveri con intervento chirurgico.

Nell'aggregato degli accantonamenti (+1% rispetto al 2014) sono compresi gli accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati che si riferiscono agli importi relativi a contributi pubblici vincolati (specie ad attività di ricerca), assegnati nell'esercizio corrente o in precedenti, e non utilizzati. Mancando la correlazione tra ricavi e costi, per il principio contabile della competenza economica, questi importi sono accantonati negli appositi fondi per essere utilizzati gli anni successivi. L'incremento deriva da un finanziamento europeo, assegnato a fine esercizio 2015, per un importo di 1,9 mil. di euro.

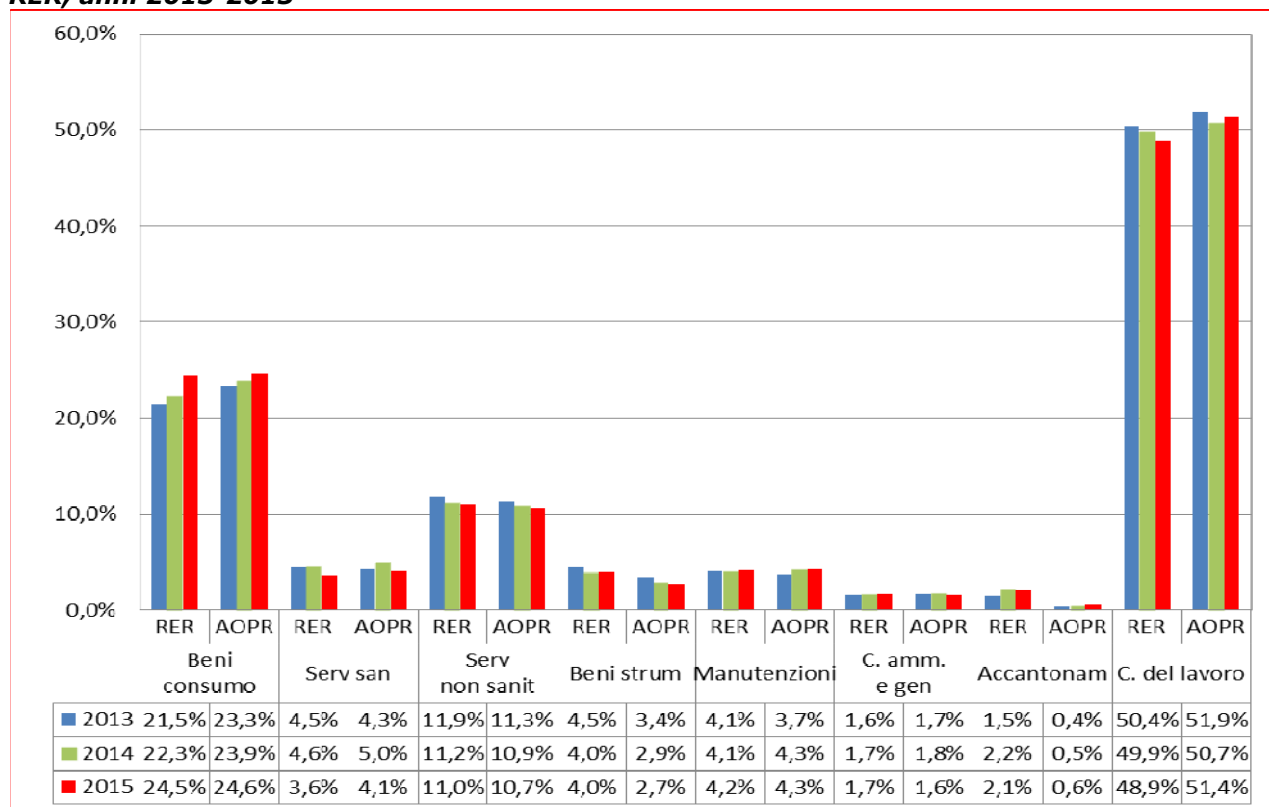
La percentuale dei costi di servizi sanitari sul totale dei costi dell'esercizio 2015 evidenzia una diminuzione rispetto all'anno precedente (-0,9%). A tale decremento hanno contribuito i minori oneri per attività "aggiuntiva" svolta dal personale medico e non medico dipendente per la riduzione dei tempi delle liste di attesa dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'acquisizione di lavoro temporaneo (prestazioni infermieristiche e tecnico-sanitarie) per assicurare la fruizione delle ferie estive al personale dipendente. In questa voce sono collocati i costi riferiti ad altre forme di lavoro autonomo (contratti libero professionali sanitari finanziati con fondi esterni in relazione ai programmi di ricerca e per rispettare il vincolo di destinazione di assegnazioni vincolate).

I costi dei servizi non sanitari 2015 risultano percentualmente inferiori (-0,2%) rispetto allo scorso anno. Tra le variazioni più significative, si segnala la voce "riscaldamento", che comprende anche le spese di condizionamento locali, in relazione all'andamento stagionale delle temperature; le spese di pulizia a seguito della riclassificazione dei locali; i premi di assicurazione R.C. professionale, i consumi di energia elettrica, i servizi informatici e lo smaltimento dei rifiuti speciali.

Diminuisce sul totale dei costi, rispetto al 2014, l'incidenza degli acquisti per beni strumentali (-0,2%). L'aggregato è composto dalle voci relative al godimento di beni di terzi e agli ammortamenti, al netto della quota di utilizzo dei contributi in conto capitale. Della stessa percentuale risultano diminuiti anche i costi amministrativi e generali.

Risulta in linea con l'anno precedente l'incidenza dei costi dell'attività di manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze, agli impianti e macchinari, alle tecnologie biomediche e ai software.

Grafico 7 Composizione percentuale dei costi d'esercizio annuali sul totale costi, confronto con RER, anni 2013-2015





La sostenibilità finanziaria

La dimensione economica della sostenibilità finanziaria dell'Azienda rappresenta una delle componenti del concetto di sostenibilità. La finalità è infatti quella di valutare le risorse disponibili per migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi per la salute e la cura. In questo senso, la condizione economica è una condicio sine qua non di sopravvivenza del sistema sanitario.

La sostenibilità della gestione aziendale da un punto di vista finanziario, costituisce quindi 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

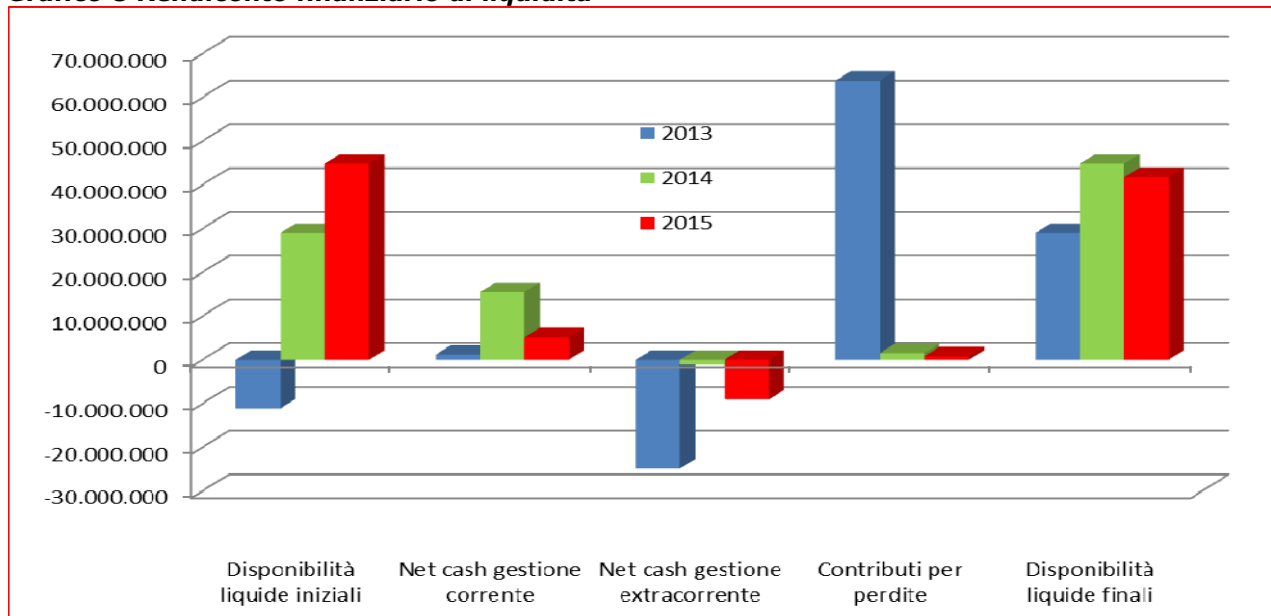
Il rendiconto finanziario di liquidità esprime la dinamica finanziaria dell'azienda nell'anno di riferimento e ha l'obiettivo di rappresentare i movimenti in entrata ed in uscita delle risorse finanziarie aziendali, così da evidenziare la variazione intervenuta nell'esercizio.

Nel corso dell'anno è proseguito l'impegno aziendale nell'ottimizzare la gestione finanziaria. Preme sottolineare l'azzeramento degli oneri per interessi passivi sull'anticipazione dell'Istituto Cassiere. Inoltre, 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

	2013	2014	2015
Disponibilità liquide iniziali	-11.153.001	28.979.480	44.834.937
Net cash gestione corrente	1.172.647	15.432.828	5.164.722
Net cash gestione extracorrente	-24.844.176	-1.120.214	-9.054.458
Contributi per perdite	63.804.010	1.542.843	812.852
Disponibilità liquide finali	28.979.480	44.834.937	41.758.053

Grafico 8 Rendiconto finanziario di liquidità



Il risultato del rendiconto finanziario degli anni 2014 e 2015 evidenzia il mantenimento del livello di liquidità da parte della gestione aziendale che si è concretizzato, a fine anno, con disponibilità liquide bancarie e di cassa. Questo ha permesso nel 2015 un miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi. La gestione finanziaria dell'anno 2015 è infatti contraddistinta da un significativo



pagamento dei debiti verso i fornitori di beni e servizi, che ha portato ad un netto abbattimento dei tempi di pagamento.

Durata media dell'esposizione verso fornitori

L'Azienda si è impegnata, nel corso del 2015, a consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi e a rispettare le disposizioni del D. Lgs. n. 231/2002 e ss.mm.ii. attraverso un impegno efficiente della liquidità disponibile. L'Azienda ha infatti utilizzato efficientemente la liquidità per proseguire la progressiva riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi sotto la soglia dei 90 giorni, con l'obiettivo di tendere ai 60 giorni: l'indicatore anno 2015 di tempestività dei pagamenti delle transazioni commerciali è stato pari a 33,5 giorni.

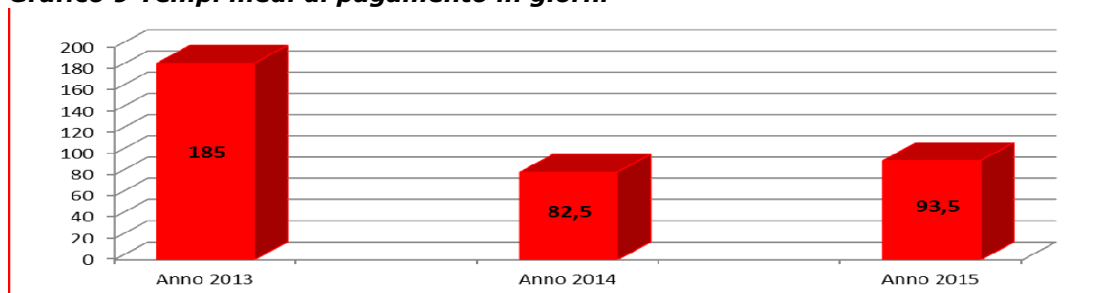
E' stato assolto l'adempimento, previsto nel rispetto della qualità e della tempistica, dei debiti informativi finanziari verso il Servizio Programmazione Economico-Finanziaria della Regione, aggiornando il flusso dei dati che consente la rilevazione mensile dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi e il monitoraggio dell'esposizione debitoria. In osservanza a quanto disposto dal D. Lgs. 33/2013, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, è prevista una sotto-sezione dedicata ai pagamenti dell'Amministrazione (art. 9 e art. 10 Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014). A decorrere dall'anno 2015, le Pubbliche Amministrazioni sono infatti tenute ad elaborare un indicatore annuale ed un indicatore trimestrale dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture. Il valore dell'indicatore, rappresenta il tempo medio di ritardo o anticipo del pagamento rispetto alla data di scadenza prevista dall'art. 4 comma 5 del Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231 "Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali". Il calcolo è effettuato su tutti i fornitori di beni e servizi, incluse le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'indicatore annuale è pubblicato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'indicatore trimestrale entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre a cui si riferisce.

Sulla base di quanto previsto dall'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla Legge n. 89/2014, a decorrere dall'esercizio 2014, alla Relazione al Bilancio di Esercizio dell'Azienda è allegato un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale, attestante l'importo dei pagamenti, relativi a transazioni commerciali, effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e le misure adottate o previste per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti. L'organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile verifica le attestazioni, dandone atto nella propria relazione.

L'indicatore, oggetto del grafico 9, presenta la durata media dell'esposizione verso fornitori; esprime cioè il tempo che intercorre tra il sorgere del debito e il suo effettivo pagamento.

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, 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.



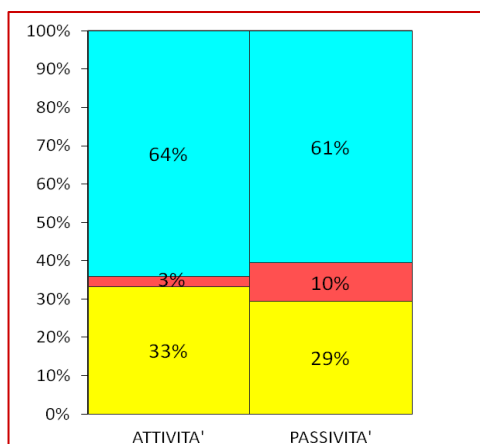
Riclassificazione delle poste dell'attivo e del passivo patrimoniale sulla base della scansione temporale dei realizzi/rimborsi delle operazioni di investimento/finanziamento

Per poter affrontare prospettive di sviluppo l'Azienda deve rispettare le condizioni di equilibrio oltre che economico e monetario, anche patrimoniale e finanziario. Per equilibrio patrimoniale si intende l'attitudine dell'azienda ad accumulare e mantenere un ammontare di ricchezza (patrimonio) che sia congruo rispetto agli investimenti necessari allo svolgimento delle sue finalità istituzionali e per equilibrio finanziario il bilanciamento tra fonti di finanziamento ed impieghi, ossia la capacità di conservare e migliorare un valido assetto patrimoniale. Dalla lettura dello Stato Patrimoniale riclassificato è possibile individuare come sono state impiegate le risorse confluite nell'Azienda.

Gli aggregati dell'attivo e del passivo dello Stato Patrimoniale 2015, rispetto al biennio precedente, mantengono un andamento pressoché costante. L'attivo rileva una situazione analoga al 2013 con uno scostamento dell'1% rispetto al 2014 tra liquidità e immobilizzazioni. Per quanto riguarda invece le passività, l'incidenza percentuale sul totale delle macro-voci è sostanzialmente invariata nel triennio. Rispetto al 2014 si evidenzia un incremento pari all'1% dei debiti a breve termine a fronte di una diminuzione dei debiti a medio/lungo termine. La percentuale relativa al patrimonio netto resta invariata. Di seguito, la struttura patrimoniale, relativa agli ultimi tre esercizi, espressa sia in termini percentuali che graficamente:

	ATTIVITA'		PASSIVITA'		
	2013	2014	2013	2014	
Liquidità immediate e differite	33%	31%	29%	28%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	3%	11%	11%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	65%	66%	60%	61%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

	2015		
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	33%	29%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	64%	61%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'





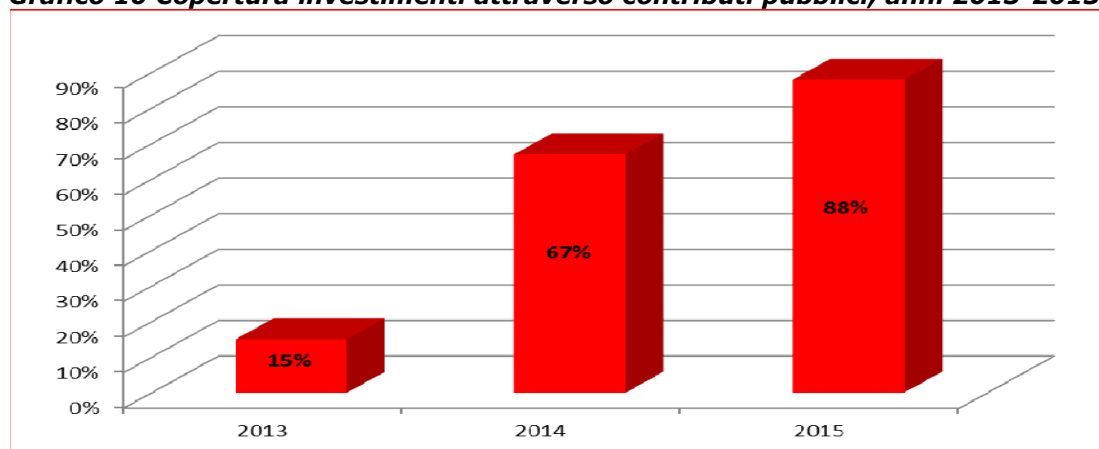
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

L'analisi finanziaria esamina l'attitudine dell'azienda a fronteggiare i fabbisogni finanziari senza compromettere l'equilibrio economico della gestione. Nello specifico, il calcolo degli indici di solidità mette in evidenza la capacità dell'azienda di far fronte agli impieghi nel medio e lungo periodo. Uno degli indici di solidità fa riferimento all'indice di copertura delle immobilizzazioni, vale a dire alla relazione che esiste tra il capitale permanente (capitale proprio e passività consolidate) e le immobilizzazioni.

Di seguito si rappresentano gli investimenti effettuati nel triennio e la loro copertura attraverso contributi pubblici. I dati esprimono in che misura i contributi in conto capitale erogati all'Azienda coprono gli investimenti realizzati in ciascun anno del triennio 2013-2015:

	2013	2014	2015
Totale investimenti	33.278.000	10.857.393	7.901.677
% copertura investimenti attraverso contributi pubblici	15%	67%	88%

Grafico 10 Copertura investimenti attraverso contributi pubblici, anni 2013-2015



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 in conto esercizio. Le Aziende sanitarie sono state, infatti, autorizzate dalla Regione Emilia-Romagna a finanziare i Piani investimenti 2015-2017 con risorse proprie, reperite attraverso la rettifica dei contributi in conto esercizio, fino al limite massimo definito con il livello regionale. La Regione, in chiusura dell'esercizio 2015, sulla base degli investimenti effettivamente realizzati, ha assegnato un finanziamento dedicato, a valere sulle risorse accantonate, che ha consentito all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma di disporre una rettifica dei contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti pari a 3 milioni di euro.

La restante parte degli investimenti ha trovato copertura tramite donazioni e contributi da soggetti privati e risorse a carico dell'Azienda (alienazioni patrimoniali).

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.

In un contesto di carenza di ulteriori fonti, rispetto a quelle già assegnate, le priorità sono state legate a:

- prosecuzione del piano di ammodernamento della struttura edilizia e acquisizione delle attrezzature e arredi per la loro messa in funzione,
- sostituzioni indispensabili per motivi di obsolescenza e di sicurezza o per gli alti costi di utilizzo della tecnologia presente,
- prosecuzione del piano e-gov e delle azioni definite nell'agenda digitale italiana.

**Tabella 3 Valore assoluto nuovi investimenti, anni 2013-2015**

	2013	2014	2015
Fabbricati e terreni	26.735.429	2.696.656	2.328.261
Impianti e macchinari	127.110	411.717	220.404
Attrezzature sanitarie e scientifiche	2.080.453	3.675.942	3.259.192
Mobili e arredi	281.817	656.554	503.961
Altre immobilizzazioni materiali	247.386	1.588.130	1.235.925
Immobilizzazioni materiali in corso e acconti	3.433.361	1.144.969	145.802
Altre immobilizzazioni immateriali	318.588	414.693	180.727
Migliorie su beni di terzi	53.671	1.731	27.405
Totale	33.278.000	10.857.394	7.901.677

Nell'anno 2015 si è provveduto al rinnovo ordinario di attrezzature, arredi e informatica e a manutenzioni straordinarie di immobili e impianti necessari ai fini della sicurezza e della continuità dell'erogazione di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (interventi indifferibili). L'intervento di politica aziendale di investimenti privi di fonti dedicate di finanziamento, pari a complessivi 3 mil. di euro, ha trovato piena copertura con le risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale (D.G.R. n. 2292 del 28 dicembre 2015).

L'intervento avente ad oggetto il Poliblocco IV Lotto (Ala Sud), finanziato ex art. 20 L. 67/88, è stato definitivamente completato con il trasferimento delle attività sanitarie di area medica e specialistica, ubicate presso i Padiglioni Nefrologia e Rasori, nella nuova sede. Sono stati avviati, e in parte conclusi, i lavori relativi all'antisismica e sicurezza (Intervento L7 previsto dal VI° aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità) e all'adeguamento prevenzione incendi (Intervento AP7 "Interventi per l'adeguamento prevenzione antincendi") che prevede l'espletamento dei lavori presso il Padiglione Ortopedie.

E' in corso l'ammodernamento tecnologico, apparecchiature e informatiche (Intervento AP9) destinato a 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. Il nuovo programma straordinario permetterà, nello specifico, l'adeguamento dei sistemi server a migliori livelli di sicurezza informatica ed efficienza e, nel perseguimento degli obiettivi di continuità operativa, l'adeguamento dell'infrastruttura di rete interna a migliori livelli di affidabilità e prestazioni. Si tratta di un ammodernamento del sistema informativo sanitario, un rinnovamento del sistema di gestione dell'organizzazione aziendale e del software relativo alle procedure amministrative e tecniche. E' in atto l'ammodernamento e il potenziamento dei sistemi diagnostici specialistici (es. elettrocardiografi) che prevedono la presenza di allegati (immagini e tracciati) e il loro interfacciamento con il sistema informativo sanitario. In particolare, nel corso del 2015, si è proceduto alla definizione delle procedure amministrative, tecniche e logistiche del nuovo software, delle procedure organizzative relative al sistema di prescrizione e somministrazione sicura dei farmaci e al sistema gestionale delle sale operatorie. E' inoltre proseguita la costituzione del dossier sanitario elettronico con la raccolta dei referti specialistici delle diverse Unità Operative ed è stata realizzata parte delle esportazioni per l'implementazione del nuovo sistema amministrativo-contabile.

E' stata infine prevista con D.G.R. 217/2014 la realizzazione di un sistema unitario regionale di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane (GRU). Per l'attuazione del Progetto GRU, nel rispetto dei termini stabiliti nei documenti di gara, l'Azienda ha emesso ordinativi di fornitura relativamente alla configurazione e installazione del sistema dell'impianto hardware e software di base.



Grafico 11 Valore degli investimenti in valore assoluto, anni 2013-2015

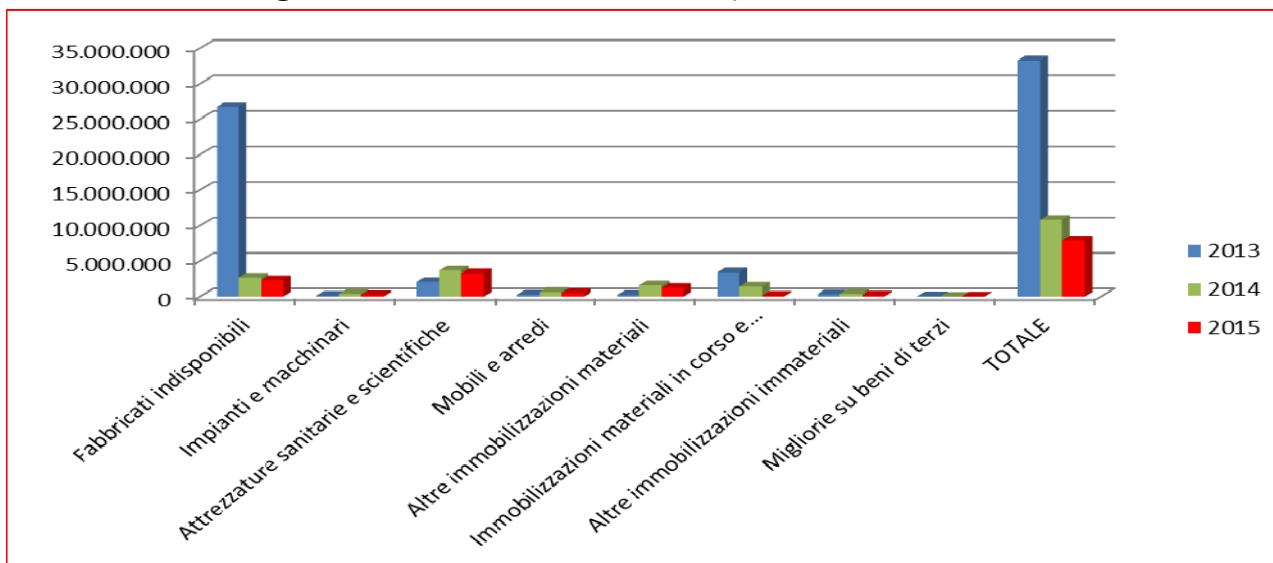
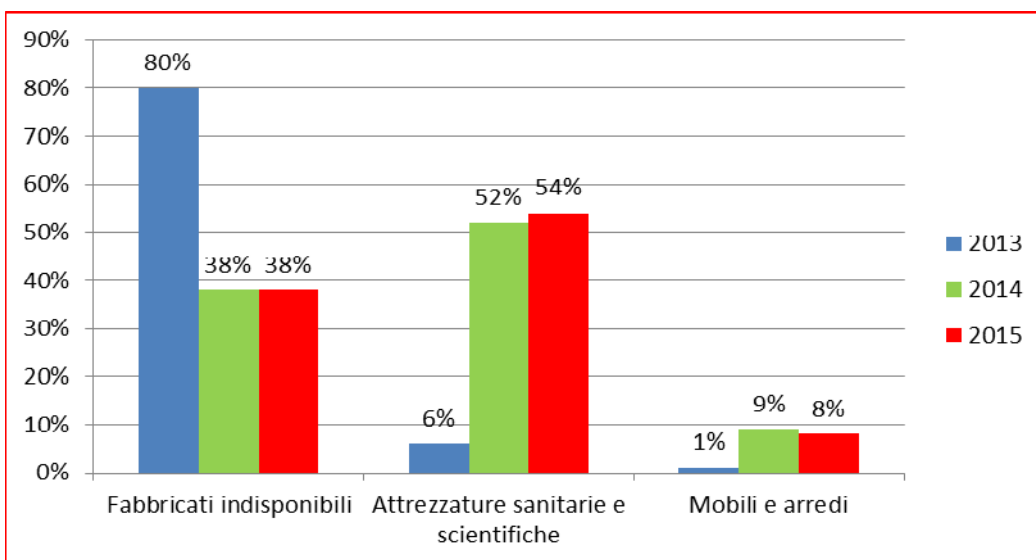


Grafico 12 Percentuale degli investimenti trend, anni 2013-2015



Rispetto al precedente esercizio, nel 2015 a fronte di una diminuzione delle fonti di finanziamento in valore assoluto, si constata che il trend delle principali voci di investimento in immobilizzazioni materiali dell'Azienda resta sostanzialmente invariato.

Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

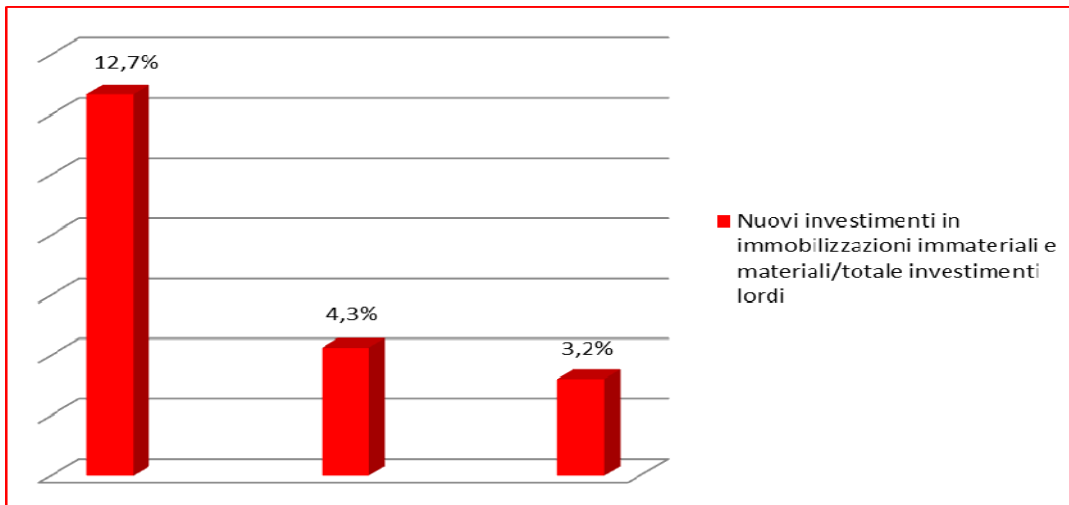
L'analisi mette in evidenza i nuovi investimenti dell'anno 2015 sul totale di quelli realizzati fino a quell'anno, al lordo dei relativi fondi di ammortamento. Più l'indicatore registra valori elevati, più il grado di rinnovo del patrimonio è alto. Nello specifico, per il triennio 2013 - 2015, l'indicatore mostra un decremento negli investimenti e quindi un basso livello di rinnovo del patrimonio aziendale collegato alla riduzione delle disponibilità finanziarie a livello nazionale.

Nel 2013 il grado di rinnovo delle immobilizzazioni immateriali e materiali risulta più elevato essendo ancora in corso il processo di completamento dell'Accordo di Programma sottoscritto con la Regione Emilia Romagna, la Provincia di Parma, il Comune di Parma, l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda USL di Parma, la Fondazione Cassa di Risparmio di Parma e la Fondazione Monte Parma per il Nuovo Ospedale. Nell'esercizio 2014 l'indicatore è diminuito manifestando il marcato avvicinamento ad un livello fisiologico di rinnovo del patrimonio aziendale che è stato confermato anche nel 2015.



Grafico 13 Grado di rinnovo del patrimonio aziendale, anni 2013-2015

(nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi)



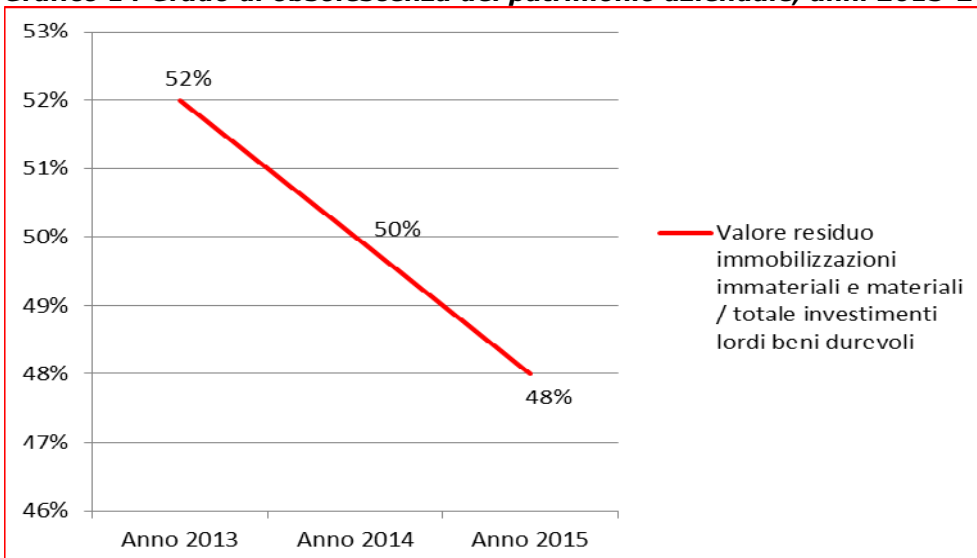
Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

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.

	2013	2014	2015
Valore residuo immobilizzazioni immateriali e materiali / totale investimenti lordi beni durevoli	52%	50%	48%

L'indicatore descrive il grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, determinato dal rapporto tra il valore residuo dei beni durevoli presenti in Azienda ed il totale degli investimenti lordi. Il grafico mostra, per il triennio di riferimento, un dato in lieve, ma progressiva contrazione. Questo fenomeno evidenzia la portata degli investimenti effettuati negli anni antecedenti, in particolare per quanto riguarda le attrezzature sanitarie.

Grafico 14 Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale, anni 2013-2015





2.2 Impatto sul contesto territoriale

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

Impatto economico

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

La popolazione lavorativa dell'Azienda (dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato) presenta minime oscillazioni negli ultimi anni (3.727 nel 2013, 3.786 nel 2014 e 3.778 nel 2015), mentre è percentualmente più significativo il calo dei titolari di contratto libero-professionale: 136 nel 2015 vs. 145 l'anno precedente (- 6,2%). Come ogni anno, nel capitolo 4 del presente volume vengono illustrate in modo puntuale ed approfondito le caratteristiche del personale.

Tra il personale dipendente a tempo indeterminato risulta minimamente in incremento la quota di chi risiede sul territorio provinciale (l'87,7% +0,7% rispetto al 2014), mentre il 7,4% proviene da altre regioni e il 4,8% ha la residenza in altre province della regione. Si consideri che la rilevazione non prende in considerazione i dati relativi al domicilio che probabilmente vedrebbero aumentare le persone che effettivamente "vivono" il territorio. Diversa distribuzione osserviamo tra il personale a tempo determinato: i residenti sul territorio provinciale sono poco meno della metà (47,5%) e aumenta in modo significativo la quota di coloro che provengono da fuori regione (40,3%).

Tabella 4 Dipendenti suddivisi per ruolo e per tipologia contrattuale, anno 2015

	Dipendenti a tempo indeterminato*	Dipendenti a tempo determinato	Altro personale
Ruolo sanitario	2464	177	118
Ruolo professionale	8		1
Ruolo tecnico	920	39	3
Ruolo amministrativo	166	4	14
Totale	3558	220	136

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

Nella popolazione lavorativa dell'Azienda sono presenti 89 lavoratori stranieri, presenza tutto sommato stabile negli ultimi anni. Le due nazionalità prevalenti sono quella rumena (50 dipendenti) fra coloro che provengono da paesi dell'Unione Europea e quella paraguayana (18) per la componente extra-europea.

Lavoratori stranieri	31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2015
Intra UE	54	57	59	65	65
Extra UE	33	28	27	27	24
Totale	87	85	86	92	89

Presenta una lieve flessione il numero di lavoratori appartenenti alle categorie protette.

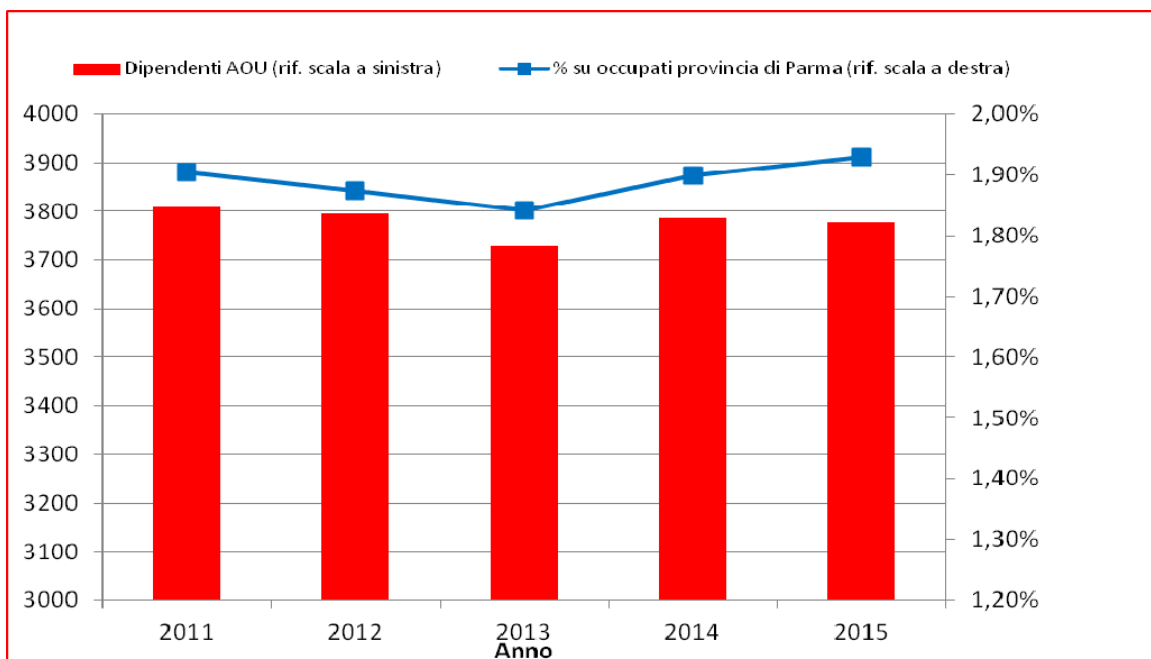
31.12.2011	31.12.2012	31.12.2013	31.12.2014	31.12.2014
98	100	105	105	103



Si conferma un ruolo di rilievo per l'Azienda nel mercato del lavoro locale, come illustrato dal grafico 15 che evidenzia, in istogramma, l'andamento negli anni, in valore assoluto, 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, mantenendo il trend in incremento anche nel 2015, quando la popolazione lavorativa dell'Azienda raggiunge una quota pari all'1,93% degli occupati della provincia. Nel 2015, secondo i dati a disposizione [Fonte: Occupati e tasso di occupazione Serie storica 2004-2015 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, pur restando il tasso di occupazione fra i più alti della regione.

Grafico 15 Andamento della popolazione lavorativa in AOU (personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato) in valore assoluto 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 2015 il costo complessivo sostenuto per il personale è pari a € 169.137 (valore in migliaia). A questi, devono essere aggiunti 6.949 migliaia di € per il costo sostenuto dall'Azienda per tutto il personale universitario in convenzione.

Nel 2015, gli universitari in convenzione con l'Ospedale diminuiscono ulteriormente nel 2015 rispetto agli anni passati e si attestano a quota 201, prevalentemente concentrati nel ruolo sanitario.

Tabella 5 Universitari in convenzione suddivisi per ruolo, anno 2015

Ruolo	Universitari in convenzione
Ruolo sanitario	177
Ruolo tecnico	5
Ruolo amministrativo	19
Totale	201



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 rileva che nel 2015 circa il 16% dei beni e servizi acquistati (nelle classi di bilancio: acquisto di beni, acquisto di servizi sanitari, acquisto di servizi non sanitari, manutenzioni, godimento di beni di terzi, oneri diversi di gestione) ha interessato il territorio provinciale.

Tabella 6 Volume dei beni e servizi acquistati da aziende dell'ambito territoriale e della regione, anni 2013-2015

	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Ambito territoriale di Parma	€ 34.145,8	€ 36.399,5	28.858,0
Resto della Regione Emilia-Romagna	€ 10.292,7	€ 15.026,4	42.565,5
Totale Regione	€ 44.438,5	€ 51.425,9	71.423,5

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

L'importo complessivo relativo alle classi di beni e servizi indicate ammonta, nel 2015, a 180.362,5 migliaia di euro, complessivamente considerato, l'ambito regionale rappresenta circa il 39,60% del totale, quota incrementata rispetto agli anni precedenti.

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 2015, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha ricevuto 92 contributi tra donazioni e lasciti. Il numero maggiore di donazioni (48) proviene da associazioni e comitati. Le donazioni pervenute da singoli cittadini sono 43 e una da enti.

Il valore economico della generosità di tante persone si aggira intorno ai 650.000 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 187.486 euro, da parte di singoli cittadini, associazioni ed imprese. Inoltre l'Azienda ha ricevuto donazioni vincolate ad investimenti per un totale di circa 219.684 euro, di cui l'importo più rilevante, circa 205.000 euro, proviene da Fondazione Cariparma.

Oltre a strumentazioni sanitarie di vario genere, le donazioni riguardano anche aspetti meno tangibili come il mettere a disposizione tempo e risorse di tipo relazionale per alleviare i momenti di solitudine o il carico di parenti o caregiver; 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 o le musiche del Natale portate dal coro Renata Tebaldi all'Ospedale dei Bambini) e le varie attività ludiche e ricreative proposte ai giovani pazienti in diversi momenti; le visite di tante compagini sportive del basket, del calcio, della pallavolo, del rugby e di tante altre discipline; i laboratori di make-up gratuiti per le pazienti che stanno effettuando cure oncologiche.

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. Si tratta di una fitta e intensa rete di relazioni e iniziative e si trovano spunti in tutto il documento, anche se per dare adeguata



evidenza a questa ricchezza di relazioni non sarebbero probabilmente sufficienti le pagine di questo volume

Possono essere utili ed esemplificativi alcuni degli eventi di maggior interesse occorsi nel 2015.

Nel 2015 ha festeggiato 18 candeline il **Progetto Giocamico** realizzato dall'Associazione Le Mani parlanti con i 1440 volontari che hanno collaborato dall'inizio del progetto. 242 sono i volontari operativi nel 2015 che ogni giorno seguono i bambini e i ragazzi ricoverati in ospedale con le attività ludiche e di vero e proprio gioco che li aiutano ad affrontare i momenti difficili del ricovero, il dolore delle pratiche più complesse o dei prelievi, l'ansia negli interventi chirurgici o delle diagnosi.



Il compleanno è stata l'occasione per la presentazione da parte dell'Associazione di una nuova applicazione dedicata a ragazzi e famiglie che stanno programmando un ricovero in ospedale e ricevono sul loro cellulare un aiuto a prevenire la paura. Un dono personalizzato sulle esigenze specifiche di chi sta per affrontare una prova difficile e trova così una guida a portata di mano, con un linguaggio semplice e amichevole, realizzato grazie al contributo della Fondazione Cariparma.

Un forte riconoscimento per il lavoro svolto dai numerosi volontari arriva ogni giorno dal senso di gratitudine dimostrato dai piccoli pazienti e dall'esperienza di impegno civile e sociale che arricchisce la comunità nel suo complesso e i volontari da un punto di vista umano.

Giocamico è un'esperienza unica in Italia ed è presente anche a Sassari, Brescia e Bergamo. Per maggiori informazioni sul progetto visitare il sito <http://www.giocamico.it/>



Il Padiglione Rasori dell'Ospedale si è trasformato, a novembre 2015, in spazio teatrale con l'**allestimento del Furioso** di Lenz Fondazione, che ha visto il debutto dei nuovi capitoli #3 e #4, rispettivamente intitolati *L'Uomo* e *Il Palazzo* – unitamente ad una nuova *mise-en-site* dei capitoli #1 *La Fuga* e #2 *L'Isola*.

L'Ospedale di Parma è diventato teatro e ciò simbolicamente nel padiglione Rasori nell'anno in cui si sono celebrati i cento anni dalla posa della prima pietra della struttura a padiglioni, per affermare l'importanza dell'atto artistico anche in Ospedale. La riappropriazione del luogo di cura è passata attraverso la sua trasformazione in luogo di produzione artistica con un atto di sovvertimento poetico e creativo, partendo dall'immagine dura e potente dei vecchi padiglioni novecenteschi situati in un'area storica del complesso ospedaliero.

Le celebrazioni dei 100 anni dalla posa della prima pietra dell'ospedale a padiglioni

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con la collaborazione dell'Università degli Studi, l'Azienda USL di Parma, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, il Comitato Consultivo Misto e altre realtà istituzionali e associative e grazie al contributo dell'Unione Industriali, della Fondazione Cariparma e della Fondazione Monte, ha commemorato, a partire dal mese di ottobre 2015, 100 anni di storia recente dell'ospedale proponendo alla città diversi eventi, come occasione di narrazione dell'ospedale e della sanità del territorio e momento di confronto allargato tra l'ospedale, i suoi professionisti e i suoi utenti, sia rispetto al passato che verso il futuro. Sono stati proposti momenti, personaggi e curiosità della storia dell'ospedale e della sanità a Parma per ricordare, anche al di fuori dai contesti di cura, i 100 anni dell'Ospedale Maggiore dalla posa della prima pietra, avvenuta il 31 ottobre 1915, fino ai giorni nostri.

Tra i diversi eventi organizzati, si richiamano in particolare i due convegni del 24 e del 31 ottobre 2015.

Il primo "1915 Nasce il Nuovo Ospedale di Parma" ha esplorato, attraverso le relazioni di storici, medici, architetti e filosofi, la storia e l'evoluzione dell'ospedale, dalla posa della prima pietra sino ai giorni nostri, condividendo con i partecipanti vicende e testimonianze dell'ospedale e dei protagonisti del contesto sanitario, che hanno suscitato interesse e curiosità.

Il convegno del 31 ottobre "L'ospedale 'diffuso' oltre i confini del luogo" è stato inaugurato con la Lectio Magistralis di Umberto Galimberti: "Il medico nell'età della tecnica", che ha proposto la visione di una medicina "geocentrica", dimensione che oggi sembra essere divenuta più marginale; riflessioni filosofiche che partono da Ippocrate ed Aristotele, riprendono Cartesio ed arrivano a Pinel, Husserl e Heidegger, Gadamer, Hans Jonas, Freud. La tavola rotonda del pomeriggio ha presentato nuovi scenari di cura,



parlando di “reti” ossia di quelle relazioni e connessioni tra servizi e istituzioni, tra cittadino e famiglie che nella vita quotidiana interrogano sempre più e in modo ogni volta diverso i servizi sanitari e sociali. L'autorevolezza e l'expertise dei relatori ha suscitato grande coinvolgimento del pubblico.

Fino alla fine del 2015, il pubblico ha, inoltre, potuto visitare negli atri dell'Azienda la mostra “Una pietra per il futuro”, mostra storica dedicata a quella cerimonia, avvenuta 100 anni fa, che ha significato l'inizio di un'opera che si è sviluppata nel corso del secolo per rispondere ad un'esigenza reale di salute della società, di allora come di oggi.

La mostra consentiva, attraverso le riproduzioni dei documenti e delle fotografie reperite negli archivi storici dell'Ospedale e dell'Università, di dare evidenza anche allo stretto legame tra queste due istituzioni e il lungo processo che diede avvio al progetto. In mostra anche una planimetria generale del progetto originario ad opera degli Ingg. Marcovigi e Tabarroni, e una planimetria generale a colori, contrapposta ad una veduta aerea risalente all'incirca all'epoca dell'inaugurazione avvenuta dieci anni più tardi. Una parte era riservata all'apparato documentario. Infine, un repertorio fotografico che mostrava come si presentavano allora gli edifici, le strade interne, l'ingresso principale, le camere di degenza, gli ambulatori di visita e le sale operatorie oltre ai laboratori di analisi.

Parallelamente sono stati esposti e sono tuttora a disposizione del pubblico anche gli “Scatti di un ospedale che cambia” realizzati dal fotografo Ugo Zamborlini che ha osservato la quotidianità del lavoro in ospedale con uno sguardo curioso e originale.

Il calendario delle iniziative ha previsto: mostre fotografiche e storico documentarie, presentazioni di libri, convegni, conferenze e incontri. Di seguito una sintesi delle altre iniziative realizzate:

Mostre

- Apertura delle collezioni anatomiche del Museo dipartimentale di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali – S.Bi.Bi.T.
- L'Ospedale dei Bambini dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma: una storia di impegno sociale per i diritti dell'infanzia. Mostra curata da una scuola del territorio in collaborazione con la Festa della Storia di Parma
- Dall'ospedale vecchio alla posa della prima pietra dell'Ospedale Maggiore. Dall'American Field Service nasce Intercultura (aprile 1915): idea di gioventù, coraggio, servizio, solidarietà, dialogo interpersonale a cura dell'I.S.I.S.S. “Pietro Giordani” in collaborazione con la Festa della Storia di Parma

Incontri e Conferenze

- *Alimentazione, attività fisica, obesità e salute: passato, presente e futuro* - organizzato in collaborazione con l'Obesity Week - moderatore Antonio Balestrino - interventi di Raffaele Viridis, Leone Arsenio, Antonio Bonetti, Alberto Anedda, Elisabetta Dall'Aglio, Sandra Vattini;
- *La Dermatologia di Parma a cavallo di tre secoli* - presentazione di Giuseppe Fabrizi
- *Vita a Parma di Niccolò Paganini tra salute e musica* - interventi di Alessio Pedrazzini, Alberto Pedrazzini, Marco Pedrazzini, Niccolò Paganini
- *E' arrivata la cicogna: l'evoluzione dell'ostetricia negli ultimi cento anni* - di Clelia Buratti, Monica Copelli, Patrizia Farolini, Laura Fieschi, Rita Lombardini, Tullio Ghi, Anna Poletti Zanella, Cinzia Preti, Stefania Provinciali, Daniela Viviani
- *Scienze infermieristiche: crescita di una professione* - interventi di Roberto Fornari e Matteo Manici - letture a cura di Isabella Raboini

Presentazioni dei libri

- “Stanislao Omati da Borgo San Donnino e il Signor Ipocondriaco. Disputa medica del Seicento intorno al caso di un paziente illustre” a cura di Paolo Moruzzi
- “Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel manicomio di Colorno 1880-1915” di Stefania Re
- “Follie di Guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)” di Ilaria La Fata

Altri Eventi

- Mostra fotografica sulle Case della Salute dell'Azienda Usl di Parma
- Publication Day - attività di didattica e ricerca del Dipartimento assistenziale integrato Salute mentale-Dipendenze patologiche (DAI SM-DP) dell'Ausl di Parma
- Nuovi approcci nella terapia della tubercolosi Evento - organizzato in collaborazione con l'Associazione Marino Savini

Infine, a dicembre, il Convegno “Ricerca tra innovazione ed etica” preceduto dall'inaugurazione del CoreLAB.



È tuttora in corso il concorso creativo "L'ospedale del 2115" rivolto ai giovani.

Ulteriori informazioni sulle iniziative qui richiamate sono presentate nel paragrafo dedicato all'interno del capitolo 5.

Considerato il contesto specifico e il fine istituzionale di questa rendicontazione si evidenzia, anche per il 2015, 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 2014-2015 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 2014-2015 ha seguito **370 alunni di scuola primaria** degenti presso i reparti pediatrici. **I bambini e ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado** sono stati in **totale di 294**.

Complessivamente, tra scuola primaria e scuola secondaria, è stato reso il servizio scolastico a 664 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, ipad, 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.

Istruzione domiciliare

Nel corso del 2014/15, 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 4 alunni di scuola primari, 2 alunni di scuola secondaria di primo grado e 3 alunni di scuola secondaria di secondo grado; 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 della scuola in Ospedale.



Musica all'Ospedale dei Bambini

A partire da Gennaio 2015 la Scuola in Ospedale ha organizzato, in collaborazione con un gruppo di musicisti facenti parte della rete "Donatori di musica" e con i reparti dell'area pediatrica, una serie di concerti realizzati presso cavedio del I piano dell'Ospedale dei bambini "Pietro Barilla".

Di grande successo è stata l'esibizione di "Pierino e il Lupo" che ha avuto come voce narrante Enzo Iacchetti.



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 II grado. Nell'anno scolastico 2014/2015 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 2015 per il perseguimento degli obiettivi fissati in tema di politiche energetiche.

L'Azienda ha aderito alla gara espletata da Intercent-ER per la fornitura di energia elettrica, che ha portato il costo dell'energia elettrica per l'anno 2015 a € 7.163.593,00 a fronte di una spesa di € 7.661.514,55 relativa al 2014, con un minor costo complessivo di €. 497.921,55. Tale risparmio è dovuto sostanzialmente alla diminuzione delle tariffe rispetto al 2014: la tariffa media ponderata dell'energia elettrica ha infatti avuto un calo di circa il 6,5%. Nel corso del 2015 l'utilizzo di energia elettrica è stato monitorato evidenziando un lieve aumento dei consumi, che si attesta intorno al 2% rispetto al 2014, prevalentemente a causa delle alte temperature estive e dell'attivazione del nuovo padiglione Ala Sud.

Relativamente all'acqua potabile nel 2015 è proseguito il monitoraggio mensile dei consumi, che ha permesso di registrare un decremento rispetto al 2014 pari a circa il 12%, passando da 349.846mc a 308.453mc consumati. La riduzione dei consumi è attribuibile principalmente al completamento della realizzazione del pozzo, che ha permesso l'utilizzo di acqua di falda per il raffreddamento della centrale frigorifera riducendo il consumo di acqua proveniente dal pubblico gestore.

Relativamente ai consumi di metano, nel 2015 si è registrato un lieve incremento rispetto al 2014 pari a circa 8%, dovuto alle temperature più basse registrate nell'ultimo inverno rispetto all'inverno 2014, che



era stato eccezionalmente mite: nel 2015 sono stati misurati 2305 gradi giorno contro i 2091 gradi giorno del 2014, con un aumento del fabbisogno termico di circa il 9% tra un anno e l'altro. Nonostante ciò il consumo annuo del 2015 si è mantenuto comunque al di sotto dei consumi 2012, 2013 e alla media degli ultimi 10 anni.

Nel corso del 2015 sono proseguiti i lavori per la realizzazione dell'impianto di cogenerazione, che sono giunti sostanzialmente alla fine del cantiere. I cogeneratori verranno messi in servizio nel corso del 2016 e renderanno possibile una produzione di energia elettrica pari a circa 19.000 MWh/annui. Al netto dei costi dell'autoproduzione ciò consentirà a partire dal 2016 un risparmio annuo di circa € 600.000. Inoltre durante il 2015 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.

È stata poi garantita la costante partecipazione al Gruppo Regionale Energia e la compilazione del sistema del monitoraggio AEM regionale dall'Energy Manager fino al 30/11/2015. Infine è proseguita la campagna di 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.

Gestione rifiuti

La tutela dell'ambiente e del territorio è al centro delle politiche gestionali sia a livello comunitario, che nazionale e regionale.

Particolare rilevanza assume, all'interno del sistema ospedale, la gestione dei rifiuti sanitari. Com'è noto, la normativa vigente individua quali obiettivi prioritari delle aziende sanitarie la prevenzione e la riduzione della produzione; una gestione che favorisca il reimpiego, il riciclaggio, il recupero, l'ottimizzazione della raccolta; il trasporto e conferimento dei rifiuti sanitari stessi.

In piena sintonia con gli obiettivi del DGR 901/2015 e nel rispetto delle specifiche linee di indirizzo regionale DGR 27 luglio 2009, n. 1155 è stata assicurata la partecipazione costante dei Referenti aziendali agli incontri periodici del Gruppo Regionale Rifiuti Sanitari, per allineare la programmazione locale, realizzata tramite il Gruppo Aziendale Gestione Ambientale, alle linee di indirizzo regionali.

Nel corso dell'anno le attività si sono sviluppate anche a livello di AVEN ed hanno riguardato in via prioritaria l'assegnazione ed attivazione della nuova gara Intercent-ER per raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi e non. L'Azienda ha aderito a tale gare nel luglio 2015.

Nel corso delle riunioni AVEN sono state approfondite le problematiche gestionali del nuovo contratto, portate poi all'attenzione del Gruppo Gestione Ambientale Aziendale.

Nel corso dell'anno il Gruppo Gestione Ambientali Aziendale, coordinato dalla UOC Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva ha affrontato ed approfondito i seguenti aspetti:

- movimentazione interna dei rifiuti: esclusa dall'appalto ed oggetto di integrazioni nell'ambito del capitolato di logistica;
- pesatura dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, prima della partenza;
- realizzazione di un'area di raccolta e stoccaggio temporaneo dei rifiuti;
- realizzazione ed individuazione del magazzino per lo stoccaggio dei nuovi contenitori;
- passaggio da contenitori per la raccolta RSPRI monouso a pluriuso;
- controllo radioattività;
- sistema di tracciabilità dei contenitori per RSPRI.

E' stata inoltre progettata la realizzazione di una stazione ecologica attrezzata a livello aziendale, che consentirà un miglioramento complessivo della gestione dei rifiuti. A tal fine si è provveduto ad effettuare le valutazioni con i Servizi Tecnici Aziendali per definire i requisiti indispensabili, le caratteristiche e l'ipotesi di collocazione. La nuova area attrezzata, dovrebbe essere realizzata entro il 2016.

Sempre a livello propedeutico all'avvio delle nuovo contratto, per riorganizzare la consegna dei contenitori vuoti ed illustrare le nuove modalità di gestione dei rifiuti RSPRI sono stati realizzati una serie di incontri informativi presso le varie UU.OO. (90).

Tali incontri hanno riguardato:

- Utilizzo dei nuovi contenitori pluriuso in polietilene rigido per la raccolta dei RSPRI (stima fabbisogno settimanale, modalità di consegna ed individuazione dei punti di stoccaggio).
- Etichettatura: sistema di tracciabilità di ogni singolo contenitore attraverso l'impiego di etichette autoadesive, riportanti le informazioni relative a CER, Azienda Produttrice, Reparto/Ambulatorio/Comparto Operatorio/Servizio e relativo Centro di Costo (CdC), Barcode.



- Rifiuti taglienti e pungenti: selezione dei contenitori per la raccolta di rifiuti taglienti e pungenti, stima del fabbisogno.
- Rifiuti citotossici e citostatici: sono stati valutati i fabbisogni e decise le modalità di consegna, ritiro, direttamente nelle UUOO utilizzatrici.

Contestualmente sono proseguite le attività di monitoraggio e verifica della corretta gestione dei rifiuti.

In tale contesto, sono stati realizzati complessivamente 100 sopralluoghi, di cui 40 estemporanei nelle unità operative/servizi per lo smaltimento di rifiuti e 60 nei punti di raccolta centralizzati. In esito alle verifiche, ove necessario, sono state effettuate le relative segnalazioni di "non conformità" ai competenti servizi aziendali, alle unità operative e alle Ditte coinvolte nella gestione dei rifiuti.

È stato consolidato il controllo e monitoraggio della quantità di rifiuti prodotti, dei loro specifici costi e dei terminali di conferimento.

Si è provveduto a garantire il flusso informativo verso la Regione dei dati di produzione dell'anno 2015, per singolo CER prodotto, tramite inserimento nell'apposito programma informatico predisposto da CUP 2000.- Monitoraggio AEM (Ambiente Energia e Mobilità) – nel rispetto dei tempistiche declinate a livello regionale.

I dati delle quantità totali di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo nel 2015 sono risultati diminuiti dello 0,5% rispetto all'anno precedente.

Nel corso dell'anno, particolare attenzione è stata data al corretto conferimento di pannoloni e sacche da diuresi, soprattutto nelle degenze mediche (medicina interna e geriatria).

E' stata redatta e trasmessa apposita istruzione operativa "Svuotamento sacche diuresi", elaborata per definire la corretta procedura di vuotatura delle sacche di raccolta delle urine e lo smaltimento della sacca vuota.

E' proseguita la promozione della raccolta differenziata di alcune matrici (es. carta, plastica, pile, toner, eccetera), nei confronti della quale le UUOO hanno dimostrato una sempre maggiore sensibilità verso la gestione dei rifiuti da avviare a recupero. 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 collaborazione con l'UO Medicina Nucleare è stata realizzata e diffusa apposita istruzione operativa riguardante l'eliminazione dei rifiuti taglienti radioattivi prodotti durante le lavorazioni nella cella di manipolazione "Tema" presso il laboratorio di Radiofarmacia.

L'apertura della nuova Struttura Ala Sud e la progressiva ricollocazione al suo interno dei Reparti/Servizi nefrologici e pneumologici ha richiesto la ridefinizione, all'interno delle singole UUOO del processo di gestione dei rifiuti: verifica delle varie tipologie di rifiuto prodotto, definizione dei percorsi "pulito-sporco", individuazione dei punti di stoccaggio.

Il 1° giugno 2015, l'entrata in vigore la nuova classificazione dei rifiuti pericolosi, in applicazione del Regolamento 2014/1357/UE, ha comportato la revisione delle caratteristiche di pericolo, poiché i criteri per alcune tipologie di rifiuto erano mutati. Pertanto, oltre a fornire tempestiva comunicazione alle UUOO, è stato necessario adeguare, in collaborazione con il Referente ADR, la classificazione dei rifiuti chimici smaltiti, nonché a modificare i relativi documenti di trasporto (FIR e Scheda Sistri) e le Omologhe di accettazione del rifiuto presso l'impianto di destinazione finale.

Per quanto riguarda il sistema SISTRI (Sistema Informatizzato sulla tracciabilità dei Rifiuti), si è provveduto ad adempiere ai provvedimenti amministrativi informatici, entrati in vigore nel 2014, affiancandoli a quelli cartacei tuttora in vigore (FIR e registro di carico e scarico) e previsti dalla normativa vigente.

Poiché il Decreto Mille Proroghe del 30.12.2015 ha prorogato di un anno il termine per l'adeguamento completo del Sistema Informatico Sistri, verranno implementate le attività correlate alla messa a regime del nuovo sistema.



2.3 Contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza

Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Nel corso del 2015 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 2014 e 2015 è presentato nella tabella 7. In particolare la categoria dei farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (ATC L) ha fatto registrare nel 2015 un aumento della spesa relativa di circa il 4 % rispetto a quella del 2014. Tale aumento è correlato ai farmaci di nuova introduzione in commercio (ad esempio brentuximab vedotin, trastuzumab etamsine, pertuzumab), a nuove indicazioni terapeutiche per molecole già in commercio (bevacizumab), ad un aumento del numero dei pazienti trattati e alla casistica di pazienti trattati per periodi di maggiore durata.

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 stata costantemente controllata secondo un percorso aziendale consolidato con una periodica rendicontazione dei rimborsi dovuti dalle Aziende Farmaceutiche.

L'aumento della spesa per la Classe ATC L è stato in parte contenuto dal trasferimento dell'erogazione dei farmaci per il trattamento domiciliare di pazienti afferenti agli ambulatori specialistici di reumatologia, neurologia, ematologia, dermatologia, ematologia, pneumologia presso il nuovo Punto di Distribuzione Diretta dell'AUSL PR.

Tra gli elementi rilevanti nella Classe ATC L si segnalano gli anticorpi monoclonali per il trattamento di patologie a base autoimmune quali natalizumab, alemtuzumab, tocilizumab che hanno portato ad un aumento della spesa per un aumento del numero di pazienti.

L'incremento della spesa per la Classe J Antinfettivi per uso sistemico è attribuibile in particolare alla classe degli antivirali (J05) - farmaci per il trattamento dell'epatite C per paziente extraprovincia foscavir per incremento di pazienti ematologici - farmaci per HIV per incremento di pazienti (nel trattamento dell'HIV si è ricorso per il 100% ai farmaci generici laddove disponibili in adesione gli esiti di gara interaziendale) alla classe degli antibatterici (J01) - linezolid per il trattamento in particolare di pazienti in terapie intensive e nella U.O. Infettivologia alla classe degli antimicotici sistemici (J02) - amfotericina liposomiale per pazienti critici in ematologia CTMO, rianimazione, terapia intensiva postoperatoria - nuovi antimicotici micafungina e anidulafungina solo debolmente attenuato da flessione di spesa per caspofungina.

L'incremento di spesa per i farmaci della classe ATC A- Apparato gastrointestinale e metabolismo è attribuibile alla presenza di 4 pazienti con malattia rara afferenti a strutture ambulatoriali

L'incremento di spesa per i farmaci della Classe ATC S – Organi di senso è attribuibile principalmente alle molecole desametasone impianto intravitreale (ivt), aflibercept ivt, ranibizumab ivt con indicazioni terapeutiche in parte sovrapponibili. L'autorizzazione AIFA di luglio 2014 per la reintroduzione della terapia intravitreale con Avastin (bevacizumab) a costi rilevantemente più bassi per l'indicazione maculopatia senile ha in minima parte mitigato la spesa per la Classe ATC S.

In base all'esito delle gare regionali dei biosimilari si è consolidato l'uso del filgrastim (ATC L) al 98% della prescrizione e si è progressivamente avviato l'uso dell'epoteina (atc B) con il trattamento dei pazienti in particolare dell'area della nefrologia, dell'ematologia e dell'oncologia. Nel corso del 2015 si è avviata la prescrizione di infliximab biosimilare (ATC L) per il trattamento della malattia infiammatoria intestinale.



La classe ATC B Sangue e organi emopoietici ha fatto registrare una riduzione della spesa rispetto al 2014 anche per una riduzione del numero di pazienti emofilici critici.

Tabella 7 Costi e consumi medicinali e altri prodotti terapeutici classificati in base all'ATC, confronto anni 2014 e 2015

ATC	Descrizione	Numero unità		diff. % unità 2015-2014	Valore economico		diff. % valore 2015-2014
		2015	2014		2015	2014	
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	1.310.072	1.308.285	0,10%	920.206	628.570	46,40%
B	Sangue e organi emopoietici	2.317.558	2.727.832	-15,00%	4.460.344	5.715.767	-22,00%
C	Sistema cardiovascolare	1.499.112	1.505.949	-0,50%	217.249	191.953	13,20%
D	Dermatologici	79.433	80.454	-1,30%	120.582	120.486	0,10%
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	51.742	45.657	13,30%	99.155	88.594	11,90%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	415.260	404.338	2,70%	153.491	152.317	0,80%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.780.754	1.756.179	1,40%	11.772.871	11.226.844	4,90%
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	269.379	250.227	7,70%	19.643.808	18.885.549	4,00%
M	Sistema muscolo-scheletrico	362.960	364.555	-0,40%	252.474	290.120	-13,00%
N	Sistema nervoso	1.284.691	1.290.409	-0,40%	645.283	637.603	1,20%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	42.062	39.282	7,10%	42.267	29.106	45,20%
R	Sistema respiratorio	288.029	275.693	4,50%	427.637	426.060	0,40%
S	Organi di senso	68.876	61.089	12,70%	1.872.443	1.659.920	12,80%
V	Vari	1.279.946	728.411	75,70%	2.059.823	1.879.637	9,60%
Totale		11.049.874	10.838.360	1,95%	42.687.633	41.932.526	1,80%

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 2015 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda si è ulteriormente ampliata e ha raggiunto il numero di 20.505 pazienti assistiti pari a 2.033.560 unità posologiche erogate pari ad un valore di 562.051 € (+35% vs 2014).

Per quanto riguarda i farmaci in erogazione diretta, l'importo complessivo erogato è stato nel 2015 pari a 24.744.755 € [fonte FED].

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 2015 il contributo dell'Azienda alla produzione provinciale è stato pari al 61% con un lieve incremento rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio, il contributo dell'Azienda è complessivamente pari al 69%. In tali prestazioni è compresa l'attività di assorbimento dei punti prelievo cittadini dell'Azienda Territoriale, la cui attività nel corso del triennio 2013-2015 si è mantenuta pressoché costante in termini di numero di prestazioni, mentre è andata incrementando del 10% in termini di valore economico.

Tabella 8 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 2.3

Tabella 9 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2014

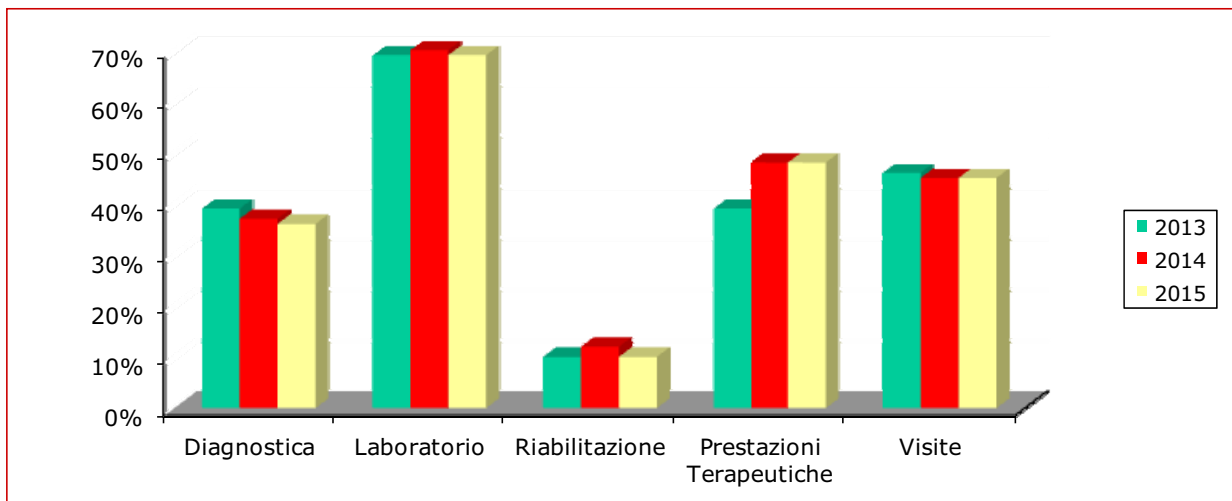
Vedi Appendice - capitolo 2.3

Tabella 10 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2015

Vedi Appendice - capitolo 2.3

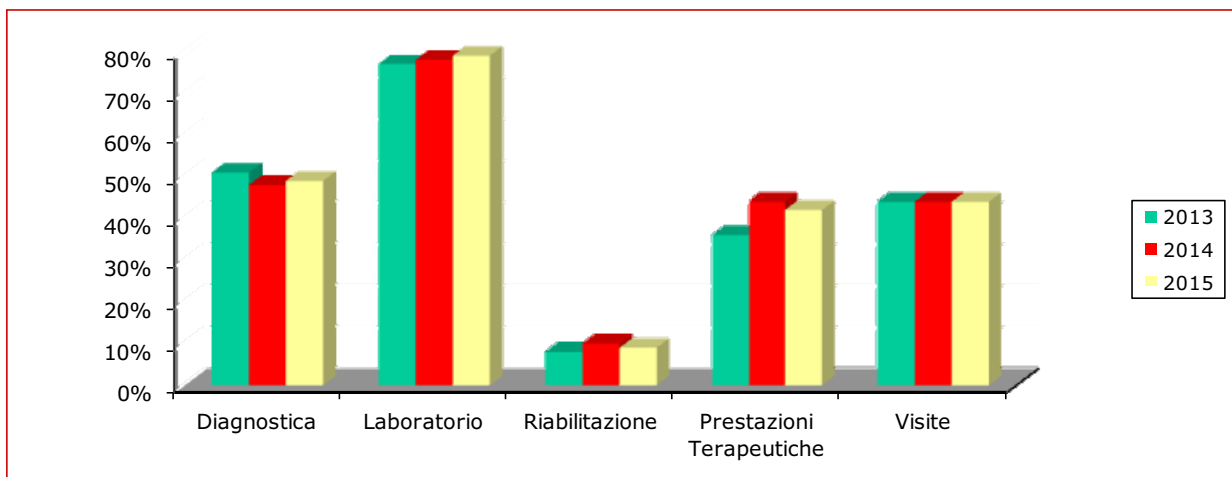


Grafico 16 Incidenza % delle prestazioni AOU sul numero totale provinciale, anni 2013-2015



Fonte: Banca Dati ASA - RE

Grafico 17 Incidenza % del valore economico prestazioni AOU sul totale provinciale, anni 2013-2015



Fonte: Banca Dati ASA - RER

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

Relativamente alle prestazioni critiche, l'Azienda nel 2015 ha visto una lieve flessione del volume delle prestazioni erogate quale contributo alla produzione provinciale, anche se rimane evidente l'impegno dell'Azienda a garantire un alto livello di offerta di prestazioni ad elevata complessità, oltre alla continua e fattiva collaborazione con l'Azienda territoriale su temi quali l'appropriatezza prescrittiva.

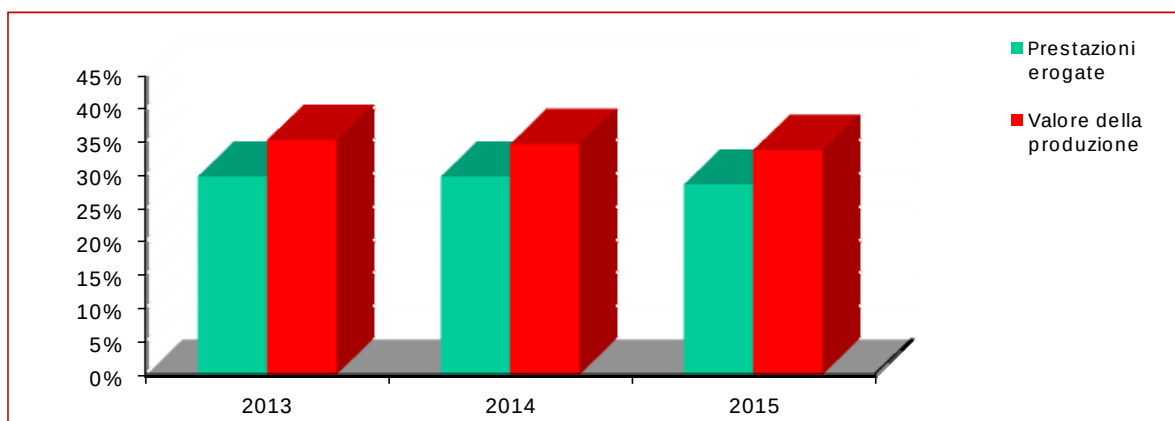
Tabella 11 Volumi e valore delle prestazioni critiche e % sul totale della produzione provinciale, anni 2013-2015

Azienda Ospedaliero-Universitaria Parma	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2013	178.559	30%	8.629.656	35%
2014	182.122	30%	8.634.643	35%
2015	177.456	29%	8.536.550	34%

Fonte: Area riservata BdM



Grafico 18 Percentuale prestazioni critiche erogate sul totale provinciale (volumi e valori), anni 2013-2015



Fonte: Area riservata BdM

Percorsi di Day Service (DSA1 e DSA2)

L'Azienda, al fine di razionalizzare i percorsi dei pazienti e ottimizzare le risorse a disposizione, in adesione alle disposizioni regionali e a quanto programmato nel Piano Attuativo Locale, ha attivato anche nel 2015 percorsi di Day Service Ambulatoriale di diverso livello e specifici per patologia per un totale di 52.981 prestazioni (cfr. per maggiori dettagli il capitolo 3 al paragrafo "Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero").

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

L'indice di performance delle prestazioni programmabili nel triennio 2013-2015 presenta delle differenze per le diverse tipologie di aggregazioni (grafici 4 e 5, tabella 15).

- **Diagnostica:** l'indice di performance per le prestazioni erogate si mantiene in linea con la media regionale garantendo circa il 68% delle prestazioni entro i 60 giorni.
- **Laboratorio:** l'indice di performance nel 2015 è in incremento 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 presenta una lieve flessione rispetto all'anno precedente riassetandosi sui valori del 2013.
- **Terapeutiche:** nel corso del 2015 si è assistito ad un decremento dell'indice di performance per le prestazioni terapeutiche che mantiene comunque valori superiori all'80% di erogato entro 60 giorni dalla prenotazione
- **Visite:** l'indice di performance 2015 evidenzia un incremento sia per le visite erogate entro i 30 giorni dalla prenotazione che per quelle erogate entro i 60 giorni che presentano percentuali rispettivamente del 48% e del 71%.

Tabella 12 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2013

Vedi Appendice - capitolo 2.3

Tabella 13 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2014

Vedi Appendice - capitolo 2.3

Tabella 14 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2015

Vedi Appendice - capitolo 2.3

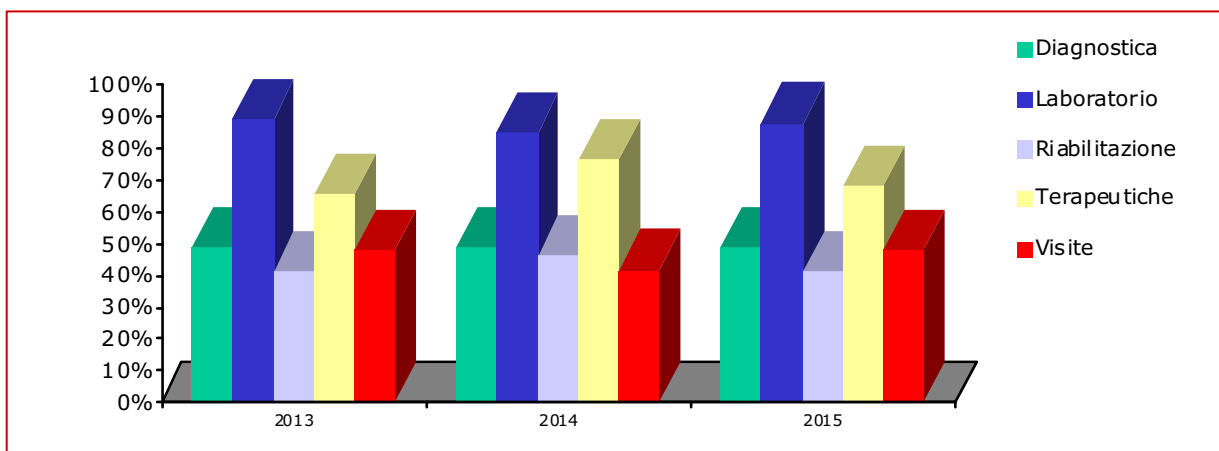


Tabella 15 Tempi di attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SS.N. % prestazioni erogate da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, aa 2013-2015

Tipologia prestazioni	2013		2014		2015	
	% 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	49,17	68,67	47,88	66,04	49,05	67,70
Totale laboratorio	89,26	94,7	88,01	93,19	88,48	94,01
Totale riabilitazione	41,27	72,62	43,17	74,99	41,40	73,70
Totale terapeutiche	65,52	79,87	71,08	84,71	68,41	81,95
Totale visite	48,23	73,77	39,58	69,76	47,95	70,76

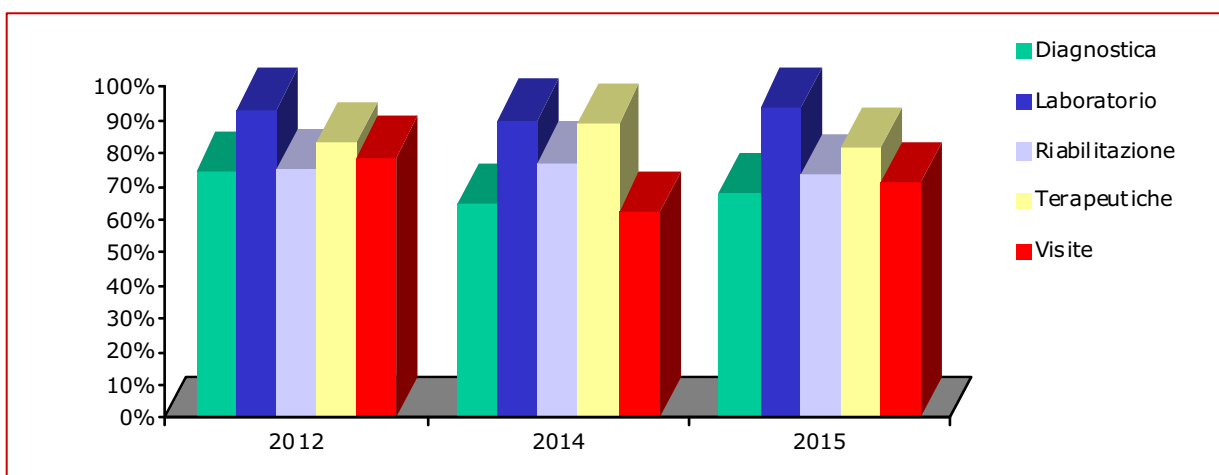
Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 19 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa: % prestazioni entro 30 giorni, anni 2013-2015



Fonte: Banca Dati ASA

Grafico 20 Azienda Ospedaliero-Universitaria tempi di attesa % prestazioni entro 60 giorni, anni 2013-2015



Fonte: Banca dati ASA

Contributo alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza

Nel corso del 2015 in Azienda sono state erogate 36.479 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 2014.



Tabella 16 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

Tabella 17 Volumi della produzione in istituzionale e in libera professione, anno 2015

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma					
2015	N° prestazioni SSN	% prestazioni SSN	N° prestazioni LP	% prestazioni LP	Totale prestazioni
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica	531.673	99%	7.461	1%	539.134
Dipartimento Medico Geriatrico e Riabilitativo	45.375	98%	1099	2%	46.474
Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico	249.248	94%	16.497	6%	265.745
Dipartimento Materno-Infantile	120.913	95%	6.901	5%	127.814
Dipartimento Diagnostico	3.089.619	100%	4521	0%	3.094.140
Totale	4.036.828	99%	36.479	1%	4.073.307

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 assolate 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 1.667, di cui 1.337 presenti in strutture pubbliche e 330 in Case di Cura private.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma garantisce una percentuale rilevante di posti letto per acuti pubblici della provincia corrispondente al 76%. Ovviamente, essendo dotata di strutture Hub e di funzioni di eccellenza, una quota dei posti letto è utilizzata per il trattamento di pazienti provenienti da fuori provincia e da altre regioni. Il contributo dell'Azienda alla dotazione provinciale di posti letto nel corso del 2015 si è mantenuta stabile rispetto all'anno precedente con un valore pari a 2,54. L'indicatore per la provincia di Parma è pari a 4,78 (a livello regionale si attesta intorno a 4,08) e presenta un trend in decremento passando dal 4,99, del 2013 all'attuale 4,78.

Tabella 18 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2013

[Vedi Appendice - capitolo 2.3](#)

Tabella 19 Assistenza Ospedaliera – struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2014

[Vedi Appendice - capitolo 2.3](#)



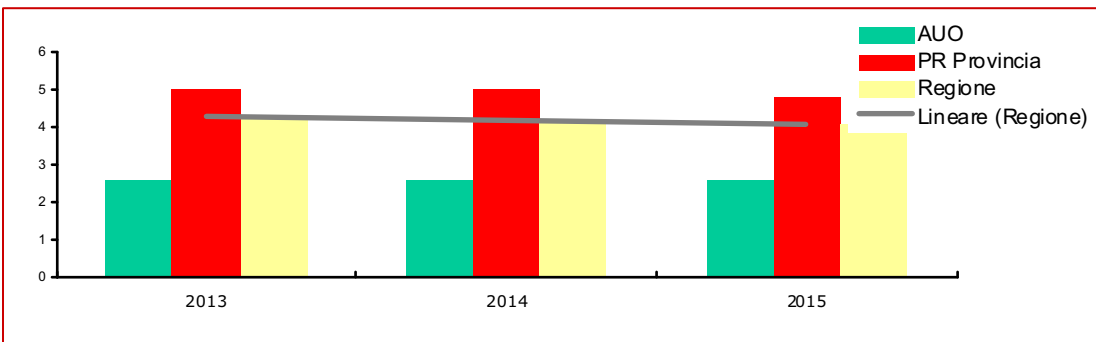
Tabella 20 Assistenza Ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2015

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	324	6	24	354	330	-	240	75	645	-	-	-	-	-
AOU Parma	1.013	15	108	1.136	-	-	-	-	-	2,27	0,28	0,03	0,24	2,54
Tot. Parma	1.337	21	132	1.490	330	-	240	75	645	3,73	1,05	1,58	0,46	4,78
Tot. Regione	12.345	668	1.132	14.145	2.342	-	865	800	4.007	3,30	0,78	0,34	0,43	4,08

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 1.01.2016 - 4.454.393.

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

Grafico 21 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 21 illustra le percentuali di posti letto per funzioni hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma che rappresentano complessivamente il 11% della dotazione totale dei posti letto ordinari.

Tabella 21 Percentuale posti letto hub definiti a livello regionale

Discipline di ricovero		posti letto ufficiali al 31/12/2015	% posti letto sul totale ordinari
7	Cardiochirurgia	20	2%
47	Centro Ustioni	8	1%
48	Nefrologia / Trapianti	5	1%
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	14	2%
30	Neurochirurgia	40	4%
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	3	0%
73	Neonatologia T.I.	6	1%
Totale Funzioni hub		96	11%
Totale posti letto ordinari al 31/12/2015*		900	100%

* Posti letto per acuti, esclusi posti letto pensionanti.

Fonte Banca Dati Posti letto - RER

Attività Hub

Nel 2015, dei 2.971 ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nei reparti con funzione Hub, il 30% ha riguardato pazienti provenienti dalle altre province dell'Emilia-Romagna, mentre nel 13% 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 (37%), mentre l'attrazione dei residenti fuori regione è prevalentemente esercitata dalle funzioni di Nefrologia/Trapianti (32%) e di Neurochirurgia (20%), confermando il ruolo preminente che tali reparti di alta specializzazione svolgono sia in ambito regionale che extra regionale.



Tabella 22 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni hub, regime ordinario, anno 2015

Discipline di ricovero		Ricoveri in AOU	di cui			
			residenti extra provincia	% ricoveri extra provincia	residenti extra RER	% ricoveri extra RER
7	Cardiochirurgia	685	251	36,64	46	6,72
47	Centro Ustioni	141	63	44,68	26	18,44
48	Nefrologia / Trapianti	190	70	36,84	61	32,11
49	Terapia intensiva (1° Anestesia e Rianimazione)	651	103	15,82	44	6,76
30	Neurochirurgia	1.122	363	32,35	219	19,52
18	Centro Trapianti Midollo Osseo	31	3	9,68	2	6,45
73	Neonatologia T.I.	151	43	28,48	5	3,31
Totale Funzioni hub		2.971	896	30,16	403	13,56

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Tabella 23 Percentuale ricoveri extraprovincia ed extraregione su funzioni non hub, regime ordinario, anno 2015

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	2.756	113	4,10	188	6,82
9	Chirurgia Generale	3.199	178	5,56	376	11,75
10	Maxillo-Facciale	765	206	26,93	339	44,31
11	Chirurgia Pediatrica	787	247	31,39	121	15,37
12	Chirurgia Plastica	886	161	18,17	169	19,07
13	Chirurgia Toracica	532	24	4,51	92	17,29
14	Chirurgia Vascolare	566	37	6,54	30	5,30
18	Ematologia	207	8	3,86	38	18,36
21	Geriatrics	1.571	23	1,46	47	2,99
24	Malattie Infettive	730	21	2,88	42	5,75
26	Medicina Generale	8.851	181	2,04	412	4,65
29	Nefrologia	491	19	3,87	43	8,76
32	Neurologia	729	51	7,00	61	8,37
34	Oculistica	797	164	20,58	237	29,74
36	Ortopedia e Traumatologia	2.876	137	4,76	304	10,57
37	Ostetricia e Ginecologia	3.802	260	6,84	159	4,18
38	Otorinolaringoiatria	1.139	147	12,91	242	21,25
39	Pediatria	2.275	335	14,73	152	6,68
43	Urologia	1.461	84	5,75	177	12,11
49	Terapie Intensive (*)	1.260	19	1,51	15	1,19
50	UTIC	1213	38	3,13	46	3,79
51	Astanteria Med. d'Urgenza	1.778	60	3,37	97	5,46
52	Dermatologia	519	21	4,05	44	8,48
56	Riabilitazione	153	0	-	1	0,65
60	Lungodegenza	2.082	1	0,05	1	0,05
62	Neonatologia	625	52	8,32	11	1,76
64	Oncologia	582	18	3,09	64	11,00
65	Pediatria e Oncoematologia	425	141	33,18	22	5,18
68	Pneumologia	622	41	6,59	52	8,36
Totale Funzioni non hub		43.679	2.787	6,38	3.582	8,20

Nota: Il numero di ricoveri considera il reparto di transito

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

Fonte: Banca Dati SDO- RER

Per ciò che concerne i ricoveri di residenti extra-provincia ed extra-regione presso reparti che non esercitano a livello regionale funzione hub, si segnalano alcune Unità Operative che possiedono alte percentuali di ricoveri di pazienti provenienti da fuori provincia e regione, quali ad esempio la Chirurgia



Maxillo-Facciale, l'Oculistica, la Chirurgia Pediatrica e la Pediatria e Oncoematologia, con quote rispettivamente pari al 71%, 50%, 47% e 38%, 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 58%, di cui il 34% per pazienti provenienti da altre province della Regione Emilia Romagna e, per quanto riguarda in modo specifico le funzioni di eccellenza, il 20% da altre Regioni.

Tabella 24 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni Hub Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2015

Funzioni HUB		Province della Regione Emilia-Romagna						Lombardia		Altre Regioni		Totale Attrazione	
		Reggio Emilia		Piacenza		Altre province RER							
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
07	Cardiochirurgia	39	11%	166	48%	28	8%	23	7%	23	7%	279	81%
47	Centro Ustioni	32	25%	14	11%	17	13%	13	10%	13	10%	89	70%
48	Nefrologia/Trapianti	26	14%	8	4%	36	20%	15	8%	46	25%	131	72%
30	Neurochirurgia	141	15%	208	21%	15	2%	75	8%	151	16%	590	61%
73	Neonatologia Terapia Intensiva	12	10%	26	21%	5	4%	3	2%	3	2%	49	40%
Totale		250	14%	422	24%	101	6%	129	7%	236	13%	1138	65%

Fonte: Banca Dati SDO - RER

Tabella 25 Mobilità attiva - Bacino d'utenza per funzioni di eccellenza Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (regime ordinario), anno 2015

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	135	18%	37	5%	34	4%	94	12%	250	33%	550	72%
11	Chirurgia Pediatrica	172	25%	53	8%	22	3%	44	7%	82	12%	373	55%
65	Oncoematologia Pediatrica	133	32%	6	1%	2	0%	19	5%	11	3%	171	41%
12	Chirurgia Plastica	98	11%	30	3%	47	5%	68	7%	127	14%	370	40%
Totale		538	19%	126	5%	105	4%	225	8%	470		1464	53%

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". Tuttavia al momento in cui viene chiuso il presente documento (15 Settembre 2016) non sono disponibili dati aggiornati relativi alla mobilità passiva dei residenti, si rinvia pertanto al paragrafo "Indicatori di attività dei centri hub" del bilancio di missione 2014 per una disamina degli indicatori in questione.



Altra funzione hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è il Trauma Center, del quale vengono di seguito presentati alcuni dati relativi alle attività erogate.

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 1.268.157 di abitanti (popolazione residente nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza a gennaio 2015 - Statistica regione Emilia-Romagna).

Dalla tabella 26 risulta evidente la funzione Hub esercitata dalla nostra Azienda, che tratta complessivamente il 31% dei casi di traumi dell'area dell'Emilia occidentale, con punte significative relativamente alle ustioni (73%), alla traumatologia toraco-addominale (42%) e alla traumatologia intracranica (39%). Relativamente a quest'ultima tipologia di casi, va specificato che una significativa percentuale (20%) 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 26 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 2015

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	1.686	25%	837	12%	1.267	19%	1.922	28%	1.075	16%	6.787
Traumi intracranici	161	17%	86	9%	130	14%	357	39%	187	20%	921
Traumi toracici	24	15%	9	5%	15	9%	62	38%	54	33%	164
Traumi addominali	28	24%	6	5%	6	5%	56	48%	20	17%	116
Ferite	22	14%	18	12%	16	10%	50	32%	50	32%	156
Ferite arti superiori	51	25%	27	13%	40	19%	70	34%	19	9%	207
Ferite arti inferiori	20	37%	4	7%	8	15%	18	33%	4	7%	54
Traumi vasi sanguigni	1	6%	0	0%	1	6%	9	53%	6	35%	17
Traumi superficiali	2	3%	16	28%	21	36%	12	21%	7	12%	58
Traumi da schiacciamento	3	23%	2	15%	1	8%	5	38%	2	15%	13
Ustioni	26	14%	4	2%	7	4%	140	73%	14	7%	191
Traumi nervi e midollo	13	19%	13	19%	15	22%	23	34%	3	4%	67
Totale	2.037	23%	1.022	12%	1.527	17%	2.724	31%	1.441	16%	8.751

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 119,7 per 1.000 abitanti più elevato rispetto alla media regionale (114,6 per 1000 abitanti).

Il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria alla composizione del tasso di ospedalizzazione è del 54,4% nel 2014, per il regime ordinario. Questo valore si attesta su livelli più alti rispetto alla media regionale (39,4%), 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 27 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e contributo percentuale delle aziende ospedaliere, anno 2015

Azienda di residenza	Regime ordinario	DH medici	DH chirurgici
Parma	54,4	59,9	29,2
Reggio Emilia	42,6	52,6	38,2
Modena	28	32,8	26,1
Bologna	36	48,6	32,1
Ferrara	45,5	61,3	39,9
Totale E R	39,4	48,7	32,4

Fonte: Area riservata BdM

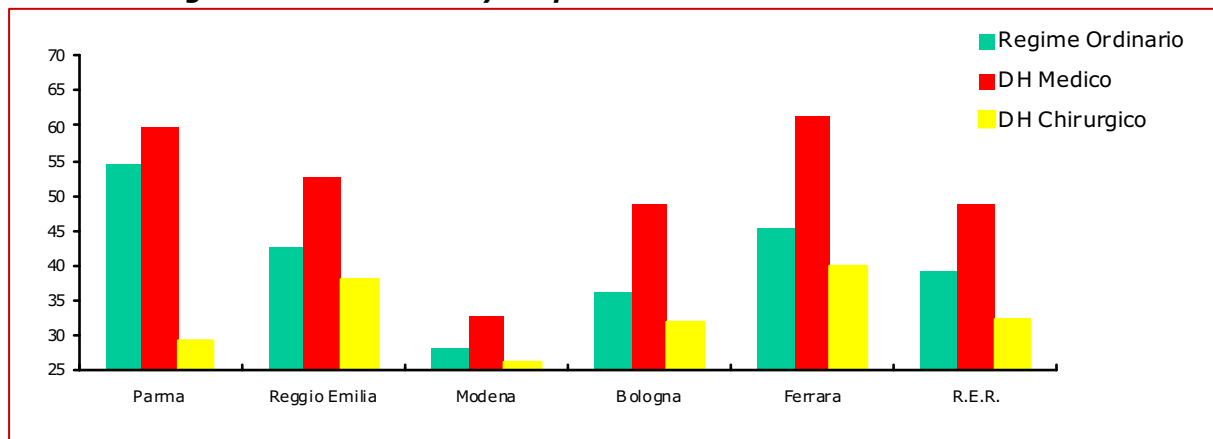
Tabella 28 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età nella provincia di Parma

Azienda di residenza - Parma	Regime ordinario	DH medici	DH chirurgici
2013	58,1	62,3	32,5
2014	53,7	58,9	28,7
2015	54,4	59,9	29,2

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 22 Contributi % delle Aziende Ospedaliere ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per età: confronto tra le Aziende Ospedaliere della Regione Emilia Romagna, anno 2015. Ricoveri in regime ordinario e in day hospital



Nel 2015 nell'AOU di Parma sono stati effettuati 49.436 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 164 ricoveri nel 2015). 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 (0,79%), che è andata anch'essa riducendosi e sono da attribuire nel 95% dei casi a ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 29 Azienda Ospedaliero-Universitaria: riepilogo e confronto con la situazione regionale, anni 2013-2015

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		
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%
2015	AOU Parma	49.436	164	20.178	156	40,8%	95,1%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	250.705	1.979	110.063	1.851	43,9%	93,5%

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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



Tabella 30 Riepilogo Azienda Ospedaliera di Parma, anni 2013-2015

AOU Parma	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2015	40.652	151	8.784	13	49.436	164	82,23	17,77	0,33

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

Tabella 31 Riepilogo Regione Emilia-Romagna, anni 2013-2015

	Regime ordinario		Day hospital		Totale		%		
	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	Totale dimessi	Libera profess.	% DO	% DH	% LP
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
2015	192.537	1.793	58.168	186	250.705	1.979	76,80	23,20	0,79

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, 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 il 78% delle discipline presentano un indice di case-mix uguale o maggiore di 1 (cfr. tabella 32).

Tabella 32 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2014-2015

[Vedi Appendice - capitolo 2.3](#)

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 33 Percentuale di ricoveri 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
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%
2015	AOU Parma	40.652	3.002	7,4%
	Totale Aziende Ospedaliere RER	192.537	13.630	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 inappropriatezza 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.

Tabella 34 Percentuale di casi attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza 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
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%
2015	AOU Parma	6.474	47.185	13,7%
	Aziende Ospedaliere RER	33.580	240.360	14,0%

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 DGR 925/2011 "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. Tali obiettivi vengono ripresi ed esplicitati anche nella DGR 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" dove vengono indicati gli interventi che le aziende sanitarie devono attuare per il contenimento dei tempi di attesa.

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.

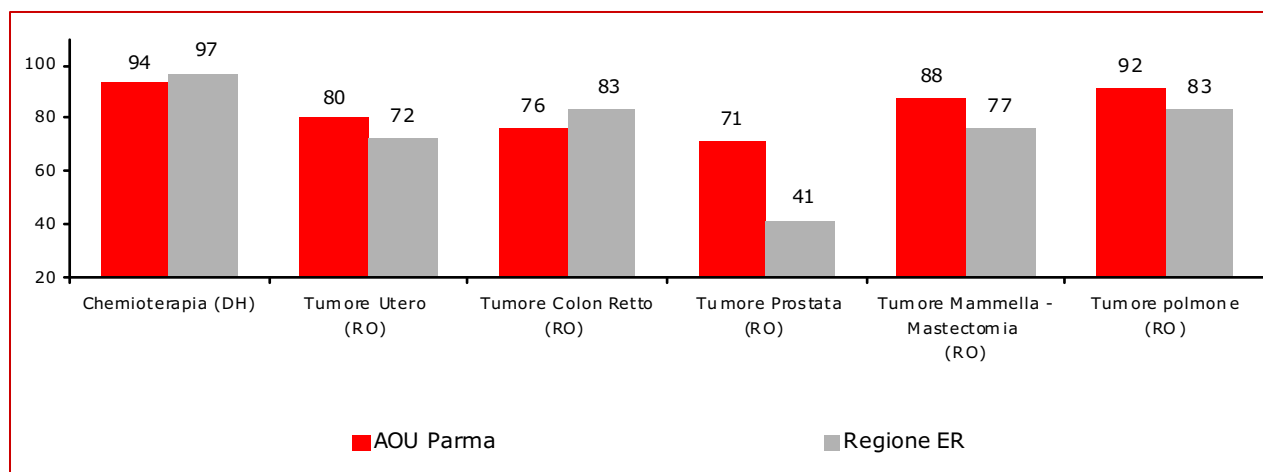
Per gli interventi oggetto di monitoraggio dell'**area oncologica** (grafico 23), nel corso del 2015, sono state realizzate azioni per approssimare lo standard di riferimento regionale, che prevede la realizzazione delle prestazioni entro 30 giorni per il 100% dei pazienti.

Per quanto riguarda, ad esempio, gli interventi sul tumore della prostata nel 2015 il 71% dei pazienti sono trattati entro 30 giorni, a fronte di una media regionale con valori intorno al 41% dei casi.

Buoni i risultati relativamente alla patologia tumorale maligna del polmone che viene trattata nel rispetto dei tempi d'attesa nel 92% della casistica, valore decisamente superiore a quello della media regionale (paria all'83%). Per il tumore del colon-retto la percentuale di pazienti trattati entro 30 giorni è dell'76% in miglioramento rispetto all'anno precedente (73%) .

Per quanto riguarda il tumore dell'utero e il tumore della mammella (limitatamente alle mastectomie) nel 2015 si è intervenuti chirurgicamente entro 30 giorni, rispettivamente nell'80% e nel 88% delle pazienti in lista di attesa, a fronte di una media regionale decisamente inferiore (rispettivamente 72% e 77%). 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.

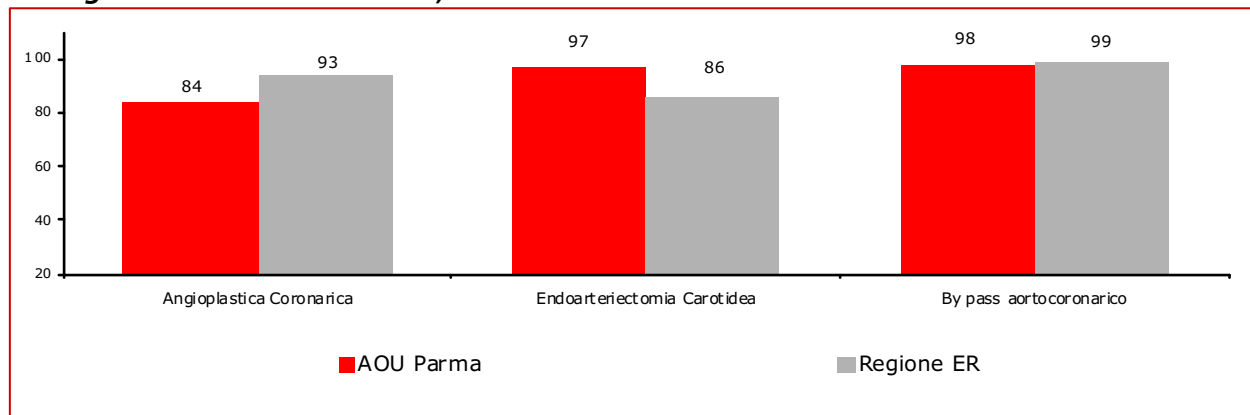
Grafico 23 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Oncologica, anno 2015



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 24 Rispetto dei tempi d'attesa- valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Cardiovascolare, anno 2015



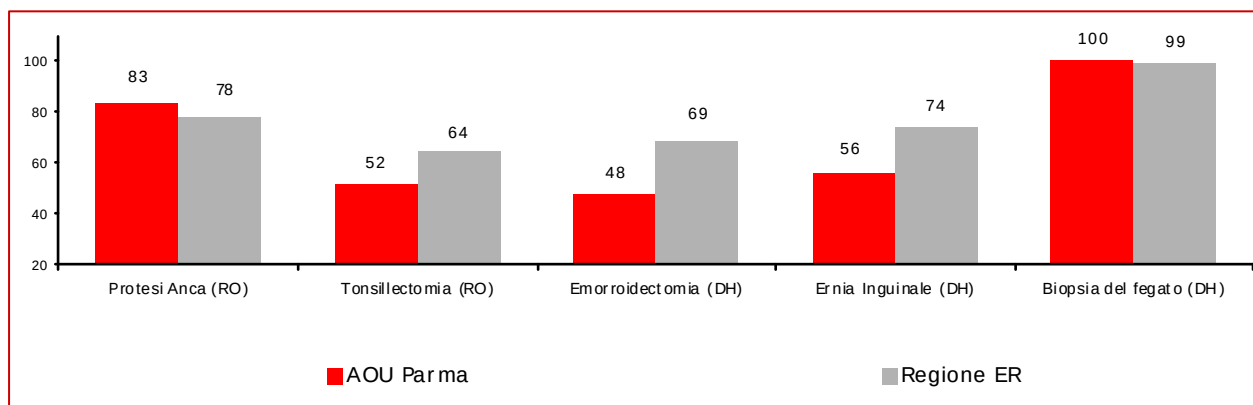
Fonte banca Dati SDO - RER



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 2015, presso la nostra Azienda, rispettano lo standard regionale nell'83% dei casi, risultato superiore a quello della 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 si pone al di sotto della media regionale, fatta eccezione per le biopsie epatiche. La variabilità dei tempi di realizzazione di tale casistica è anche determinata dalla mancanza di uno specifico standard da parte della Regione.

Grafico 25 Rispetto dei tempi d'attesa - valori percentuali. Confronto Parma e Regione Emilia Romagna. Area Non Oncologica, anno 2015



Fonte banca Dati SDO - RER

Nella tabella 35 e 36 vengono riportati in dettaglio i dati relativi alle prestazioni monitorate nel 2015.

Tabella 35 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2015

[Vedi Appendice - capitolo 2.3](#)

Tabella 36 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2015

[Vedi Appendice - capitolo 2.3](#)

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 37 include anche i dati pediatrici.

Il numero di ricoveri rappresenta il 18%.

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

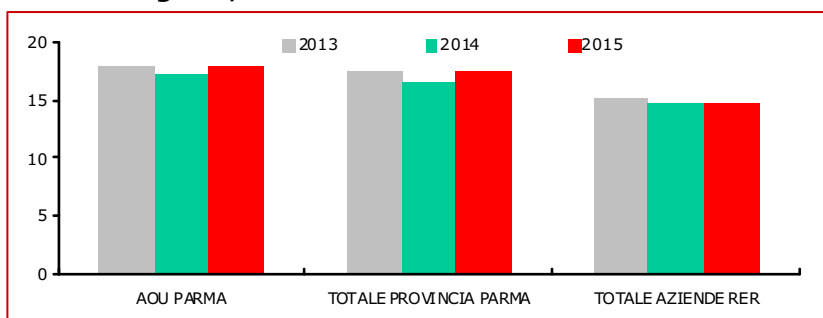
Tabella 37 Accessi in PS, anni 2013-2015

AZIENDA	2013		2014		2015	
	Accessi	%	Accessi	%		
AOU Parma	102.686	18,0	112.855	17,2	110.322	18,1
AUSL Parma	38.718	16,4	40.790	16,0	40.860	16,0
Totale	141.404	17,5	153.645	16,6	151.182	17,5
Regione ER	1.821.564	15,2	1.861.877	14,7	1.857.137	14,8
% accessi AOU Parma	72,62		73,45		72,97	

Fonte: Area riservata BdM



Grafico 26 Percentuali di ricovero sugli accessi in PS: confronto AOU di Parma, provincia di Parma e Regione, anni 2013-2015

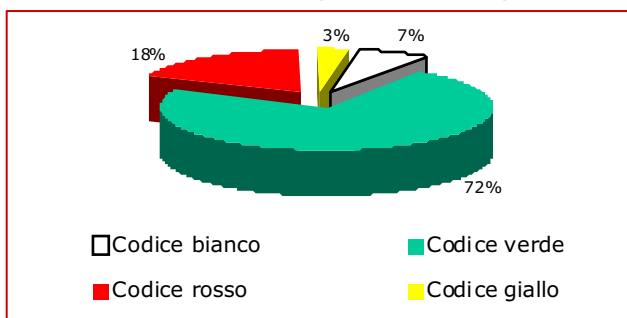


Fonte: Area riservata BdM

Dall'analisi dei dati del 2015, in base alla suddivisione per codice colore, ossia il grado di urgenza del caso (grafico 27), 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 2014, con la persistente prevalenza dei codici verdi rispetto agli altri codici, in linea con i dati regionali e nazionali.

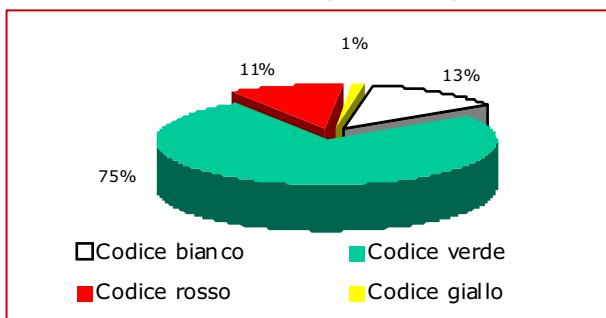
Esaminando gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU di Parma da parte della popolazione straniera, si osserva come nel 2015 il 13% degli accessi totali al PS dell'Azienda è rappresentato da stranieri (14.103), in lieve diminuzione rispetto allo scorso anno (- 2%). La suddivisione della casistica per codice 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 86%), mentre con una percentuale minore per i codici gialli e rossi (pari al 13%), a più elevata gravità.

Grafico 27 Accessi in PS, codice colore, anno 2015



Fonte: Applicativo di PS aziendale

Grafico 28 Accessi in PS, stranieri, anno 2015



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 8% di tutti gli accessi in PS (lo standard di riferimento è compreso tra 3 e 8%); la percentuale di dimissione dopo il periodo di osservazione è del 78%, ben oltre i riferimenti minimi della Regione (60%).



Tabella 38 Attività in OBI presso il PS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anno 2015

	2015	Atteso
Numero pazienti inseriti in OBI nell'anno	9.024	
Pazienti in OBI sul totale accessi PS	8%	3 - 8%
Percentuale dei dimessi dopo il periodo di osservazione in OBI	78%	>60%
Contributo percentuale al numero di accessi ai PS provinciali	72,97	

Fonte: Banca Dati PS - RER

Piano sangue e Plasma Regionale per il triennio 2013-2015

Gli obiettivi del Piano Regionale Sangue e Plasma costituiscono oggetto della programmazione operativa per le aziende sanitarie regionali secondo le specifiche competenze basandosi sulle strutture all'uopo indicate (Centro Regionale Sangue, Comitati di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta, Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasmfusionale, COBUS Comitato per il buon uso del sangue).

Il Programma per l'Autosufficienza per l'anno 2015 ha indicato gli obiettivi per i quali 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 principale obiettivo 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, sia per i prodotti labili del sangue sia per i farmaci derivati dalla lavorazione del plasma.

Rispetto a tale obiettivo, nel corso del 2015 presso il SIT di Parma sono stati ottenuti i seguenti risultati inerenti le unità raccolte eliminate:

- per scadenza, 0,21% del raccolto, rispetto all'obiettivo del 1,5%;
- per cause tecniche 1,3%, rispetto all'obiettivo del 1,2%;
- per cause sanitarie 0,89%, rispetto all'obiettivo del 0,8%.

Nell'insieme, l'eliminazione di unità raccolte è stata del 2,39%, rimanendo al di sotto dell'indicatore complessivo del 3,5%.

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 Trasmfusionali, 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).

Il programma settimanale di fornitura di emazie al Centro Regionale Sangue, concordato con il CRS stesso e le Associazioni, ha visto un risultato inferiore del 5,5% rispetto al previsto, anche se l'obiettivo si prevede raggiunto per scostamenti entro il 10%. In ogni caso, il contributo di fornitura emazie alla regione è stato particolarmente rilevante durante i periodi dell'anno più critici, quale quello estivo.

Nel corso del 2015 si è assistito, rispetto al 2014, ad un calo della raccolta di sangue intero del -3,71 % e delle piastrine da aferesi del -19,44 %; nel contempo, si è osservato un aumento della raccolta di plasma da aferesi del +3,23 %. La riduzione di sangue intero raccolto è stata compensata da una riduzione complessiva dell'utilizzo di emazie a livello clinico (-8,82%), grazie a un miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo. Ciò ha permesso un mantenimento in positivo della differenza tra sangue raccolto ed utilizzato, tant'è che a livello locale non si sono registrate carenze rispetto alle necessità. E' stato inoltre attivato il progetto della donazione su prenotazione.

Nel corso del 2015, oltre alla partecipazione alle iniziative regionali sulla prevenzione dell'errore AB0, sono stati effettuati quattro corsi formativi su questo tema per il personale dell'Azienda.

Il Sistema Sangue della Provincia di Parma è risultato riaccreditato entro i termini previsti (visita sostenuta il 3-4/11/2015) sia relativamente al Servizio Trasmfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sia per l'Unità di Raccolta Associativa. Le non conformità precedentemente riscontrate sono risultate tutte superate grazie ad appropriate attività di miglioramento.

Il Comitato per il Buon Uso del Sangue (COBUS con valenza provinciale), presieduto dal Delegato della Direzione Sanitaria dell'Azienda, si è riunito secondo quanto richiesto, valorizzando le competenze specifiche di medicina trasfusionale, in capo al Servizio Trasmfusionale Aziendale, tutelando la salute del



paziente, definendo e introducendo modalità innovative 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.

Nel corso del 2015 è stata rinnovata la Convenzione per la raccolta del sangue umano e degli emocomponenti, valida per il triennio 2015-2018, stipulata tra le due Aziende sanitarie e le due Associazioni del volontariato ADAS-FIDAS e AVIS della Provincia Parma. Il documento relativo alla convenzione è stato predisposto dal gruppo di lavoro tecnico, costituito dai Presidenti delle due Associazioni di Volontariato, dalle rappresentanze delle due Aziende (AOU e AUSL). Tale documento è strettamente aderente e in applicazione della DGR 432/2015, "Rinnovo Convenzione tra Regione e Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue ai sensi dell'Articolo 6 della Legge 21 ottobre 2005 n.219".

In concomitanza con la stipula della citata convenzione e in essa definita, è stata istituita la Consulta Sangue Provinciale di Parma, coordinata dal Direttore del SIT di Parma e costituita da rappresentanti delle 2 aziende sanitarie e delle 2 Associazioni di Volontariato della provincia. Tale organismo, che si interfaccia con il Comitato di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta, è stato istituito al fine di garantire l'integrazione di tutte le strutture che partecipano alla raccolta del sangue e del plasma nel territorio provinciale, consentendo il recepimento a livello locale degli indirizzi e della programmazione regionale delle attività inerenti il sistema sangue.

Attività trapiantologica

Dall'inizio dell'attività nell'Aprile 1986 al 31/12/2015 sono stati eseguiti 1.385 trapianti di cui 1.255 trapianti di rene da donatore cadavere (1.210 di rene singolo, 45 doppi trapianti), 87 trapianti di rene da vivente e 43 trapianti di pancreas (42 di rene-pancreas, 1 di pancreas isolato).

Nel 2015 sono stati eseguiti 33 trapianti di rene singolo da donatore cadavere, 12 trapianti di rene da vivente con prelievo eseguito per via laparoscopica, di cui 4 AB0 incompatibili (33,3%).

Da sottolineare come nell'ultimo anno vi sia stato un aumento consistente dei trapianti da vivente rispetto al 2014 quando ne furono effettuati solo 5.

Anche nell'anno 2015 i risultati dell'attività di trapianto 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 2010 al 2015 la sopravvivenza dell'organo è risultata del 97,1% a 1 anno e del 94,6% a 5 anni, mentre la sopravvivenza del paziente è stata rispettivamente del 98% a 1 anno e del 92,8% a 5 anni.

Nei trapianti da donatore vivente, non distinti per epoca storica a causa della loro limitata numerosità, la sopravvivenza dell'organo a 1 e 5 anni è stata rispettivamente del 96,3 e 94,6% , mentre la sopravvivenza del paziente a 1 e 5 anni è stata del 100%. Nei 14 trapianti di rene AB0-incompatibili eseguiti sino ad ora si evidenzia una buona funzionalità renale, con sopravvivenza dei pazienti e dell'organo del 100%.

Per quanto concerne la nostra strategia terapeutica nel trapianto AB0 incompatibile abbiamo proseguito nel 2015 il protocollo "cost-effective" iniziato nel 2012 che prevede il trattamento aferetico modulato secondo il titolo anticorpale iniziale. Infatti, 2 pazienti non hanno ricevuto alcun trattamento aferetico pre-trapianto, mentre altri 2 sono stati trattati con un'unica sessione di plasmateresi a doppia filtrazione. Il protocollo ha permesso a tutti i riceventi di accedere al trapianto.

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 86,3% a 5 anni.

Nel corso di un follow-up medio di circa 8,4 anni in 9 dei 42 pazienti trapiantati (21,4%) è stato necessario riprendere il trattamento insulinico, la sopravvivenza del rene è stata del 100% a 1 anno e del 97% a 5 anni.

La lista d'attesa per il trapianto di rene-pancreas consta attualmente di due pazienti (di cui 1 in sospeso per motivi clinici).

Il Centro Trapianti fa parte del gruppo di lavoro Europeo sul Trapianto denominato DESCARTES (<http://era-edta.org/descartes/descartes.htm>) che ha tra i suoi obiettivi principali quello di favorire l'interazione tra i diversi Centri Trapianto nell'elaborazione di linee guida, nella promozione di attività formative e di ricerca con particolare riguardo al trapianto di rene pre-emptive, al trapianto di rene nel ricevente anziano ed all'identificazione dei pazienti che possano sviluppare una tolleranza dopo trapianto. In particolare nel 2015 sono state pubblicate le linee guida ERBP/ERA-EDTA sul trapianto pre-emptive



(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26567249>) e gli Atti del Congresso svoltosi a Parma e dedicato alle problematiche del trapianto di rene nel ricevente anziano ([http://www.transplantationreviews.com/issue/S0955-470X\(15\)X0004-8](http://www.transplantationreviews.com/issue/S0955-470X(15)X0004-8)).

Nel corso del 2015 è stato organizzato a Parma un evento formativo internazionale (Rejection in Solid Organ Transplantation) con il patrocinio dell'EDTA e dell'ESOT.

Il Centro Trapianti di Parma ha coordinato a livello italiano uno studio sull'incidenza cumulativa dello stato di tolleranza dopo trapianto i cui risultati sono attualmente disponibili sul sito <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26763669>, è stato inoltre coordinatore di un gruppo di lavoro italiano che ha definito le "linee guida" riguardanti le principali problematiche chirurgiche relative al prelievo e al trapianto di rene e rene pancreas.

Al 31/12/2015 la lista d'attesa era composta da 329 di cui 199 (72,3%) residenti in altre regioni italiane. I pazienti in lista d'attesa attiva erano 238, i pazienti sospesi 91 (38,2%).

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 2015 sono usciti dalla lista d'attesa 118 pazienti 5 deceduti, 30 esclusi, 83 trapiantati, i nuovi ingressi sono stati 91 di cui 39 residenti in Emilia-Romagna (42,8%).

Per quanto concerne l'attività di follow-up, circa 700 pazienti trapiantati vengono seguiti direttamente dal Centro Trapianti secondo protocolli clinici definiti ed informatizzati.

Tabella 39 Attività di prelievo di organi Azienda Ospedaliero-Universitaria, anni 2012-2015

Tipologie	2012	2013	2014	2015
Segnalati	19	25	15	3
Opposizioni	4	6	4	0
Opposizioni procura	-	0	0	-
Non idoneo	-	2	0	0
Effettivi	14	17	9	-
Utilizzati	14	16	9	3

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

La tabella 40 riporta i dati inerenti gli organi procurati dalla Rianimazione dell'Azienda dal 2013 al 2015 (organi trapiantati sia nell'AOU di Parma che in altri ospedali), da cui si evidenzia un incremento nel 2015 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 2015 gli organi procurati dalla nostra Rianimazione rappresentano il 14% del totale.

Tabella 40 Organi procurati nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, anni 2013- 2015

Anno	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
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
2015	4	4	14	13	27	24	-	-	4	4	49	45
Totale RER 2015	18	18	103	100	200	157	2	1	22	19	345	295

Fonte: Banca Dati Centro Riferimento Trapianti RER

La tabella 41 riporta i dati inerenti le attività di prelievo di tessuti presso l'AOU Parma dal 2013 al 2015 con il dettaglio relativo a cornee, cute, osso e cartilagini, vasi e valvole prelevate, da cui si evidenzia un incremento complessivo dell'attività nel 2015, tranne che per le valvole di cui si registra una lieve flessione.

Tabella 41 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
2013	76	152	7	13.670	5	75	3	8	4	8
2014	55	110	6	9.953	6	85	2	8	4	8
2015	59	117	10	13.343	18	125	2	11	2	2

Fonte: Report 2014 Centro Riferimento Trapianti Regione Emilia-Romagna



Nella tabella 42 il dato più significativo è da riferirsi all'incremento dei trapianti di rene complessivamente intesi, e in specifico dei trapianti da vivente.

Tabella 42 Attività trapiantologica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Trapianto	2013	2014	2015
*Cornea	61	75	70
*Midollo	18 autologhi	29 autologhi	21 autologhi
	18 allogenici	13 allogenici	11 allogenici
Rene	53 di cui	39 di cui	45 di cui
	7 da vivente	5 da vivente	12 da vivente
*Rene-pancreas	2	3	

Fonte : Report 2015 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.

Si tratta complessivamente di 14 indicatori, individuati dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con le Aziende sanitarie. Le principali fonti adottate nella selezione degli indicatori sono state l'Agency for Healthcare Reserch and Quality (AHRQ) e il programma "Mattoni - Misura dell'Outcome".

In questa sezione troveranno ospitalità solo 6 dei 14 indicatori individuati, tale scelta è finalizzata a dare evidenza solo a quelli che misurano in modo più specifico la performance delle aziende ospedaliere nel confronto con la regione o che misurano azioni congiunte e condivise con l'azienda USL di riferimento all'interno di specifiche reti territoriali.

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

Per questo molte delle linee-guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 ore dall'ingresso in ospedale. Il tempo d'attesa per l'intervento di frattura del femore è un indicatore proxy della gestione clinica e della presa in carico del paziente. A livello europeo esiste molta variabilità con valori dell'indicatore che oscillano il 90% ed il 40%.

A fronte del trend evidenziato nella tabella 43 l'Azienda ha intrapreso un percorso di revisione del percorso del paziente con frattura del collo del femore per individuare opportune azioni di miglioramento.

Tabella 43 Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero > 18 anni, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2012-2015

Azienda di ricovero	2012		2013		2014		2015	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	208	48,4	226	49,3	213	51,2	227	46,52
Totale Aziende Osp. RER	1.181	56,3	1.405	65,4	1.558	68,3	1.483	68,97
Totale RER	3.691	55,5	4.187	63,5	4.620	68,4	4.622	70,38

Fonte: Area riservata Bilancio di missione

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 viene citata la diminuzione della frequenza dei **parti con taglio cesareo** laddove non sussistano indicazioni cliniche alla sua realizzazione. Fra le indicazioni mediche all'effettuazione del taglio cesareo viene annoverata anche la condizione di parto cesareo in precedenti gravidanze che molti sistemi di indicatori internazionali escludono dal calcolo. La tabella che segue mostra infatti l'indicatore relativo alla percentuale di parti cesarei presso la nostra Azienda nel confronto con le altre realtà sanitarie della regione, considerando solo la casistica relativa ai parti con taglio cesareo primario (partorienti che non hanno avuto un parto cesareo precedente). La nostra Azienda registra dal 2011 un trend in diminuzione del valore, che si attesta nel 2015 al 17,8% (al di sotto della media delle aziende ospedaliere della regione che registrano un valore pari al 21,6%).

**Tabella 44 Parti con taglio cesareo primario per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2011-2015**

Azienda di ricovero	2011		2012		2013		2014		2015	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	574	27,3	526	23,2	490	22,6	452	20,0	390	17,8
Totale Aziende Osp. RER	2.595	23,8	2.653	22,7	2.679	23,8	2.498	22,5	2.265	21,6
Totale RER	6.652	20,0	6.835	19,8	6.819	20,4	6.136	19,0	5.500	18,7

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 Ospedaliero-Universitaria di Parma tratta, attraverso questa modalità, più del 97,2% della casistica con un valore superiore sia alla media delle aziende ospedaliere della regione (94,3%) che alla media regionale complessiva (93,7%), come risulta dalla tabella 45.

Tabella 45 Interventi di colecistectomia laparoscopica per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2011-2015

Azienda di ricovero	2011		2012		2013		2014		2015	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	365	92,9	335	94,6	359	96,5	319	96,7	347	97,2
Totale Aziende Osp. RER	1.132	91,6	1.091	93,5	1.152	93,1	1.186	93,2	1.245	94,3
Totale RER	4.710	90,8	4.897	92,0	5.093	92,0	5.226	93,5	5.282	93,7

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 46 mostra come il tasso di mortalità calcolato su pazienti il cui ricovero è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, è aumentato rispetto al 2012 pur restando 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 29).

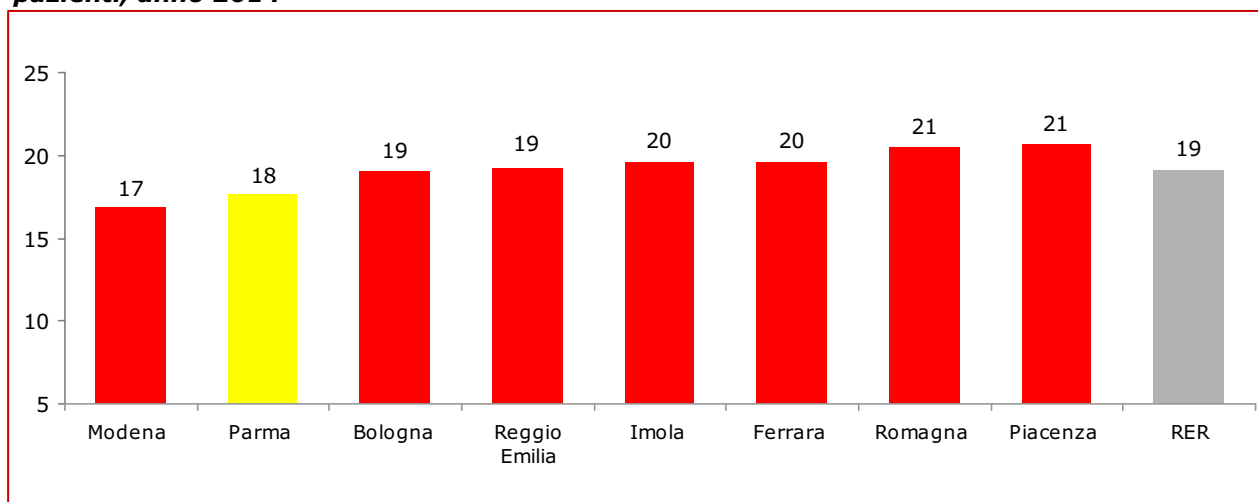
Tabella 46 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2012-2014*

Azienda di ricovero	2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	137	16,4	129	15,7	153	17,7
Totale Aziende Osp. RER	488	18,2	468	17,1	513	18,6
Totale RER	1.710	18,4	1.626	17,6	1.756	19,1

*L'indicatore non è aggiornato al 2015 in quanto non sono completi i dati del flusso REM



Grafico 29 Mortalità a 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke, per residenza dei pazienti, anno 2014



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

Gli indicatori rappresentati nelle successive tabelle 47 e 48 sono aggiornati al 2014, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati. Per l'anno 2015, infatti, tali informazioni non sono state incluse all'interno degli indicatori del piano delle performance a cui rimanda la pagina riservata del bilancio di missione.

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 3 anni rappresentati nella tabella 47 si pone ben al di sopra di questo standard di riferimento con una casistica media in urgenza superiore ai 290 casi.

Tabella 47 PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI per aziende ospedaliere di ricovero, anni 2012-2014

Azienda di ricovero	2012		2013		2014	
	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale	Casi	% sul totale
AOU Parma	201	65,0	280	71,9	298	64,6
Totale RER	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 con un valore del 7,9% nel 2014 in decremento rispetto agli anni precedenti (tabella 48); tale flessione è attribuibile alla diminuzione dei tempi di intervento intra ed extra-ospedaliero a seguito dell'attuazione della rete cardiologica, messa in atto negli ultimi anni in collaborazione con la AUSL, per la risposta all'infarto miocardico acuto e alla elaborazione e monitoraggio del PDT del dolore toracico. Decremento anche rispetto alla casistica NSTEMI (quella senza sopralivellamento del tratto ST) che ha raggiunto nel 2014 il 5,1%.



Tabella 48 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	5,3

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

*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].

Ricerca e didattica sono indissolubilmente legate tra loro in un rapporto che si influenza reciprocamente e che va a beneficio del progresso scientifico, ma anche della salute dei pazienti. Risulta difatti ormai indispensabile che nei programmi di studio universitari per i futuri clinici (medici e infermieri) venga incluso l'insegnamento della metodologia della ricerca; promossa la conduzione di ricerca secondo standard di qualità internazionali (Good Clinical Practice guideline); raccomandata la pubblicazione dei risultati di tutti gli studi, indipendentemente dall'esito. Queste considerazioni rappresentano un impegno anche per le aziende sanitarie, che devono incentivare la partecipazione dei propri professionisti a training sulla ricerca, essendo la ricerca negli ospedali una opportunità di trattamento, a volte l'unica per il paziente. La realizzazione nel nostro Ospedale di un Master universitario in Metodologia della Ricerca negli anni 2014-2015 è un ottimo esempio di questo impegno, perseguito in collaborazione con l'Ateneo di Parma, che si intende ripetere nei prossimi anni.

Il principio della condivisione dei dati è cruciale per il progresso della scienza; esso si riferisce al modo in cui i ricercatori di diverse discipline e paesi formano collaborazioni, imparano dagli altri, individuano nuove opportunità scientifiche e lavorano per trasformare le informazioni appena scoperte in conoscenze condivise e innovazioni concrete. Nel caso della ricerca clinica in particolare, se la comunità scientifica non garantisce la diffusione di quanto appreso da uno studio, viene meno all'impegno preso con i partecipanti al momento della loro adesione, spreca tempo e risorse e compromette la fiducia del pubblico.

Purtroppo, non tutta la ricerca svolta esita in una pubblicazione. Dai dati della campagna AllTrials [<http://www.alltrials.net/>], iniziativa internazionale volta a favorire la pubblicazione degli studi, emergono i seguenti dati:

- solo il 50 % degli studi conclusi viene pubblicato,
- gli studi con risultati positivi hanno il doppio della probabilità di essere pubblicati di quelli con risultati negativi,
- centinaia di migliaia di persone hanno partecipato a studi i cui risultati non sono mai stati resi noti.

Per poter tentare di porre rimedio a questo fenomeno, è essenziale comprenderne le cause. Dal punto di vista delle aziende sanitarie in particolare, è fondamentale capire quali siano i principali ostacoli percepiti dai ricercatori che vi operano, al fine di attuare interventi di supporto e di promozione. In questo senso, la ricerca degli ultimi anni fornisce informazioni preziose. Una revisione sistematica del 2014 comprendente 53 lavori, volta a indagare i fattori che secondo i ricercatori impediscono la pubblicazione dei loro studi [Song et al. PLoS One 2014], riporta i seguenti ostacoli (possibilità di segnalarne anche più di uno): mancanza di tempo (33%), studio non completato (15%), studio adatto per la pubblicazione (14%), manoscritto in preparazione o under review (12%), risultati non importanti o negativi (12%),



bassa qualità dello studio o del disegno (11%), paura del rifiuto della rivista (12%), problemi tra autori (10%), problemi con gli sponsor o i finanziatori (9%), rifiuto della rivista (6%).

Un altro lavoro pubblicato di recente sottolinea che una delle cause maggiori del basso tasso di pubblicazione è la carenza di adeguata formazione in metodologia della ricerca [Galipeau et al. Syst Rev 2013] sia dei reviewers utilizzati dalle riviste, sia degli autori dei paper. Su questo problema, le aziende sanitarie possono investire, attuando programmi di formazione volti a migliorare la qualità della ricerca fin dalla pianificazione e scrittura del protocollo, a rafforzare le competenze relative all'analisi rigorosa dei dati e interpretazione dei risultati, e a conferire le capacità necessarie per scrivere report chiari e corretti dei loro progetti, seguendo standard internazionali.

Attività di ricerca

I progetti

Come negli anni precedenti, anche nel 2015 è stata effettuata la rilevazione sistematica degli studi avviati in Azienda nell'arco dell'anno, con il duplice scopo di dare evidenza al lavoro di ricerca svolto dai professionisti, ma anche per rispondere al debito informativo per l'attuazione dell'Anagrafe Regionale della Ricerca (ARER).

L'anno 2015 ha visto un notevole incremento dei progetti di ricerca avviati presso l'Azienda, pari a +27%. Un altro dato degno di rilievo è che nel 42% dei casi il coordinamento del progetto è stato a cura di un professionista del nostro ospedale. L'aumento dei progetti è prevalentemente legato a quelli con finanziamento esterno (n=90), che rappresentano nel 2015 il 60% degli studi (tabella 49)

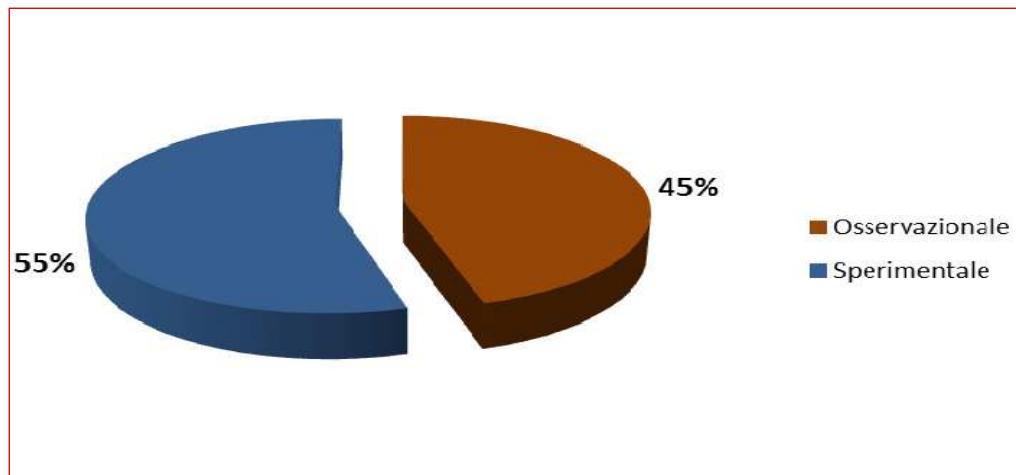
Tabella 49 Numero progetti attivati

Anno	2015	2014	2013
Numero totale progetti	150	118	118
di cui l'AOU di Parma è capofila/centro di coordinamento	63	42	51
di cui progetti privi di finanziamento	60	69	57

Di seguito è illustrata la distribuzione dei progetti di ricerca a seconda del disegno dello studio, dell'area tematica prevalente e della patologia affrontata.

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). Come per gli anni passati, gli studi sperimentali prevalgono (55%) rispetto a quelli osservazionali.

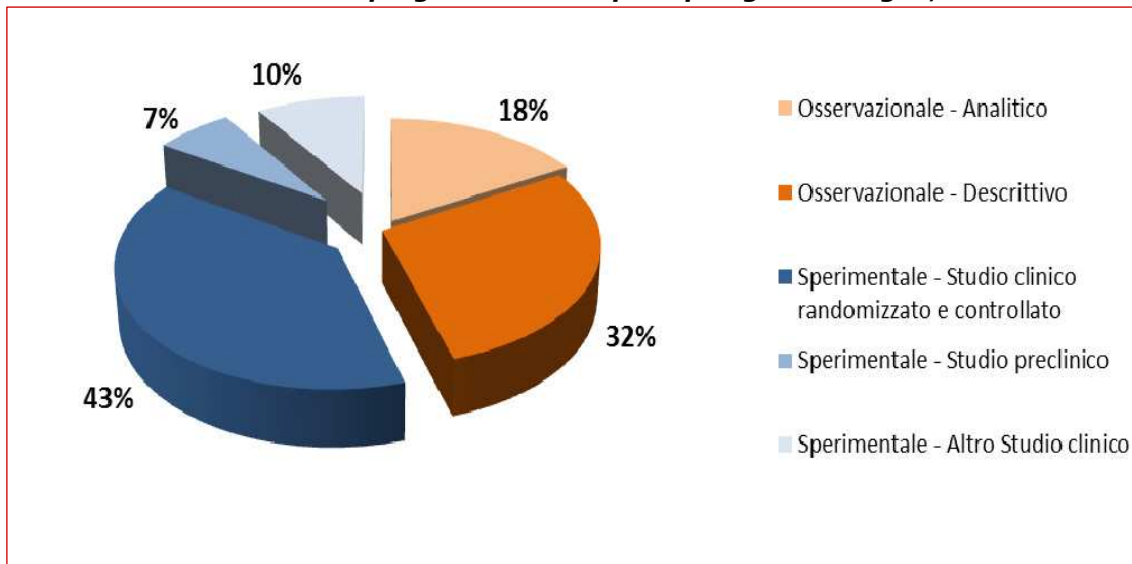
Grafico 30 Percentuale di progetti suddivisi per disegno dello studio, anno 2015





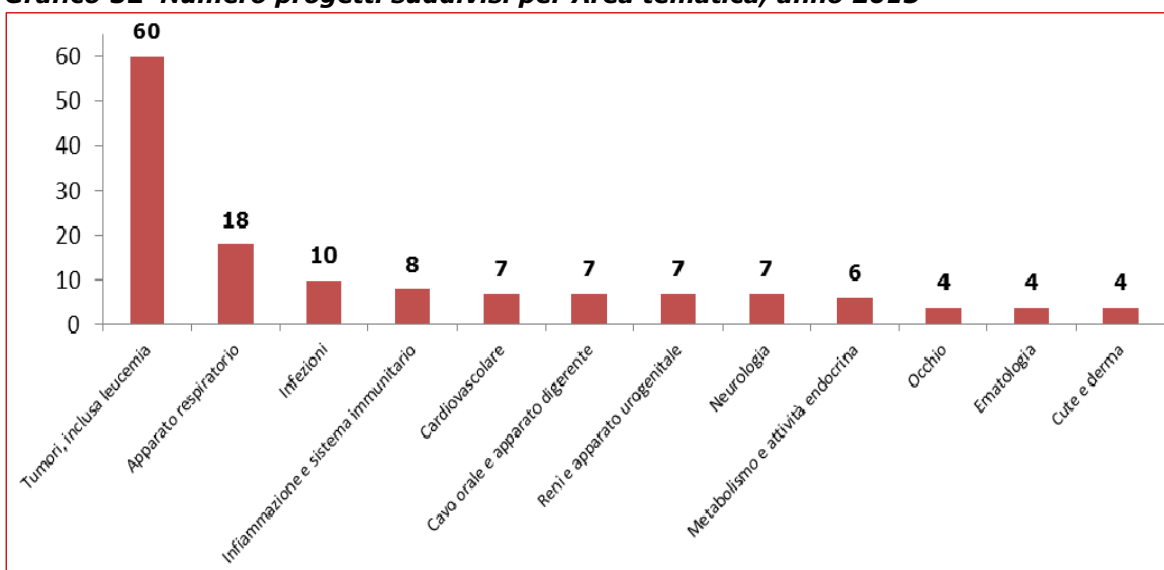
Il grafico 31 evidenzia come la quota prevalente di progetti avviati nel 2015 sia rappresentata da sperimentazioni cliniche randomizzate e controllate, cioè studi metodologicamente molto rigorosi attuati per dimostrare con un elevato grado di certezza l'efficacia o meno di un trattamento sui pazienti. Tra gli studi osservazionali, svolge un ruolo preponderante il descrittivo (oltre il 30% degli studi attivati nell'anno), che comprende anche le tesi di laurea/dottorato, prevalentemente volte a misurare la frequenza di pazienti affetti da una determinata malattia in un arco temporale predefinito (in modo prospettico o retrospettivo) e relativo esito delle cure erogate (sopravvivenza, eventi avversi, qualità della vita, ansia, eccetera).

Grafico 31 Percentuali dei progetti suddivisi per tipologia di disegno, anno 2015



L'area tematica mostra i campi di interesse degli studi avviati presso l'AOU di Parma. Anche nel 2015, come evidente nel grafico sotto, l'area "Tumori, inclusa Leucemia" è quella prevalente (60 studi, pari al 40%), seguita dalla ricerca sull'apparato respiratorio (18 progetti, pari al 12%).

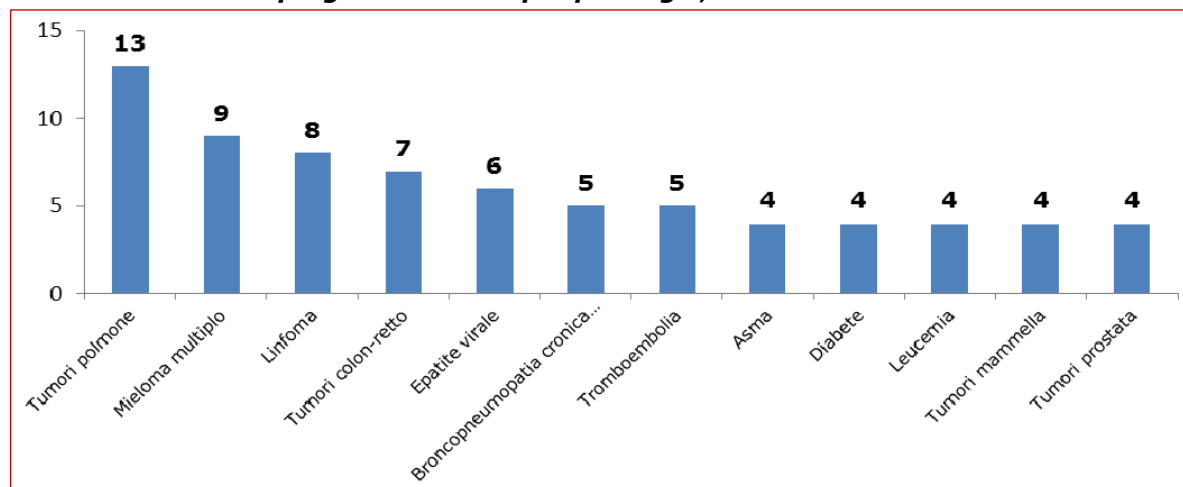
Grafico 32 Numero progetti suddivisi per Area tematica, anno 2015





Nel 2015 le patologie maggiormente studiate nell'ambito di un progetto di ricerca sono il tumore polmonare (13 progetti), il mieloma multiplo (9 progetti) e il linfoma (8 progetti).

Grafico 33 Numero progetti suddivisi per patologia, anno 2015



Le Pubblicazioni

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

Tali report contengono, per ogni Struttura Complessa, oltre il numero di pubblicazioni dell'ultimo triennio, anche un set di indicatori basati sulla misurazione dell'impatto dei singoli articoli scientifici. Non esistendo un'unica modalità standard, ma oltre 70 indicatori censiti in letteratura [Canadian Academy of Health Sciences. 2009; Banzi 2011], la scelta del set minimo è stata fatta privilegiando la reperibilità delle informazioni, e la facilità di elaborazione e di interpretazione dei risultati. Le informazioni relative alle pubblicazioni dell'Azienda 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.

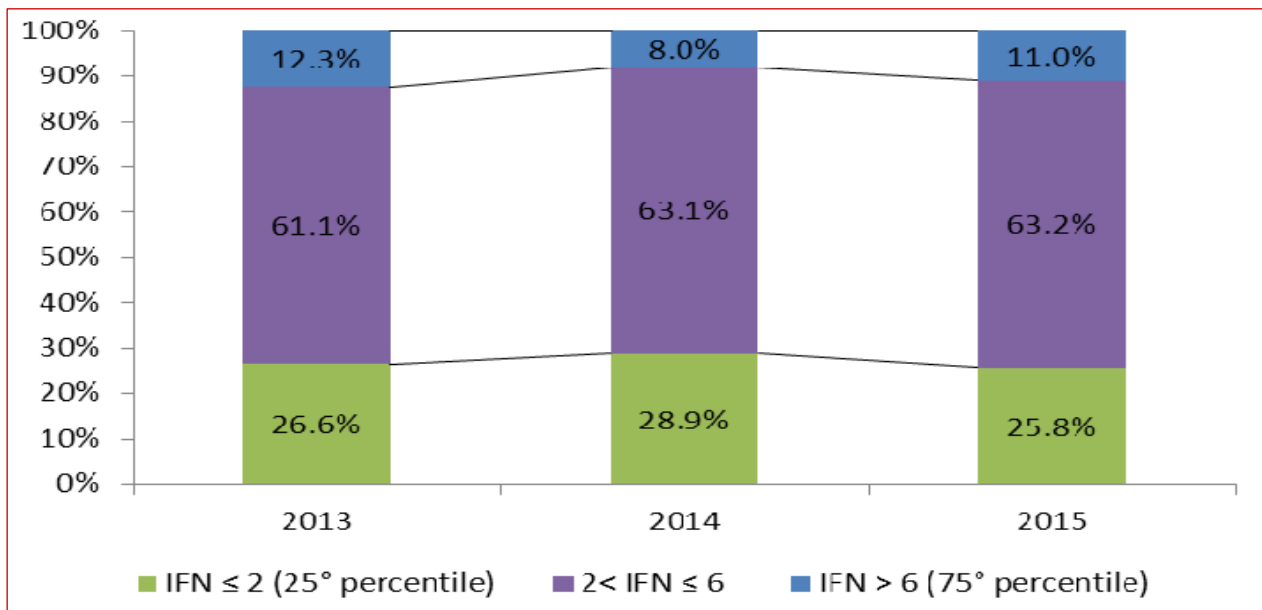
La tabella 50 mostra il numero di pubblicazioni (Articoli, Review, Lettere, Editorial Material eccetera) effettuate nel periodo 2013-2015, mettendo in rilievo la quota di articoli scientifici, in quanto maggiormente rilevanti dal punto di vista della comunicazione scientifica. Per ciascun anno, sono indicati anche i valori totali di Impact Factor (IF) grezzo e di Impact Factor normalizzato (IFN).

E' evidente un trend in calo della produzione scientifica (tabella 50), ma questo non ha inficiato la qualità (grafico 34), in quanto il numero di pubblicazioni su riviste di rilievo (cioè con IFN>6) è aumentato rispetto al 2014 (rispettivamente 11% vs 8%) e vi è stata una diminuzione di pubblicazioni su riviste di minore qualità (IFN≤ 2), rispettivamente 26% vs 29%. In sintesi, nel 2015 ogni professionista (circa 800, di cui 143 universitari convenzionati, 537 dirigenti medici e sanitari, 138 tra contrattisti e borsisti) ha prodotto 2,6 di IFN.

Tabella 50 Numero pubblicazioni realizzate, anni 2013-2015

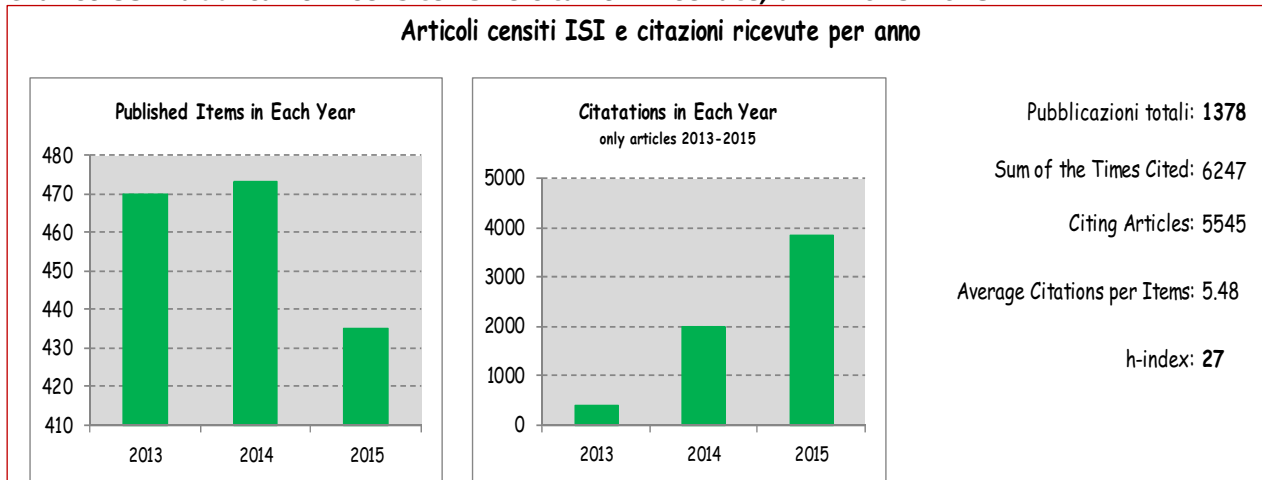
Anno	N° pubblicazioni	di cui Articoli	Impact Factor Totale	Impact Factor normalizzato (IFn)
2013	470	340	2273	2386
2014	472	317	1918	2206
2015	435	304	1763	2135

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.

**Grafico 34 Frequenza delle pubblicazioni suddivise per IFN , anni 2013-2015**

Le quattro rappresentazioni grafiche che seguono sono costruite mediante analisi dei dati estratti dalla Banca dati ISI, una volta selezionati gli articoli pubblicati dai professionisti dell'AOUPR nel periodo 2013-2015

Nel grafico 35 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 2013 le citazioni sono quelle relative alle pubblicazioni dello stesso anno, nel 2014 riguardano le pubblicazioni sia dell'anno precedente sia dell'anno corrente, nel 2015 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 27) 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 (1378 nei tre anni) e il totale delle citazioni (6247).

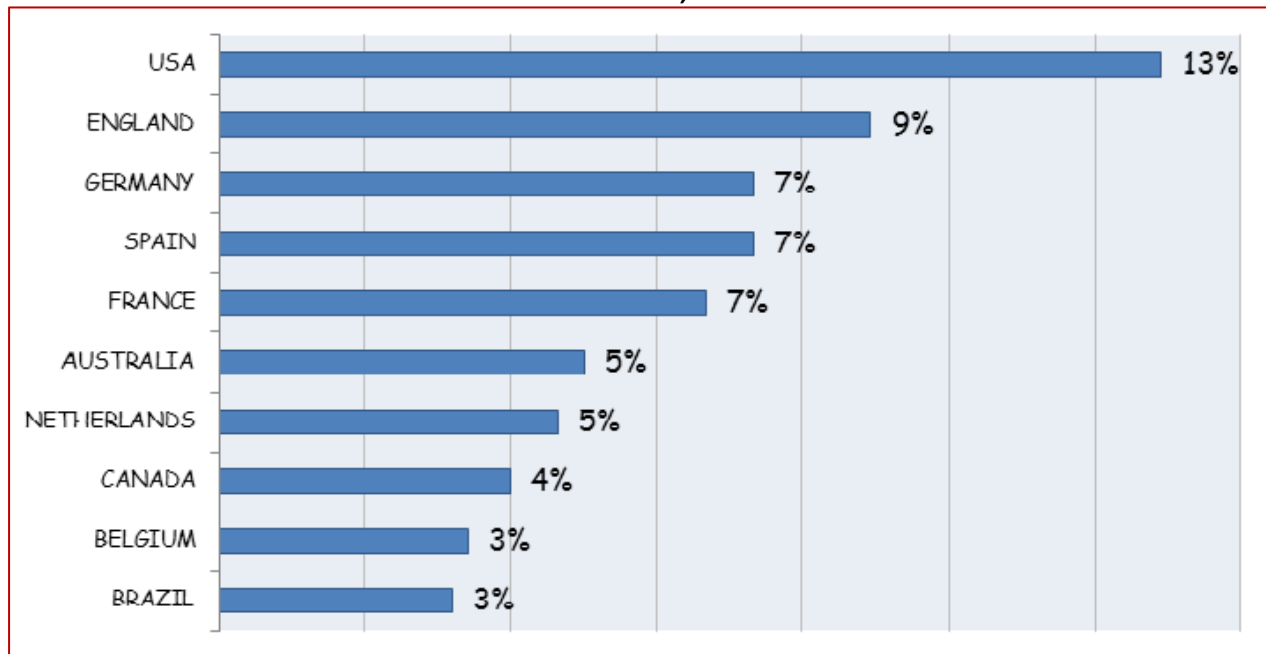
Grafico 35 Pubblicazioni censite ISI e citazioni ricevute, anni 2013-2015

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.



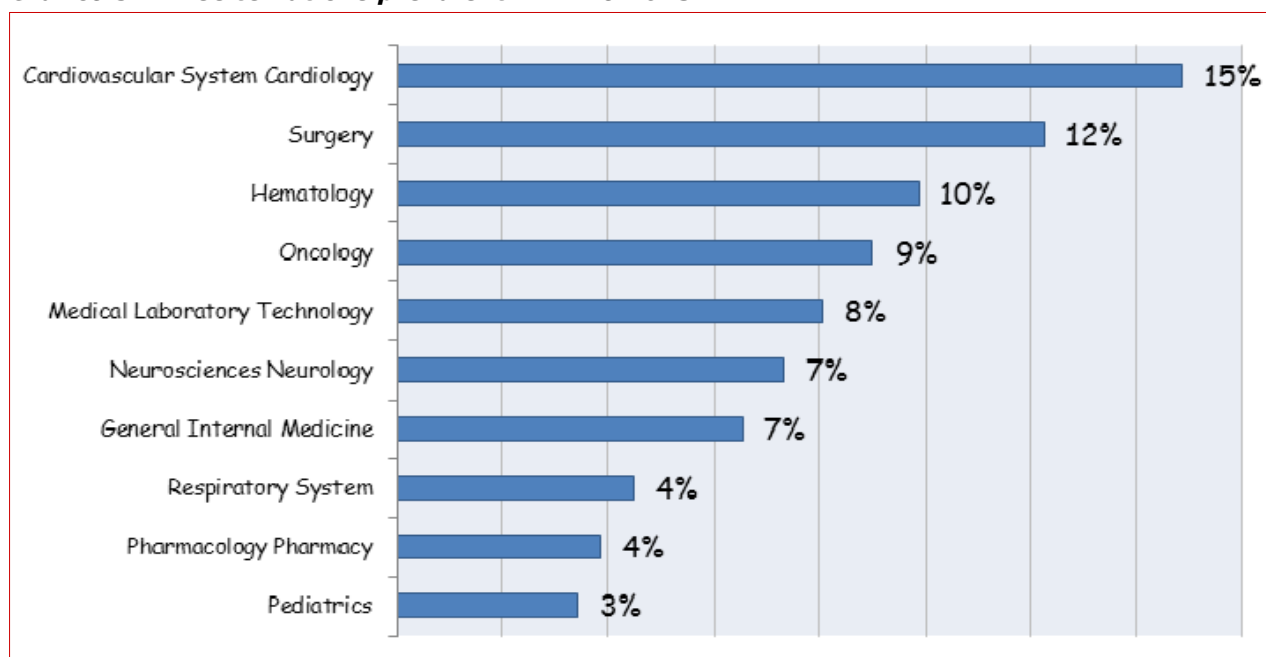
Nel grafico successivo sono elencate le collaborazioni internazionali, cioè la provenienza dei co-autori: i ricercatori degli USA sono quelli con cui l'AOU di PR ha maggiormente collaborato nel 2015 (nel 13% delle pubblicazioni dell'AOU di PR c'è almeno un autore che lavora negli Stati Uniti) e a seguire con quelli residenti in Inghilterra (nel 9% delle pubblicazioni).

Grafico 36 Pubblicazioni con autori internazionali, anno 2015



Il grafico 37 descrive le Aree tematiche prevalenti, cioè quelle in cui l'AOU di Parma ha pubblicato con maggiore frequenza: per il 2015 la Cardiovascolare, la Chirurgica e l'Ematologia hanno presentato una frequenza superiore al 10%

Grafico 37 Aree tematiche prevalenti – Anno 2015





Per misurare l'impatto della ricerca vengono analizzati in tabella 51 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 51 Indicatori "Research Capacity" (Proprietà, Eccellenza e Qualità)

Indicatore	Anno 2015		Anno 2014		Anno 2013	
	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	128	42%	156	49%	149	44%
Grado di eccellenza: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste (<i>top journals</i>) convenzionalmente intese come con IF>10	22	7%	16	5%	26	8%
Grado di qualità: numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore convenzionalmente intese come IFN>6	30	10%	25	8%	41	12%

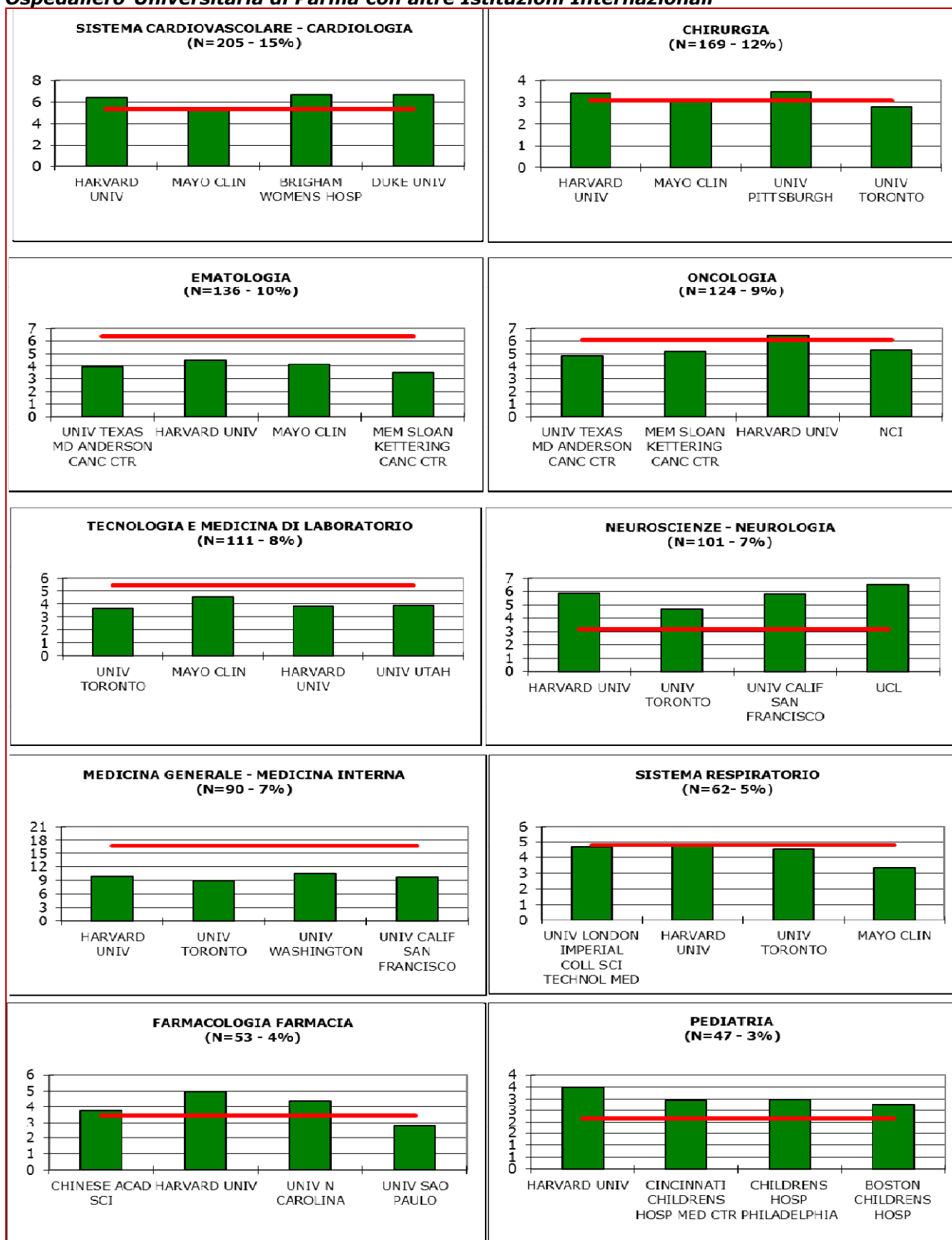
Si evince che nei tre anni considerati i professionisti dell'AOU di Parma hanno esercitato un ruolo di rilievo, come ideatori o principali realizzatori dello studio o estensori dell'articolo; in particolare nel 2015 rispetto al 2014 si rileva un incremento della qualità degli articoli pubblicati.

Il grafico 38 riporta il confronto tra la produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e quella di altre Istituzioni internazionali (università, ospedali, laboratori, ecc). Per ciascuna delle 10 Aree tematiche prevalenti nell'AOUPR sono state individuate le prime quattro Istituzioni che nel periodo 2013-2015 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, Ematologia, Oncologia, Tecnologia e Medicina di laboratorio.



Grafico 38 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 10 articoli scientifici pubblicati dal 2001 al 2015 dei professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (come primo o ultimo autore) che presentano un numero maggiore di citazione nei 5 anni successivi alla pubblicazione. La selezione è stata realizzata in base alle pubblicazioni registrate sulla banca dati ISI, e nell'elenco sono stati evidenziati in grassetto gli autori afferenti all'AOU di Parma.

1. **Rindi, G**; Kloppel, G; Alhman, H; Caplin, M; Couvelard, A; de Herder, WW; Eriksson, B; Falchetti, A; Falconi, M; Komminoth, P; Korner, M; Lopes, JM; McNicol, AM; Nilsson, O; Perren, A; Scarpa, A; Scoazec, JY; Wiedenmann, B (2006) *TNM staging of foregut (neuro)endocrine tumors: a consensus proposal including a grading system* VIRCHOWS ARCHIV 449(4):395-401 **IF₂₀₁₄=2.651** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 643**
2. **Musolino, A; Naldi, N; Bortesi, B**; Pezzuolo, D; Capelletti, M; **Missale, G; Laccabue, D; Zerbini, A; Camisa, R**; Bisagni, G; **Neri, TM; Ardizzoni, A** (2008) *Immunoglobulin G fragment C receptor polymorphisms and clinical efficacy of trastuzumab-based therapy in patients with HER-2/neu-positive metastatic breast cancer* JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY 26(11):1789-1796 **IF₂₀₁₄=18.443** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 448**
3. **Rindi, G**; Kloppel, G; Couvelard, A; Komminoth, P; Korner, M; Lopes, JM; McNicol, AM; Nilsson, O; Perren, A; Scarpa, A; Scoazec, JY; Wiedenmann, B (2007) *TNM staging of midgut and hindgut (neuro) endocrine tumors: a consensus proposal including a grading system* VIRCHOWS ARCHIV 451(4):757-762 **IF₂₀₁₄=2.651** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 389**
4. **Borghi, L**; Schianchi, T; **Meschi, T**; Guerra, A; Allegri, F; **Maggiore, U; Novarini, A** (2002) *Comparison of two diets for the prevention of recurrent stones in idiopathic hypercalciuria* NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 346(2):77-84 **IF₂₀₁₄=55.873** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 363**
5. **Urbani, S; Amadei, B**; Tola, D; Massari, M; Schivazappa, S; **Missale, G; Ferrari, C** (2006) *PD-1 expression in acute hepatitis C virus (HCV) infection is associated with HCV-specific CD8 exhaustion* JOURNAL OF VIROLOGY 80(22):11398-11403 **IF₂₀₁₄=4.439** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 336**
6. **Boni, C; Fisicaro, P**; Valdatta, C; **Amadei, B**; Di Vincenzo, P; Giuberti, T; **Laccabue, D; Zerbini, A**; Cavalli, A; **Missale, G**; Bertolotti, A; **Ferrari, C** (2007) *Characterization of hepatitis B virus (HBV)-specific T-cell dysfunction in chronic HBV infection* JOURNAL OF VIROLOGY 81(8):4215-4225 **IF₂₀₁₄=4.439** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 317**
7. **Ardizzoni, A; Boni, L; Tiseo, M**; Fossella, FV; Schiller, JH; Paesmans, M; Radosavljevic, D; Paccagnella, A; Zatloukal, P; Mazzanti, P; Bisset, D; Rosell, R (2007) *Cisplatin-versus carboplatin-based chemotherapy in first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer: An individual patient data meta-analysis* JOURNAL OF THE NATIONAL CANCER INSTITUTE 99(11):847-857 **IF₂₀₁₄=12.583** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 315**
8. **Vaglio, A**; Salvarani, C; **Buzio, C** (2006) *Retroperitoneal fibrosis* LANCET 367(9506):241-251 **IF₂₀₁₄=45.217** [Review] **TC_{al 31/12/2015}= 255**
9. Pugliese, F; Mollet, NRA; Runza, G; van Mieghem, C; Meijboom, WB; Malagutti, P; Baks, T; Krestin, GP; deFeyter, PJ; **Cademartiri, F** (2006) *Diagnostic accuracy of non-invasive 64-slice CT coronary angiography in patients with stable angina pectoris* EUROPEAN RADIOLOGY 16(3):575-582 **IF₂₀₁₄=4.014** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 251**
10. **Ardissino, D**; Cavallini, C; Bramucci, E; Indolfi, C; Marzocchi, A; Manari, A; Angeloni, G; Carosio, G; Bonizzoni, E; Colusso, S; Repetto, M; Merlini, PA (2004) *Sirolimus-eluting vs uncoated stents for prevention of restenosis in small coronary arteries - A randomized trial* JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 292(22):2727-2734 **IF₂₀₁₄=35.289** [Article] **TC_{al 31/12/2015}= 190**



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 52 Medicina e Chirurgia, a.a.2015-2016

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	204	337	451	301	260	178	178	1909

Tabella 53 Odontoiatria e Protesi dentaria, a.a.2015-2016

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	16	25	25	14	21	11	15	127

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

Corsi di Laurea Magistrale

Tabella 54 Scienze Infermieristiche e Ostetriche - Psicobiologia e Neuroscienze Cognitive, a.a. 2015-2016

Corsi di studio	Totale iscritti
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	58
PSICOBIOLOGIA E NEUROSCIENZE COGNITIVE	150
Totale	208

Corsi di Laurea Triennale

Tabella 55 Iscrizioni ai corsi di Laurea Triennale per le Professioni Sanitarie, a.a. 2015-2016

Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Totale iscritti
FISIOTERAPIA (DM270)	51	52	44	147
INFERMIERISTICA (DM270)	250	201	275	726
INFERMIERISTICA (DM509)	0	0	1	1
LOGOPEDIA (DM270)	18	14	16	48
ORTOTTICA E ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (DM270)	10	11	11	32
OSTETRICIA (DM270)	22	18	31	71
TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (DM 270)	16	15	16	47
TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (DM 509)	0	0	1	1
TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO (DM 270)	21	18	16	55
TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO (DM 509)	0	0	6	6
TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO	16	26	24	66



Corso di laurea	Iscritti 1° anno	Iscritti 2° anno	Iscritti 3° anno	Totale iscritti
(DM 270)				
TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (DM 509)	0	0	1	1
TECNICHE AUDIOPROTESICHE (DM270)	22	15	23	60
Totale	426	360	465	1261

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 2014/2015.

Tabella 56 Scuole di specializzazione, a.a. 2014-2015

Scuole di specializzazione	Residenti in PR di Parma	Residenti in Emilia-Romagna	Residenti extraregione	Totale iscritti
ANATOMIA PATOLOGICA	4	6	4	14
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	26	9	15	50
CHIRURGIA GENERALE	17	4	16	37
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	4	4	9	17
GERIATRIA	7	4	6	17
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	9	4	14	27
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	8	4	2	14
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	9	5	16	30
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	6	11	9	26
MEDICINA DEL LAVORO	12	4	3	19
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	7	9	13	29
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	8	3	4	15
MEDICINA INTERNA	13	5	9	27
NEFROLOGIA	8	4	4	16
NEUROLOGIA	7	4	4	15
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4	14	3	21
OFTALMOLOGIA	0	3	4	7
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	6	7	22
PEDIATRIA	25	6	21	52
PSICHIATRIA	12	6	6	24
RADIODIAGNOSTICA	28	10	24	62
RADIOTERAPIA	5	6	6	17
Totale	228	131	199	558

Nota: I dati, in relazione al D.M. MIUR 315 del 26 maggio 2015 modificato dal D.M. MIUR 321 del 29 maggio 2015, 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. 2015-2016 di 347.

Tabella 57 Master attivati di I e II livello, a.a. 2015-2016

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	I°	16	8	5	29
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE PER PROFESSIONI SANITARIE	I°	9	3	12	24
CASE\CARE MANAGEMENT INFERMIERISTICO E OSTETRICO IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO	I°	27	6	9	42
INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA	I°	17	5	25	47
MANAGEMENT DEL RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ALL'ASSISTENZA SANITARIA	I°	15	6	0	21
COMPETENZE AVANZATE IN INFERMIERISTICA PEDIATRICA	I°	3	3	0	6
MANAGEMENT INFERMIERISTICO DELLA CRONICITA'	I°	11	1	2	14
MEDICINA ESTETICA	II°	4	2	34	40
TERAPIA DEL DOLORE	II°	5	4	24	33
MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI	II°	15	5	9	29
CURE PALLIATIVE	II°	10	3	18	31
LASER IN ODONTOSTOMATOLOGIA - MASTER EUROPEO	II°	1	0	6	7
ORTODONZIA INTERCETTIVA	II°	1	0	4	5
IMPLANTOLOGIA	II°	0	0	3	3
CHIRURGIA E PATOLOGIA ORALE	II°	4	3	9	16
Totale		138	49	160	347

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 58 Dottorati attivi area clinica, anno 2015

Dottorato	CICLO	Residenti in Emilia-Romagna	di cui residenti in pr. di Parma	Residenti extraregione	Iscritti
BIOLOGIA DEL COMPORTAMENTO	XXVIII	0	1	2	3
BIOLOGIA E PATOLOGIA MOLECOLARE	XXVIII	2	4	0	6
FISIOPATOLOGIA RENALE E MALATTIE OSTEOMETABOLICHE	XXVIII	0	1	0	1
FISIOPATOLOGIA SISTEMICA	XXVIII	0	1	4	5
FISIOPATOLOGIA SPERIMENTALE E DIAGNOSTICA FUNZIONALE E PER IMMAGINI DEL SISTEMA CARDIO-POLMONARE	XXVIII	1	2	2	5
NEUROSCIENZE	XXVIII	1	0	2	3
SCIENZE DELLA PREVENZIONE	XXVIII	0	0	5	5
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	XXVIII	0	0	1	1
MEDICINA MOLECOLARE	XXIX XXX XXXI	3	6	14	23
NEUROSCIENZE	XXIX XXX XXXI	7	0	13	20
SCIENZE CHIRURGICHE E MICROBIOLOGIA	XXIX	1	5	12	18



Dottorato	CICLO	Residenti in Emilia- Romagna	di cui residenti in pr. di Parma	Residenti extraregione	Iscritti
APPLICATA	XXX XXXI				
SCIENZE MEDICHE	XXIX XXX XXXI	5	9	19	33
Totale		20	29	74	123

2.5 Assetto organizzativo

L'assetto aziendale al 31 dicembre 2015 per i Dipartimenti ad Attività Integrata è definito sulla base dell'Atto aziendale (delibera n. 88 del 04/04/2014) e prevede 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, nelle tavole presentate nelle pagine seguenti il personale a tempo determinato (dirigenza e comparto) è "fotografato" al 31.12.2015, 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 CHIRURGICO GENERALE e SPECIALISTICO													
Direzione Dipartimento Universitario													
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD									
				Posti Letto DS									
				Posti Letto DH									
				Posti Letto Ordinari									
				Borsisti									
				Contrattisti									
				Personale amministrativo e tecnico universitario									
				Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato									
				Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale									
				Dirigenti sanitari non medici universitari									
				Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo									
				Dirigenti medici universitari									
				Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale									
				Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo									
				Dirigenti medici SSR tempo determinato									
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale									
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD									
				Posti Letto DS									
				Posti Letto DH									
				Posti Letto Ordinari									
				Borsisti									
				Contrattisti									
				Personale amministrativo e tecnico universitario									
				Personale amministrativo e tecnico SSR tempo determinato									
				Personale amministrativo e tecnico SSR Tabella 1 conto annuale									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione universitario									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tempo determinato									
				Personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione SSR tabella 1 conto annuale									
				Dirigenti sanitari non medici universitari									
				Dirigenti medici universitari rapporto esclusivo									
				Dirigenti medici universitari									
				Dirigenti sanitari non medici SSR Tabella 1 conto annuale									
				Dirigenti medici SSR rapporto esclusivo									
				Dirigenti medici SSR tempo determinato									
				Dirigenti medici SSR Tabella 1 conto annuale									
2° Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica	4904	Unità Operativa	Universitario	8									
Cardiologia	0701/4902	Unità Operativa	Universitario	29									
Cardiologia	0801/0803/5001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	55	3								
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	1201/4701	Unità Operativa	Dirigente del SSR	15									
Chirurgia Toracica	1301	Unità Operativa	Universitario	8									
Chirurgia Vascolare	1401	Unità Operativa	Universitario	14									
Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica	0903	Unità Operativa	Universitario	21									
Clinica Chirurgica e Trapianti d'organo	0904	Unità Operativa	Universitario	19									
Clinica Ortopedica	3601	Unità Operativa	Universitario	32	2								
Maxillo-Facciale	1001	Unità Operativa	Universitario	14	1								
Neurochirurgia	3001	Unità Operativa	Dirigente del SSR	26	1								
Oculistica	3401	Unità Operativa	Universitario	4	3								
Odontostomatologia		Unità Operativa	Universitario										
Ortopedia	3602	Unità Operativa	Dirigente del SSR	32	2								
Otorinolaringoiatria e Otononeurochirurgia	3802	Unità Operativa	Universitario	22	1								
Urologia	4301	Unità Operativa	Dirigente del SSR	26	2								
Chirurgia della Cute e degli Annessi, Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica	1202	Struttura semplice dipartimentale	Universitario	4									
Coord Attività Specialistiche Ambul. Cardiologiche		Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR										
Day Surgery	9801	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR		13								
Attività Comuni Ortopedie													
Attività Comuni - Dip Chirurgico Generale e Spec													

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO																
Direzione Dipartimento				Dirigente del SSR												
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura													
				Posti Letto LD												
				Posti Letto DS												
				Posti Letto DH												
				Posti Letto Ordinari												
</																

DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA e AREA MEDICA GENERALE e SPECIALISTICA														
Direzione Dipartimento														
Dirigente del SSR														
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD	Posti Letto DS	Posti Letto DH	Posti Letto Ordinari	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
1° Anestesia e Rianimazione Gestione Interdip Siat	4901	Unità Operativa	Dirigente del SSR				14	34	1	35				
Centrale Operativa 118 - Elisoc Area Emilia Ovest		Unità Operativa	Dirigente del SSR					1		1				
Chirurgia d'Urgenza	0906	Unità Operativa	Dirigente del SSR				21	8		8				
Clinica e Immunologia Medica	2609/2610	Unità Operativa					21	3	1	4		1	1	1
Clinica e Terapia Medica	2606/2602	Unità Operativa	Universitario				38	2		2		6	6	19
Clinica Pneumologica	6801	Unità Operativa	Universitario				12	1		1		4	4	7
Dermatologia	5201	Unità Operativa	Universitario				4	2	1	2		5	4	8
Ematologia e C.T.M.O.	1801	Unità Operativa	Universitario				12	2	1	3		2	5	24
Endocrinologia		Unità Operativa	Universitario						1	1		4	4	
Fisiopatologia Respiratoria	4903	Unità Operativa					8		3	3			0	17
Malattie Infettive ed Epatologia	2401	Unità Operativa	Dirigente del SSR				31	9	15	16	3		0	30
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		10	3	13	1	0	21
Nefrologia	4801/2901	Unità Operativa	Universitario				21	3	6	6		2	2	39
Neurochirurgia - Neurotraumatologia	3002	Unità Operativa	Dirigente del SSR				14		7	7		0	0	17
Neurologia	3201	Unità Operativa	Universitario				14	2	5	5		7	7	21
Oncologia Medica	6401	Unità Operativa	Dirigente del SSR				14	20	12	12	4	0	0	34
Pneumologia ed Endoscopia Toracica	6802	Unità Operativa	Dirigente del SSR				12		5	5			0	16
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	5101	Unità Operativa	Dirigente del SSR				36		30	4	34		0	93
Semeiotica Medica	2608	Unità Operativa	Universitario				11	1	1	1		5	5	8
Centro Cefalee		Struttura semplice dipartimentale	Universitario							0		1	1	
Day Hospital Dipartimentale	0205	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR				2		1	1		0	0	8
Day Hospital Pneumologico	0203	Struttura semplice dipartimentale					8							4
Funzionalità Polmonare		Struttura semplice dipartimentale	Universitario											

DIPARTIMENTO		MATERNO-INFANTILE																		
Direzione Dipartimento		Universitario																		
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Posti Letto LD																
				Posti Letto DS																
				Posti Letto DH																
				Posti Letto Ordinari																
				Attività Comuni Dipartimento Materno-Infantile	0204	Unità Operativa					8								23	
Chirurgia Pediatrica	1101	Unità Operativa	Dirigente del SSR			8		6	1	7					11		4		1	
Clinica Pediatrica	3902	Unità Operativa			10			7	1	8	1	4	2						1	
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva		Unità Operativa	Universitario					9	1	10		2	1		20		11	1	1	
Neonatologia	6201-7301	Unità Operativa	Universitario			21		6	1	7		1	1		58	1	6			
Ostetricia e Ginecologia	3701	Unità Operativa	Universitario			43	8	7	5	8		3	3		95	10	32	1	1	5
Pediatria e Oncoematologia	6501	Unità Operativa	Dirigente del SSR			9	5	4	2	6			0		22		5	2	2	
Pediatria Generale e d'Urgenza	3904-3901	Unità Operativa	Dirigente del SSR			26		4	3	7			0		56	9	19			
Cardiologia Pediatrica		Struttura semplice dipartimentale	Universitario									1	1							
Coordinamento Attività di Day Hospital	3903	Struttura semplice dipartimentale	Dirigente del SSR					1		1			0		8		1			

DIPARTIMENTO MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO																			
Direzione Dipartimento Universitario																			
Strutture afferenti al Dipartimento	Disciplina Ministeriale	Tipo struttura	Attribuzione della Direzione della Struttura	Medico Geriatrico Riabilitativo															
				Posti Letto LD				Posti Letto DS				Posti Letto DH				Posti Letto Ordinari			

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 dalla scorsa 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.

- La programmazione sanitaria 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
- Integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca
- Nota integrativa per la relazione sulla performance 2015







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 2015 (D.G.R. 901/2015).

Dal 2008, percorsi/progetti che rispondono alla logica di integrazione dei percorsi assistenziali fra le due Aziende sanitarie della provincia 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 La programmazione sanitaria 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.

Nel corso del 2015 l'Ufficio di Presidenza della Conferenza, presieduto dal Sindaco di Parma, ha preso in esame ed espresso all'unanimità parere favorevole sia sui Bilanci di Esercizio 2014 dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria che sui Bilanci Preventivi Economici - annualità 2015 delle due Aziende. Infatti, 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 e dei programmi degli investimenti.

I lavori 2015 della CTSS hanno riguardato anche diverse altre materie fra cui: il riparto del Fondo Regionale Non Autosufficienza; i progetti relativi agli interventi di manutenzione straordinaria, come quello relativo alle facciate esterne Padiglione Maternità (con riferimento a tempi, modalità e logistica del piano di lavoro) dell'AOU; il "Protocollo d'intesa provinciale in materia di prima accoglienza ai richiedenti protezione internazionale", che vede il coinvolgimento, in un importante ed efficace lavoro di rete, della Prefettura, delle Aziende sanitarie e di altri Enti e istituzioni nonché di soggetti del terzo settore, come l'Associazione CIAC (Centro Immigrazione Asilo e Coop. Internazionale, eccetera).

Gli enti locali costituiscono, inoltre, attraverso la CTSS, un riferimento istituzionale e di confronto essenziale e imprescindibile per la definizione della programmazione, sempre nel quadro delle politiche sanitarie delineate dalla Regione.

In tale cornice, la CTSS ha accolto la proposta delle due Aziende Sanitarie di aggiornare e formulare nuove indicazioni per la programmazione sanitaria 2016-2018, in continuità con i precedenti PAL, anche grazie alla collaborazione del Gruppo Integrazione.

In particolare, l'Azienda Ospedaliera ha sottoposto alla CTSS il progetto di "Rimodulazione dell'offerta oncologica: prima ipotesi di fattibilità del Polo Oncologico integrato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma", proprio in considerazione della forte valenza prospettica di tale progettualità che è partita dall'analisi delle proiezioni epidemiologiche dei prossimi anni e del crescente fabbisogno di risorse adeguate a trattare la patologia neoplastica.



Infine, sono state condivise con la Conferenza le iniziative organizzate per la ricorrenza dei 100 anni della posa della prima pietra dell'Ospedale a padiglioni (già presentate in altre parti del volume, cfr. in particolare i capitoli 2 e 5) il cui punto culminante è stato il convegno *"L'ospedale diffuso oltre i confini del luogo"*, che si è tenuto il 31 ottobre 2015 e ha portato in primo piano la riflessione sulla sanità di domani recuperando i valori dell'accoglienza e coniugando l'alta complessità tecnologica della cura con la prossimità al paziente e alla sua famiglia. Il focus del convegno è stata la rete dei servizi ospedalieri, fatta di decentralizzazione e integrazione delle attività di cura.

Trasparenza e integrità: principi di riferimento della programmazione e dell'agire aziendale

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 si sviluppa e si orienta l'azione di governo dell'Azienda.

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 2015, 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 2015-2016-2017 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 2015 gli obiettivi dei Referenti e del Responsabile della Trasparenza sono stati:

- partecipazione alle iniziative delle "Giornate per la Trasparenza";
- svolgimento delle attività per l'implementazione e l'attuazione del Programma triennale per la trasparenza

Risultati raggiunti

- E' stata organizzata la Giornata per la Trasparenza 2015, svolta in collaborazione con l'Azienda USL di Parma e l'Università degli Studi di Parma. L'iniziativa, che si è tenuta il 3/12/2015 presso il locale Ateneo, ha visto la partecipazione oltre che dei referenti aziendali, anche di numerosi dipendenti, utenti, cittadini, istituzioni, associazioni e ha illustrato le azioni realizzate per garantire trasparenza e correttezza nei procedimenti delle rispettive gestioni amministrative, non solo in adempimento degli obblighi normativi in materia ma anche per contribuire alla promozione di una cultura di legalità ed etica pubblica.
- È stato effettuato costantemente nel corso dell'anno 2015 da parte del Responsabile Aziendale per la Trasparenza, in stretta collaborazione con il Settore Comunicazione ed il RPC, il monitoraggio del sito Web, cui sono seguiti incontri mirati con i referenti dei Servizi interessati.
- Si è tenuto il 20/05/2015 un corso di Formazione in materia di Legalità e Trasparenza nel Sistema di Affidamento dei Contratti Pubblici, rivolto ai Dirigenti Medici, Dirigenti Amministrativi, Direttori UUOO e Servizi,
- La verifica effettuata dall'OIV regionale in ordine all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2015 è avvenuta in data 24/02/2016 con esito positivo.

Disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (PTPC 2015-2017)

Attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (d'ora in poi *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

Con l'aggiornamento del PTPC 2015-2017, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha provveduto ad applicare quanto in esso contenuto migliorando ed implementando il precedente PTPC 2014-2016 in ordine a: gestione del rischio (valutazione-ponderazione e trattamento del rischio delle aree riconducibili all'art.1 comma 16 della L.190/2012); mappatura di ulteriori aree a rischio del settore Sanità; adozione del Piano Formativo per la promozione della prevenzione della corruzione e realizzazione dei percorsi formativi dal medesimo previsto; coordinamento del PTPC con i documenti di programmazione aziendale; avvio del percorso sulla tutela del segnalante (whistleblower); introduzione di misure di prevenzione ulteriori; adozione di Regolamenti, al fine di rendere maggiormente trasparente l'organizzazione aziendale; intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio unitamente alle iniziative riorganizzative interne di coordinamento delle attività di controllo, con l'utilizzo del "Sistema CERPA" per il controllo dei certificati giudiziali.

Il livello di attuazione si considera pertanto buono anche in ragione del fatto che non si sono riscontrate irregolarità. Soddisfacente, nonostante permangano difficoltà nel coinvolgimento, è il raccordo con i Direttori dei Servizi Amministrativi e Tecnici per l'acquisizione dei monitoraggi delle misure implementate.

3.2 Universalità ed equità di accesso

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero

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, 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 di specialistica ambulatoriale. In applicazione alla DGR 1056/2015 è stato nominato il Responsabile Unitario interaziendale dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali; è stato effettuato un monitoraggio quotidiano delle prestazioni di specialistica ambulatoriale finalizzato al contenimento di tempi di attesa negli standard previsti dalla Regione: 30 giorni per le visite, 60 giorni per esami strumentali. Sono state inoltre attivate azioni di miglioramento per **facilitare l'accesso ai cittadini** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: utilizzo di tutti i canali di prenotazione (sportello CUP, Numero Verde, telefono, CUPWEB, PDA, Ambulatori, farmacie, Patronati) previsti dalla DGR 748/2011 e riconfermati dalla DGR 1056/2015. Per rendere uniformi le modalità di prenotazione delle Aziende sanitarie, è stato attivato, realizzando l'adeguata formazione del personale dedicato, il Call Center del numero verde per le prenotazioni telefoniche con la possibilità di prenotare tutte le tipologie di prestazioni di primo accesso e le urgenze ove non in accesso diretto; prenotazioni on-line tramite CUPWEB, applicativo accessibile a tutti i cittadini che consente di verificare disponibilità e tempi di attesa, di prenotare e disdire o spostare appuntamenti per le prestazioni sanitarie. Come previsto dalla DGR 1056/2015 le prestazioni di II livello e i controlli sono stati resi prenotabili con presa in carico diretta da parte della struttura, senza che il paziente debba ripassare dal CUP territoriale per la prenotazione. Attivato inoltre l'accesso diretto per gli esami di laboratorio. Nel corso del 2015 è stata avviata l'apertura di ambulatori specialistici anche nelle giornate del sabato.

Al fine di garantire un miglioramento della semplificazione e facilitazione dei percorsi e delle potenzialità di completamento diagnostico in ambito ambulatoriale, sono stati attivati i seguenti percorsi **DSA 1 e DSA 2**: DSA per patologie geriatriche; DSA per patologie oncoginecologiche; DSA per malattie dell'apparato gastrointestinale; DSA per nodulo tiroideo; DSA per Endometriosi; DSA per calcolosi renoureterale dell'adulto e del bambino. Avviati anche un percorso per il trattamento del dolore pelvico e un percorso multidisciplinare interaziendale con il coinvolgimento dei MMG per il trattamento delle patologie tiroidee. Attivati inoltre PDTA Tumore della Prostata e PDTA Oncologia Toracica. Si è provveduto nel corso dell'anno al monitoraggio dei DSA e dei percorsi e, attraverso l'analisi del flusso della specialistica ambulatoriale, alla rilevazione dell'attività erogata.



Sono stati garantiti i **volumi di attività** concordati nell'Accordo di fornitura con l'Azienda USL per soddisfare il fabbisogno territoriale, attraverso la rimodulazione dell'offerta di prestazioni programmate, urgenze differibili e urgenze h 24.

Per garantire i tempi di attesa entro gli standard regionali si è provveduto ad attivare delle **agende di garanzia** sulle specialità che presentavano maggiori criticità. Anche nel corso dell'anno 2015 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 DGR 1035/2009, DGR 220/2011 e DGR 1414/2012,
- le prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (DGR 1108/2011) al fine di disincentivare i ricoveri di Day Surgery ad alto rischio inappropriatezza,
- l'applicazione di quanto previsto dalla DGR 704/2013 per la diagnostica per immagini, con particolare riferimento a RM e TAC osteo-articolari.

Sono stati attivati alcuni percorsi interaziendali che vedono coinvolti gli specialisti territoriali ed ospedalieri delle discipline di riferimento con lo scopo di facilitare la presa in carico e la possibilità di completamento diagnostico:

Pneumologia: è attiva una rete clinica interaziendale di specialisti pneumologi che presidia la continuità assistenziale ospedale-territorio nei pazienti dimessi con ossigenoterapia domiciliare.

Endocrinologia: è stato iniziato un percorso interaziendale di presa in carico per la gestione clinica integrata tra specialisti ospedalieri e territoriali e MMG al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa rivolto a pazienti con patologia tiroidea.

Diabetologia: è presente un percorso condiviso tra specialisti territoriali ed ospedalieri con la finalità di stabilire le modalità di passaggio ai diversi setting aziendali.

Neurologia: è stato istituito il "Polo Neurologico Interaziendale" a valenza provinciale con l'indicazione di principali percorsi clinico-assistenziali interaziendali della specialità di riferimento.

L'Azienda ha continuato, anche nel corso dell'anno 2015, l'opera di sensibilizzazione, di attivazione e utilizzo del **Fascicolo Sanitario Elettronico** (FSE), punto di dialogo tra il cittadino e le strutture sanitarie che semplifica l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato in ogni momento del percorso, attraverso la facilitazione all'accesso ai vari servizi sanitari ed alla semplificazione della gestione documentale. L'inserimento dei referti all'interno del FSE ha consentito di sostituire la tradizionale consegna degli stessi in versione cartacea.

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 corso del 2015 ha provveduto ad un monitoraggio costante e alla verifica del corretto utilizzo delle ricette dematerializzate.

Ricoveri programmati

Nel corso del 2015 sono state intraprese azioni mirate a facilitare l'accesso alle prestazioni di **ricovero ospedaliero programmato**, sia in ambito chirurgico che internistico.

Nell'area chirurgica sono state messe in campo azioni che hanno riguardato: controlli mensili delle liste d'attesa per patologia oncologica di classe di priorità A; programmazione degli interventi chirurgici durante incontri settimanali multidisciplinari dei professionisti, con la partecipazione anche della Direzione; valutazione della casistica chirurgica, con attribuzione di "sale flessibili" alle unità operative a più alto rischio di sfioramento dei tempi di attesa; implementazione dei controlli sui pazienti in attesa di ricovero; interventi di pulizia delle liste d'attesa; diffusione alle UU.OO. della situazione delle liste d'attesa con specifica dei casi di sfioramento all'interno di ogni classe di priorità.

In ambito internistico, è stato formalizzato il protocollo aziendale per il ricovero dei pazienti programmati in Cardiologia, con un miglioramento della trasparenza e dell'efficienza delle prestazioni, con riduzione dei tempi medi d'attesa.



Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto

Percorso nascita

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Obiettivi

- 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 AOU e AUSL
- 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
- Implementazione di percorsi per aumentare la sicurezza del parto
- Adesione ai programmi regionali sulla natimortalità
- Consolidamento dell'offerta del trattamento del dolore in travaglio farmacologico e non
- 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

- Presa in carico della gravidanza presso il termine, tra la 36^a e 38^a settimana, sulla base di una check list tesa a identificare correttamente le gravidanze a basso rischio, con suddivisione di competenze tra presa in carico della gravidanza in ambulatori differenziati: a gestione ostetrica per la gravidanza a basso rischio; 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.
- 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.
- Attivazione di gestione del travaglio a basso rischio a responsabilità ostetrica.
- Nell'ambito del programma di appropriatezza di ricorso al taglio cesareo è stato attivato presso UOC Ginecologia e Ostetricia dell'AOU 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 sono stati attivati: un percorso AOU di gestione della emorragia ostetrica massiva, in collaborazione con Centro Trasfusionale e Anestesisti dedicati alla UOC Ostetricia e Ginecologia e il percorso Taglio Cesareo in Emergenza autorizzato dalla Direzione Sanitaria AOU Parma che rende possibile, nelle condizioni di emergenza previste dal protocollo, la esecuzione di taglio cesareo in un box della Sala Parto appositamente predisposto alla trasformazione in sala di emergenza.
- L'adesione al programma regionale di audit sulla natimortalità ha portato all'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.
- Consolidamento dell'offerta della Partoanalgesia farmacologica (offerta di parto analgesia h 24 presso l'AO e l'ospedale di Vaio) e condivisione interaziendale del percorso informativo sul sostegno farmacologico e non farmacologico del dolore in travaglio di parto, anche attraverso la riorganizzazione di Corsi di preparazione alla nascita, traduzione multilingue del consenso informato alla parto analgesia.
- Adesione alle iniziative regionali della SAM (settimana mondiale dell'allattamento): Flash mob dell'allattamento organizzato in varie sedi provinciali, convegno a Parma su tematiche inerenti l'allattamento materno.
- Elaborazione di procedura concordata con centri spoke per la attivazione del trasporto materno (STAM).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Procedura per vaccinazione per rosolia e varicella.
- Sensibilizzazione sulla vaccinazione anti-influenzale.
- Miglioramento del processo assistenziale alla induzione del travaglio di parto attraverso percorsi condivisi.



Rete e percorsi cardiologici

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Obiettivi

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 2015 sono state trasmesse dalle postazioni mobili territoriali del 118 all'Unità Coronarica dell'AOU di Parma 1980 teletrasmissioni, di cui 108 sono esitate in un'angioplastica primaria in emergenza, dal territorio direttamente alla sala di emodinamica, il 53% di tutte le angioplastiche primarie. In totale nel 2015 dall'AOU di Parma sono state eseguite 205 angioplastiche primarie in emergenza. Nell'anno 2015 è continuata la teletrasmissione mediante rete cellulare con trasmissione dei dati totalmente per via telematica.

Dalla tabella sotto riportata si evidenzia nell'ambito delle tempistiche di intervento dell'angioplastica coronarica nell'infarto miocardico STEMI e NO-STEMI, un risultato superiore alla media regionale per gli Stemi (71,18% vs 62,54), mentre per quanto riguarda gli infarti no Stemi un risultato di poco inferiore alla media regionale (23,13 vs 23,72), ma in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

Nel 2015 è stato organizzato un evento con sede a Parma sul tema del modello di Hub e Spoke nell'ambito della rete provinciale, che ha avviato una rivisitazione dei criteri di accesso e della tipologia e modalità di percorsi tra gli Spoke periferici e la struttura Hub. Questo processo ha permesso una maggiore integrazione tra i diversi livelli della rete.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

E' in corso la condivisione dei percorsi in area vasta Emilia Nord dell'interventistica strutturale, di cui AOU di Parma è centro Hub.

Alla fine del 2015 è iniziata la Riorganizzazione dell'U.O. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera, tutt'ora in corso, in conformità con l'evoluzione della disciplina, con l'ampio sviluppo dell'interventistica, nonché degli indirizzi internazionali, nazionali e regionali (DGR 1056/2015) in tema di rispetto dei tempi d'attesa per l'attività ambulatoriale, nonché di riorganizzazione della rete ospedaliera (DM 70/2015). Si è agito sui seguenti ambiti:

- 1) Strutturale.
- 2) Istituzione del pre-ricovero per il ricovero programmato di pazienti da sottoporre a procedure di emodinamica ed elettrofisiologia interventistica.
- 3) Incremento della trasparenza delle liste d'attesa per procedure interventistiche.
- 4) Facilitazione dell'integrazione dei singoli gruppi all'interno della U.O. Cardiologia e con le altre strutture aziendali, incoraggiando l'istituzione di team multidisciplinari per la presa in carico del paziente come l'Heart-Team proposto dall'equipe di Emodinamica
- 5) favorire l'integrazione tra i professionisti dell'Ospedale e del Territorio.

Coerentemente con le indicazioni del documento "Le reti per le emergenze ed urgenze cardiologiche" dell'Emilia Romagna del 2014, si sta concordando un protocollo per l'esecuzione in service di procedure coronarografiche presso AOU-PR per pazienti con IMA senza persistente sovrallivellamento del tratto ST, ricoverati presso il P.O. di Fidenza – San Secondo secondo l'organizzazione a reti Hub e Spoke.

Operativamente, è prevista la collaborazione tra centri Hub e Spoke mediante la condivisione di protocolli omogenei nei vari territori di riferimento in relazione a: stratificazione del rischio; indicazioni sulla strategia invasiva o conservativa; caratteristiche cliniche dei pazienti; dotazione strumentale e clinical competences. Tale nuovo protocollo provinciale dovrebbe apportare miglioramenti nelle tempistiche di angioplastiche STEMI e non STEMI.

Sono stati implementati i posti letto in UTIC (+4), al fine di aumentare l'offerta assistenziale nei pazienti cardiologici acuti. Sono in corso di consolidamento i percorsi provinciali inerenti la riabilitazione cardiologica.

L'implementazione dell'integrazione con gli altri ospedali della provincia nell'ambito del protocollo di coronarografie e angioplastiche in service si propone anche di ridurre la mobilità passiva provinciale.



AOU di Parma	Proporzione di NO STEMI(410.71) trattati con Angioplastica coronarica percutanea trasluminale(PTCA) entro 48H					Proporzione di STEMI trattati con Angioplastica coronarica percutanea trasluminale(PTCA) entro 48H				
	NO STEMI	N° casi trattati con PTCA	N° casi trattati con PTCA entro 48H	% PTCA entro le 48H	% Regionale di Riferimento Anno 2013	STEMI	N° casi trattati con PTCA	N° casi trattati con PTCA entro 48H	% PTCA entro le 48H	% Regionale di Riferimento Anno 2013
Anno 2014	510	261	96	18,82%	23,72%	218	168	153	70,18%	62,54%
Anno 2015	480	230	111	23,13%	23,72%	170	130	121	71,18%	62,54%

Gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco e prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Obiettivo di mandato della Regione Emilia e Romagna e delle Aziende Sanitarie regionali è rappresentato da una gestione delle malattie croniche come scompenso cardiaco, diabete, BPCO, che ponga al centro del sistema il paziente e consenta un approccio assistenziale integrato secondo il modello della presa in carico da parte di un gruppo multiprofessionale e con una pianificazione del follow up.

La prevenzione delle patologie cardiovascolari a partire da attività di medicina di iniziativa dei Nuclei di Cure Primarie è essenziale per garantire alti livelli di salute e ridurre l'incidenza di cronicità in futuro.

Risultati raggiunti

Nel corso del 2015 è proseguito il consolidamento del percorso di gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco (applicazione della DGR 1598/11) attraverso l'incremento dei pazienti presi in carico nelle Case della Salute (Parma, Colorno, San Secondo) e l'integrazione clinica ed organizzativa con le attività di DH dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e del Presidio Ospedaliero di Fidenza.

È stato attivato un ambulatorio infermieristico delle cronicità nella Casa della Salute di Colorno.

Prosegue l'attività del gruppo di lavoro per la Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica in preparazione della somministrazione della Carta del rischio cardiovascolare in quattro Case della Salute (Colorno, Collecchio, Busseto, Bedonia).

È stato impostato un programma informatico di gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco in grado di garantire la disponibilità di un data base dedicato e di offrire a questi pazienti uno strumento di medicina proattiva, con pianificazione di visite, esami, controlli strumentali e condivisione di tutte le informazioni tra i professionisti del team.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Elencazione sintetica delle azioni che stanno per essere messe in campo nel breve periodo:

- Apertura dell'ambulatorio Scompenso presso la Casa della Salute di Langhirano.
- Apertura del Centro di prevenzione Cardiovascolare presso la Casa della Salute Parma Centro.
- Utilizzo del programma informatico dello scompenso nelle Case della Salute.

Eventuali problematiche riscontrate

Difficoltà che si frappongono allo sviluppo di talune azioni presenti nel programma: permangono difficoltà logistiche e diaframmi culturali che rallentano la costruzione della rete su tutto il territorio provinciale

Percorso diabetologico e gestione integrata del diabete

Il percorso diabetologico in Azienda Ospedaliera

Nel corso del 2015 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 12.033 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.

Inoltre, sono state eseguite 2.924 visite ambulatoriali nell'ambito della diagnosi e terapia del piede diabetico.

E' proseguita l'integrazione tra gli specialisti diabetologi dell'AOU e i Medici di Medicina Generale per la "gestione integrata del diabete" (di cui al paragrafo successivo). Nel 2015, sono 102 i pazienti, che per caratteristiche cliniche non richiedono un ricorso sistematico allo specialista, presi in carico in "gestione integrata" dal proprio Medico di Medicina Generale.

E' proseguita, da parte del team infermieristico, l'attività di consulenza presso le strutture di ricovero dell'AOU non espressamente dedicate al trattamento del diabete, per la dimissione protetta dei pazienti ricoverati in Azienda. Tale attività è finalizzata all'educazione e addestramento all'automonitoraggio glicemico domiciliare e alla somministrazione di insulina: nel 2015 sono state registrate 250 consulenze infermieristiche.

E' proseguita la collaborazione con la U.O. Ostetricia e Ginecologia, nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici per il diabete gestazionale e per il diabete pre-gestazionale; nel 2015 sono state infatti seguite 226 donne gravide.

Gestione Integrata del paziente affetto da Diabete tipo 2

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 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.

Il Registro Provinciale di Patologia diabetica nella provincia di Parma registra al dicembre 2015 un totale di 29.496 pazienti diabetici su una popolazione residente di 445.451, pari al 6,62 % della popolazione; di questi 15.640 uomini e 13.856 donne.

La percentuale di diabetici sale con il progredire dell'età ed è pari al 21,7% se si considera la fascia di popolazione residente con età > a 75 anni.

Sono 1.816 i nuovi entrati nel registro rispetto al 2014, con un'incidenza rispetto alla popolazione residente pari allo 0,40 %; usciti 1.785 pazienti, 1.592 per exitus e 193 per trasferimento.

Sono 4.906 i pazienti seguiti con il percorso della gestione integrata in condivisione fra le strutture diabetologiche e i MMG della provincia di Parma.

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.

Partecipazione agli screening oncologici

L'Azienda partecipa alle attività di screening per il tumore del colon-retto, della mammella e del collo dell'utero, fornendo attività di II e III livello per pazienti che devono effettuare supplementi di indagine o sottoporsi a trattamento o intervento chirurgico in esito agli esami effettuati nel corso dello screening.

L'obiettivo di salute del programma di screening del colon-retto è rappresentato dalla diminuzione dell'incidenza dei tumori del colon retto attraverso un'azione congiunta di prevenzione e diagnosi precoce da un lato e di riduzione delle disuguaglianze dall'altro.

Nel primo trimestre del 2015 è stato completato da parte dell'AUSL di Parma il round 2013-2014 e, a partire dall'aprile 2015, ha preso inizio il nuovo round 2015-2016; è stata rispettata la tempistica dei round precedenti cercando in alcuni casi di anticipare il coinvolgimento di alcuni comuni. Al 31 dicembre 2015 sono stati effettuati circa 38.000 inviti, risultato in linea con il migliore dato degli ultimi anni.



I dati ufficiali inviati dalla Regione ad oggi si riferiscono alla rilevazione puntuale al 30/06/2015 (Inviti al 30/06/2015 - Adesione al 30/11/2015) e mostrano un'estensione degli inviti pari al 79,5 e un'adesione del 56,9% (media RER 54,5%).

All'interno di questo percorso l'AOU esegue per lo screening del colon-retto attività come II livello. Nel 2015 sono state eseguite n. 551 colonscopie da screening presso l'Azienda.

Con riferimento in particolare al tumore alla mammella, la collaborazione tra Servizio di screening dell'AUSL e Servizi dell'AO avviene sia a livello diagnostico, attraverso le microbiopsie eseguite presso il Centro Senologico, che chirurgico.

Inoltre una volta la settimana la discussione multidisciplinare dei casi clinici rappresenta un momento di confronto fondamentale fra tutti i professionisti che si occupano di diagnosi e terapia del tumore della mammella.

La tabella sottostante riassume i dati relativi all'attività del mammotome.

2015	327 mammotome effettuati di cui 103 con richiesta pervenuta dallo Screening (93 sotto guida mammografica e 10 ecoguidati)
2014	320 mammotome effettuati di cui 119 con richiesta pervenuta dallo Screening (102 sotto guida mammografica e 17 ecoguidati)
2013	322 mammotome effettuati di cui 135 con richiesta pervenuta dallo Screening (113 sotto guida mammografica e 22 ecoguidati)

Allo screening del tumore del collo dell'utero l'Azienda partecipa con il servizio di colposcopia e patologia cervico-vulvo-vaginale, ambulatorio dedicato a:

- inquadramento e trattamento della paziente positiva allo screening per il tumore del collo dell'utero o con diagnosi istologica di patologia displastica cervicale, vaginale o vulvare;
- inquadramento e trattamento della paziente con condilomatosi cervico- vagino- vulvo-perineale;
- inquadramento e trattamento della paziente con patologia non displastica cervico-vulvo-vaginale;
- follow-up pazienti trattate presso in AOU o che richiedano la presa in carico dopo aver effettuato il trattamento presso altra struttura.

Prestazioni eseguite:

- colposcopia/vulvosopia con eventuale biopsia;
- pap test di secondo livello;
- conizzazione o escissione della cervice uterina mediante ansa diatermica o lama fredda;
- diatermocoagulazione, biopsia o escissione del tratto cervico- vaginale e vulvare.

L'Azienda offre attività di II livello e III livello (approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up) rispetto al Servizio di Screening della AUSL di Parma.

La collaborazione con il Servizio di Screening della AUSL permette di garantire una importante continuità assistenziale alle pazienti, inserite in un percorso ben codificato, che riduce il rischio di non trattamento, di trattamento improprio e/o di perdita al follow-up.

Attività 2015:

Colposcopie (totale)	403
di cui Colposcopie - nuovi ingressi	210
Biopsie intracolposcopiche	23
Pap test secondo livello	356
Vulvoscopie	38
Conizzazioni in regime ambulatoriale	90
Conizzazioni in regime Day Surgery	19
Diatermocoagulazioni in regime ambulatoriale	17
Diatermocoagulazioni in regime Day Surgery	11
Biopsie vulvari in regime ambulatoriale	51
Biopsie vulvari in regime Day Surgery	9

N.B. circa il 70% dei nuovi ingressi proviene dallo Screening.



Assistenza odontoiatrica

Il rinnovamento della Odontostomatologia ospedaliera

Nel febbraio 2015 è stata inaugurata una nuova sede della struttura complessa di Odontostomatologia (sede divenuta operativa nel mese successivo), con nuovi arredi e tecnologie sanitarie.

La struttura è 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 accoglienza - front office, stanze lavoro medici e infermieri, sala riunioni 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. Le funzionalità del sistema RIS-PACS, che gestisce il flusso dei dati legati ai pazienti, consente anche di gestire la ricetta dematerializzata ed il processo di refertazione digitale.

Assistenza odontoiatrica provinciale

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.

Nell'anno 2015 è stato attivato il contratto con il Raggruppamento Temporaneo di Imprese, aggiudicatario della gara per la fornitura di protesi odontoiatriche e apparecchi ortodontici.

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2015 riguardanti le persone trattate nell'ambito territoriale di erogazione delle cure.

Anno 2015	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Conservativa	3.168	690	256	1.862	1.928	7.904
Ortodonzia	72	135	n.e.	2	108	317
Protesica	521	217	62	278	48	1126
Solo visite	4.683	1.972	470	1.561	8.704	17.390
TOTALE	8.444	3.014	788	3.703	10.788	26.737
Solo urgenze	1.134	67	2	48	2.433	3.684
Altre prestazioni programma	428	231	77	334	1.276	2.346
TOTALE COMPLESSIVO	10.006	3.312	867	4.085	14.497	32.767



Anno 2015	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
ISEE 1 reddito <= 8.000	2.057	493	148	624	498	3.820
ISEE2 > 8.000 e <= 12.500	345	108	35	96	87	671
ISEE3 > 12.500 e <= 15.000	103	33	10	39	36	221
ISEE 4 > 15.000 e <= 20.000	127	41	14	43	57	282
ISEE 5 > 20.001 e <= 22.500	77	7	6	18	529	637
TOTALE	2.709	682	213	820	1.207	5.631

Vulnerabilità sanitaria	Distretto Parma	Distretto Fidenza	Distretto Sud-Est	Distretto Valli TC	Azienda Osped.	TOTALE
Anno 2015	192	72	17	84	510	875

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'assistenza odontoiatrica nell'anno 2015 erogati presso le strutture private accreditate:

CENTRO ACCR. PETRELLI	822
STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO VERGIATI - BERGONZI	337

Le raccomandazioni ministeriali per la prevenzione della salute orale

È stato pubblicato nei primi mesi del 2015 il documento "Indicazioni per la promozione della salute orale nelle scuole secondarie" elaborato da un gruppo di esperti, al quale ha partecipato la Direttrice della U.O. di Odontostomatologia dell'Azienda.

Tale documento intende fornire una serie di indicazioni basate sulle migliori evidenze scientifiche, quale supporto per i docenti che intendano affrontare con gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado il tema della prevenzione delle patologie del cavo orale.

Hanno partecipato alla redazione di questo documento esperti del mondo istituzionale, accademico, libero-professionale e delle Società scientifiche.

Seguendo le indicazioni dell'OMS, il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", promosso dal Ministero della Salute si propone di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione, agendo sui principali fattori di rischio.

"Guadagnare salute" si configura come una strategia per promuovere la salute come bene collettivo, con integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli. La promozione della salute orale rientra a pieno titolo tra gli obiettivi di "Guadagnare salute" e molte delle misure di prevenzione nel campo della "oral health", si possono considerare utili in termini di promozione della salute globale dell'individuo.

Azioni in ambito ICT

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

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

Rilevazione TDA (MAPS2)

Nel secondo semestre 2015 è stato adeguato l'applicativo CUP provinciale al fine di ottemperare alle richieste di tracciabilità della prima disponibilità, di gestione delle disdette e al fine di arrivare al completo allineamento tra CUP provinciale e CUPWEB regionale in merito alla gestione dell'offerta sottoposta a monitoraggio TDA. Sono stati anche effettuati i necessari adeguamenti delle integrazioni tra CUP provinciale e CUPWEB regionale al fine di garantire il corretto funzionamento della APP regionale di gestione delle prenotazioni.



Appropriatezza prescrittiva

Sono continuate le attività di monitoraggio e adeguamento della procedura di analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica dei MMG/PLS. Gli ultimi risultati sono esposti nei dati forniti dall'Osservatorio dei TDA.

			N. RICETTE APPROPRIATE	N. RICETTE TOTALI	% RICETTE APPROPRIATE SU TOTALI
Criterio	Unità di analisi	Periodo analizzato	TOTALE	TOTALE	TOTALE
DGR 704/13	Ricette MMG/PLS	2014-2015	1.539	3.368	45,69%

Sono rimasti attivi i tavoli con le altre Aziende di AVEN, sia organizzativi che tecnici, che hanno permesso e permetteranno una evoluzione comune del sistema in AVEN.

Presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute

Nel 2015 è stato progettato il percorso di presa in carico e gestione dei pazienti con scompenso cardiaco. Il progetto si è svolto in collaborazione con le Aziende Usl di Reggio Emilia e Modena e ha visto l'implementazione dei sistemi di gestione dei percorsi, la loro integrazione con i moduli di prescrizione ricetta informatizzata, CUP, Dossier aziendale, FSE e la configurazione per una gestione multi-disciplinare del paziente (MMG, Specialista, Infermiere). Il progetto verrà attivato presso la Casa della Salute di Colorno.

Parallelamente è stato sviluppato, in collaborazione con il Servizio Controllo di Gestione AUSL, un datawarehouse delle case della salute per l'analisi della produttività.

Prescrizione dematerializzata

Il progetto di dematerializzazione della ricetta è stato perseguito, in continuità rispetto a quanto pianificato negli anni precedenti 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.

AOUPR è risultata essere nel corso del 2015 l'azienda ospedaliera con il maggior numero di ricette dematerializzate in regione sia in ambito specialistico che farmaceutico. Si sottolinea che l'applicativo di prescrizione è unico a livello provinciale.

Figura 1 Dati AOU Parma (specialisti)

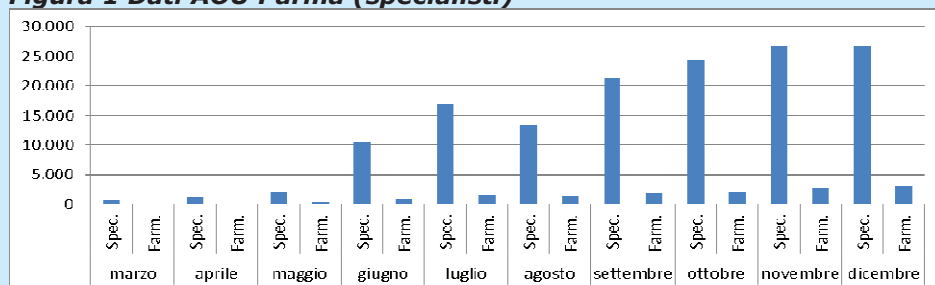
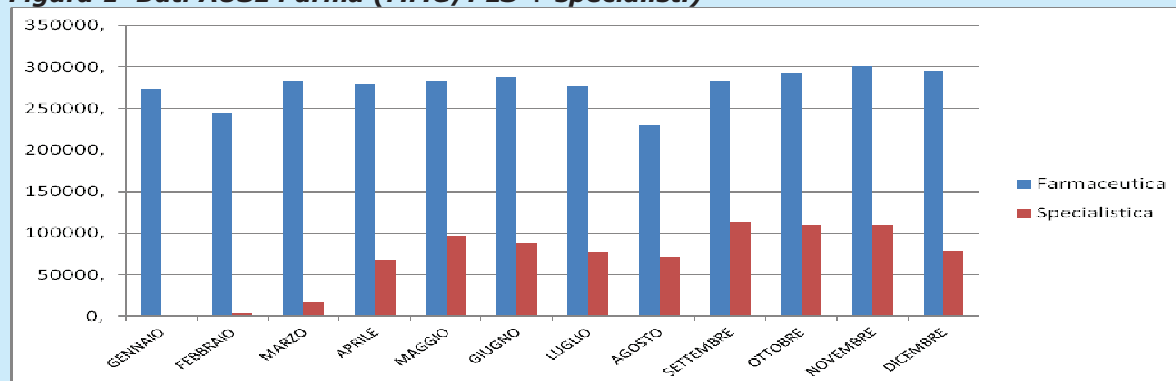


Figura 1 Dati AUSL Parma (MMG/PLS + specialisti)





Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Relativamente alla promozione del Fascicolo Sanitario Elettronico l'Azienda Ospedaliera ha 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.

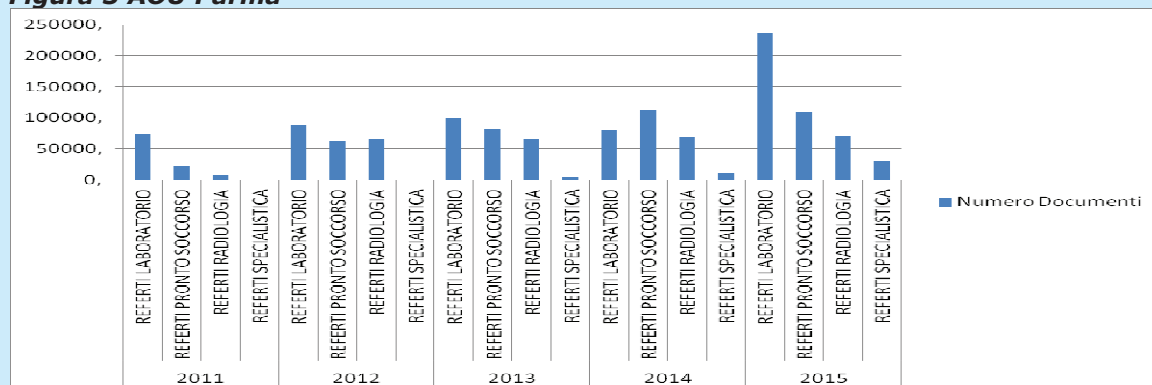
Anche allo scopo di favorire la diffusione del FSE si è perseguito l'obiettivo di aumentare i volumi di invio dei documenti sanitari. Presso l'Azienda USL si è proceduto (anche in ottemperanza all'obiettivo di adeguare le infrastrutture tecnologiche relative ai servizi di refertazione digitale all'invio del referto digitale su prestazione di diagnostica per immagini a SOLE) ad attivare la refertazione ambulatoriale aziendale per le endoscopie, le ecografie e gli ECG, integrando la strumentazione elettromedicale (dove necessario sostituendo postazioni tecnologicamente non adeguate).

I volumi possono essere di seguito riassunti:

Per l'Azienda Ospedaliera

Documento	2011	2012	2013	2014	2015
Pronto Soccorso	24.648	62.597	81.177	112.967	109.290
Laboratorio	72.571	81.060	87.966	79.814	237.167
Radiologia	7.034	65.497	66.592	69.000	69.690
Specialistica	0	55	3.636	11.930	29.993
Lettera di Dimissione	233	1.584	4.792	25.195	35.183

Figura 3 AOU Parma



Per l'Azienda Usi

Documento	2011	2012	2013	2014	2015
REFERTI LABORATORIO	47.815	53.122	56.129	59.908	147.688
REFERTI PRONTO SOCCORSO	3.168	24.124	28.017	38.236	36.133
REFERTI RADIOLOGIA	23.231	87.598	90.700	93.667	91.710
REFERTI SPECIALISTICA	12.945	64.263	130.501	182.528	234.449
LETTERA DI DIMISSIONE	-	-	1.990	10.478	10.771



Figura 4 AUSL Parma

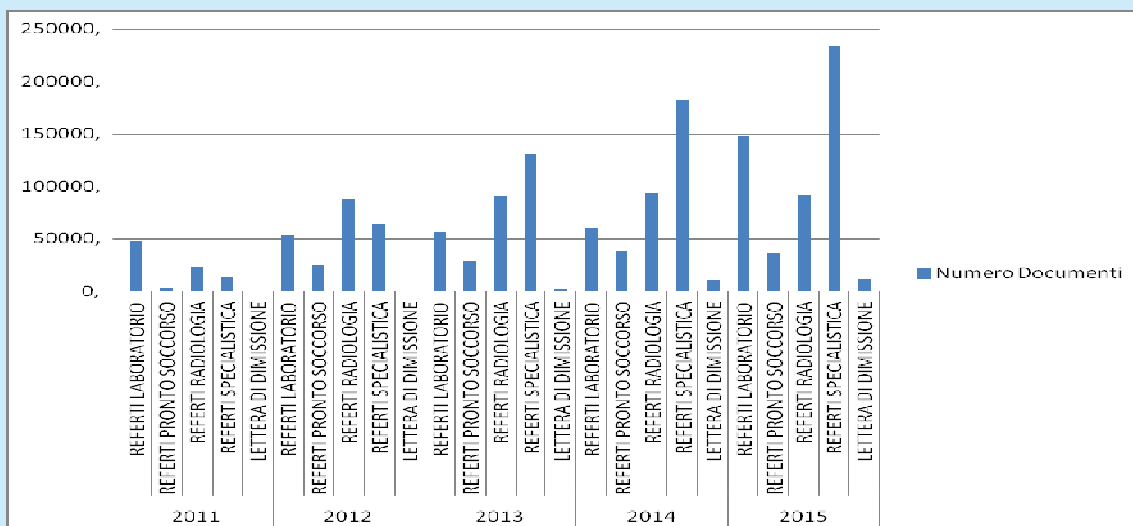
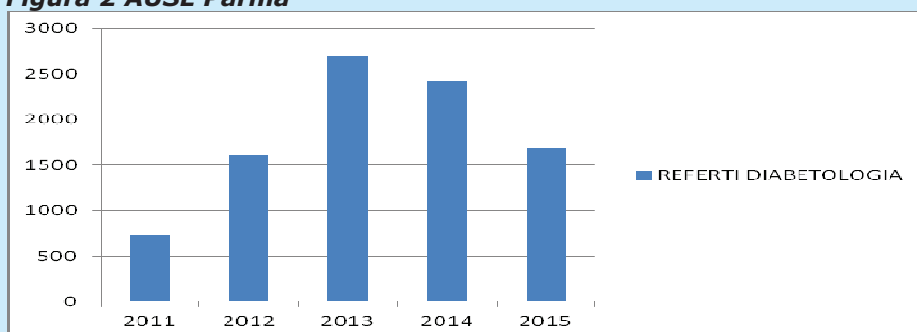


Figura 2 AUSL Parma



Anagrafe Regionale Assistiti (ARA)

In Azienda USL di Parma si è provveduto ad attivare l'anagrafe MPI dei contatti. La procedura informatica è la medesima per le due Aziende della provincia.

Fatturazione elettronica

Il sistema amministrativo contabile, in corso di migrazione a fine 2015, è stato adeguato tramite interventi puntuali al fine di rispondere ai dettami della DGR 287/2015 permettendo l'emissione e la ricezione della fattura elettronica.

Progetti AOU

In ambito ICT il 2015 è stato caratterizzato dalla forte innovazione che il dossier sanitario elettronico ha portato all'interno dell'Azienda come sistema di condivisione delle informazioni sui paziente ed in particolare sulla loro storia clinica aziendale. Oltre all'adozione di uno specifico regolamento discendente dalle linee guida AVEN il dossier sanitario elettronico ha visto l'inserimento dei referti di area radiologica, del laboratorio infettivi, degli ambulatori di ematologia, urologia e nefrologia. È stata inoltre avviata la nuova sala server aziendale ed il correlato intervento di ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica retrostante ai principali sistemi informatici aziendali.

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 l'attività svolte per consolidare la qualità dei flussi ASA, SDO e della farmaceutica. Rispetto all'obiettivo di realizzare un sistema informatizzato unitario per la gestione delle risorse umane, le aziende hanno partecipato ai gruppi di lavoro e di definizione dei requisiti.



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.

I contenuti presentati in questa sezione non possono considerarsi esaustivi del tema trattato che, peraltro, è fortemente correlato con quanto presentato nelle altre sezioni del capitolo e in particolare nel paragrafo che precede, che interpreta la centralità e l'orientamento al cittadino dal punto di vista dei diritti rappresentati dai valori di equità e universalità di accesso che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Continuità assistenziale

Nel corso del 2015 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, congiuntamente alla Azienda Sanitaria territoriale, ha intrapreso un percorso di rafforzamento dell'integrazione tra i professionisti relativamente allo sviluppo di programmi e percorsi di intervento sui pazienti fragili e cronici.

Finalità della progettualità è la definizione di un "patto tra professionisti" inteso a promuovere la presa in carico globale della persona, con l'intento di superare, con riferimento specificamente a cronicità e fragilità, la riduttività del termine paziente che porta a concentrare l'attenzione sul singolo evento patologico e non sul benessere complessivo della persona; in un certo senso si tratta di sperimentare "un modello di medicina personalizzata in ambito clinico-organizzativo".

Le attività hanno preso le mosse da un convegno, organizzato il 10/11/2015, dal titolo "L'integrazione tra i professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma: conoscere la rete e programmare gli interventi" in seguito al quale sono stati costituiti gruppi di lavoro interaziendali con riferimento a tre distinte aree tematiche:

1. **Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi proattivi di carattere sanitario e sociosanitario**, per valutare i principali determinanti connessi al rischio di ospedalizzazione dei pazienti fragili.
2. **Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio**. L'intento è quello di individuare gli elementi critici che rendono difficoltosa la continuità assistenziale fra ospedale e territorio.
3. **Attuazione di percorsi integrati fra Servizi territoriali/ospedalieri e Case residenziali per anziani finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria ridurre il rischio di ospedalizzazione**. L'obiettivo è quello di individuare modalità di relazione tra Enti e Professionisti al fine di garantire i migliori livelli assistenziali in area residenziale atti a prevenire l'ospedalizzazione.

Il lavoro dei gruppi interaziendali svolge il suo mandato nel 2016, l'esito degli approfondimenti e delle proposte di intervento sarà sviluppato a partire dalla seconda parte dell'anno.

Progetto di riorganizzazione delle attività di accoglienza e orientamento

L'attenzione all'accoglienza, al comfort e all'orientamento è fondamentale per consolidare un'immagine positiva dell'Azienda che deve rispondere a logiche organizzative che ruotano attorno all'assistito e alle sue esigenze. Tale principio ha ancora più rilievo in un'area ospedaliera vasta e suddivisa per padiglioni, come quella dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nella quale non è semplice "districarsi" nemmeno per gli addetti ai lavori. Inoltre, le difficoltà aumentano se si pensa ai diversi interventi di ristrutturazione, con conseguenti trasferimenti e traslochi.

Per queste ragioni, **la riorganizzazione dell'attività di accoglienza e orientamento** è stata ritenuta come uno dei campi d'azione prioritari, all'interno del complessivo "Progetto Accoglienza".

L'orientamento negli spazi ospedalieri è percepito come critico da molti cittadini (spesso anziani) che, muovendosi all'interno della struttura, dimostrano un alto livello di disorientamento ed impiegano tempi non congrui per raggiungere i vari servizi assistenziali.



Il servizio nel dettaglio

L'Azienda ha avviato il progetto di accoglienza e orientamento con la collaborazione delle Associazioni AUSER e Ciac allo scopo di facilitare i percorsi e gli spostamenti dell'utenza all'interno della struttura sanitaria attraverso informazioni chiare ed immediate da trasmettere ai cittadini (utenti e visitatori) aiutandoli a orientarsi e accompagnandoli, quando necessario, verso la destinazione richiesta.

Inoltre, il gruppo di volontari presidia attivamente anche l'orientamento dell'utenza a seguito di trasloco di servizi e svolge un'importante funzione di presidio attivo di numerose aree ospedaliere finalizzato a garantire maggior vigilanza.

A tal fine è stato costituito un gruppo di progetto tra il personale aziendale appartenente ad attività che svolgono funzioni di front office e le associazioni impegnate nella realizzazione del progetto. Il gruppo pianifica l'evoluzione del servizio e verifica sistematicamente le criticità, oltre ad occuparsi di formazione continua degli operatori.

Sono circa 35 i volontari, che vengono affiancati dagli operatori dei Punti Informativi e dei Punti di Accoglienza dell'Azienda e che sono distribuiti nelle seguenti aree:

A. Punto di primo orientamento e presidio del parcheggio esterno (ingresso di via Volturmo)

Da Giugno 2015 nel parcheggio dell'Azienda in via Volturmo è stato attivato un presidio informativo gestito dai volontari dell'AUSER al fine di dissuadere il fenomeno dei parcheggiatori abusivi, che da alcuni mesi interessava la zona.

I volontari sono presenti dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 suddivisi in due turni tra mattina e pomeriggio ed hanno il compito di fornire supporto e informazioni agli utenti che parcheggiano nell'area.

Inoltre, da Ottobre 2015 questo presidio è stato rafforzato attraverso l'installazione di una casetta in legno climatizzata che permette di aumentare la visibilità del punto informativo oltre a fornire idoneo riparo ai volontari nei periodi più freddi e in quelli più caldi. Il presidio presente ha consentito di contrastare il fenomeno dei parcheggiatori abusivi oltre che di intercettare i primi bisogni informativi dell'utenza che accede all'ospedale attraverso i parcheggi.

B. Rete itinerante presso l'area del "Poliblocco"

Da Marzo 2016 il personale volontario è distribuito all'interno dell'area ospedaliera e opera su un percorso definito che rappresenta le principali criticità in termini di orientamento, fornendo informazioni e segnalando eventuali criticità al gruppo di riferimento aziendale.

I volontari interessati nell'orientamento presso punti mobili sono a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 con turni così articolati:

- 2 coordinatori mattina o pomeriggio,
- 3 volontari di mattina,
- 2 volontari di pomeriggio.

I principali punti interessati riguardano il presidio di ciascun piano del nuovo poliblocco aziendale:

- Piano Terra: Postazione presso l'ingresso radiologia (percorso coperto: dal Punto di Accoglienza - PdA Radiologia al PdA Ortopedia);
- Primo Piano: Postazione presso il PdA Cardiologia (percorso coperto: dal corridoio dell'endoscopia al Area ambulatoriale chirurgica);
- Secondo Piano: Postazione presso Hall snodo tra Padiglione Ortopedia e Padiglione Centro del Cuore (percorso coperto: snodo tra ala Est e ala Ovest e ingresso via Volturmo).

C. Presidi fissi

Questi nuovi volontari si aggiungono a quelli storicamente presenti presso aree fisse e con fasce orarie differenziate che rappresentano snodi critici e ad elevata affluenza:

- **Poliambulatori** (dal lunedì al venerdì 7.30-12.00 e 17.00-19.00, il sabato 7.30-12.00);
- **Centro Servizi/Distribuzione diretta farmaci** (dal lunedì al venerdì 13.00-17.00, il sabato 8.00-12.00);
- **Ambulatori chirurgici** (dal lunedì al venerdì 13.30-19.00, il sabato 8.00-12.00)

Attuazione

La fase di istituzione di ogni area coinvolta, periodicamente svolta, ha riguardato i seguenti aspetti:

- Definizione del servizio e mappatura delle competenze effettuata dal "gruppo progettuale";
- Formazione del personale volontario svolta in incontri di gruppo con il gruppo progettuale e dai Coordinatori;
- Formazione dei volontari sul campo attraverso l'affiancamento con i coordinatori del servizio;



- Verifica periodica da parte dei coordinatori al fine di comprendere eventuali necessità di revisione del servizio.

Promozione della partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti

Nel corso dell'anno 2015, il Comitato Consultivo Misto – CCM, con la Direzione Aziendale, ha affrontato l'argomento relativo agli accessi ospedalieri per il superamento delle barriere architettoniche residuali con il coinvolgimento dei componenti del CCM e di alcuni volontari. Sono stati effettuati sopralluoghi, con l'aiuto anche di un Medico di Direzione Sanitaria, nei diversi padiglioni sia all'esterno che all'interno per verificare eventuali criticità per le persone disabili, da cui è scaturito un documento di sintesi in cui sono state indicate anche le soluzioni alle criticità riscontrate.

Il CCM ha collaborato, su invito della Direzione Generale, ad organizzare le diverse manifestazioni in occasione dell'Anniversario di 100 anni dalla Posa della Prima Pietra del Nuovo Ospedale. E' stata data grande visibilità al contributo del CCM sia sul materiale divulgativo che sulla stampa. Anche l'organizzazione della Mostra Fotografica allestita al padiglione Torre Medicine e il convegno storico ha visto la fattiva partecipazione del CCM.

Ha sicuramente mantenuto costante l'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.

In particolare:

- il Direttore del Pronto Soccorso ha presentato una relazione su "Il limite della Medicina come nuova dimensione etica e culturale";
- un Dirigente Medico del Centro per la Terapia del Dolore ha illustrato la legge 38/2010, legge che garantisce l'accesso del paziente alle cure palliative ed alla terapia del dolore.

Rispetto delle differenze e osservatorio sull'equità

Implementazione degli strumenti di Equity Audit

In linea con le indicazioni dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Equità & Diversità, l'Azienda ha istituito un gruppo di lavoro a supporto delle attività aziendali legate all'Health Equity Audit (HEA).

Il gruppo di lavoro ha individuato come tematica "Le cadute nell'anziano". La fragilità e l'equilibrio instabile sono tra i determinanti delle cadute nell'anziano, che in letteratura sono correlate a tassi di mortalità e morbidità elevati, limitazione della mobilità e all'ingresso prematuro in strutture residenziali. Molti fattori, oltre a quelli clinici, possono influenzare il fenomeno e richiedere una revisione di interventi, servizi e iniziative che hanno la possibilità di ridurre le iniquità identificate dal profilo.

Il gruppo di Professionisti dell'Azienda è stato coinvolto nel percorso formativo promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (Ciclo di workshop 2014-2015, composto da 3 incontri mirati a fornire un supporto pratico alle Aziende per l'avvio e la realizzazione di un HEA).

Alcuni dati inerenti l'accesso del paziente anziano per caduta al Pronto Soccorso di Parma e al Pronto Soccorso di Vaio sono già stati studiati dall'Azienda.

Oltre al tema delle cadute nell'anziano è stata anche individuata, come area di priorità, l'obesità nell'infanzia.

Bando nazionale Bollini Rosa - ONDA 2016-2017

L'Azienda ha partecipato, nel 2015, con diverse strutture specialistiche, al Bando Nazionale Bollini Rosa 2016-2017.

Le Strutture e servizi coinvolti sono: Neonatologia, Endocrinologia, Dietologia Nutrizione clinica, Diabetologia, Neurologia, Reumatologia, Prevenzione Oncologica, Senologia, Medicina della riproduzione, Violenza donne, Servizi accoglienza, Ginecologia e Ostetricia, Cardiologia, Oncologia.

Il programma Bollini Rosa di O.N.Da, Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, 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.

L'Azienda ha conseguito, per la seconda volta, **3 Bollini Rosa**, massimo riconoscimento, con validità dal 1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2017 ed è parte del network di ospedali premiati che riservano



un'attenzione particolare ai servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali patologie femminili, grazie all'esperienza, professionalità e dedizione dei professionisti.

Oltre al raggiungimento dell'obiettivo, a seguito della premiazione 2014-2015, l'Azienda è stata invitata a partecipare a tre eventi:

- Giornata Nazionale del Solievo (31 maggio 2015): l'Azienda ha dedicato alla tematica una settimana intera. Sono stati consegnati da parte di ONDA i materiali informativi per la promozione di questa iniziativa.
- Nello spazio EXPO Milano (28 settembre) l'Azienda ha partecipato con una relazione nell'ambito del workshop sul tema "Alimentazione nei cicli vitali della donna".
- *Open Month sulla salute della donna* -mese di ottobre- l'Azienda ha dedicato una giornata alla sensibilizzazione e informazione sulle patologie femminili correlate direttamente o indirettamente alla sfera alimentare.

Contrasto alla violenza

Nel corso del 2015 è stato istituito un Gruppo di Lavoro multiprofessionale e multidisciplinare per la redazione di una procedura aziendale "Gestione dei minori vittime di maltrattamento e abuso".

Il Gruppo di lavoro, oltre ai professionisti dell'area del governo clinico, ha visto la partecipazione dei seguenti professionisti: Presidente CUG, Medico Legale, Pediatra, Responsabile SS Percorso Nascita, Servizio Assistenziale, Direttore Pronto Soccorso, Assistente Sociale.

La procedura descrive il percorso assistenziale e medico-legale in ambito ospedaliero in caso di sospetto maltrattamento/abuso sul minore. Il percorso, che inizia con l'accesso del minore 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. Gli obiettivi della procedura sono di facilitare l'accesso ai servizi da parte del minore vittima di maltrattamento/abuso e della sua famiglia, integrare i Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con i Servizi Territoriali e il Servizio Sanitario stesso nelle sue articolazioni con il Servizio Sociale.

La Procedura è stata redatta dai professionisti e nel 2016 ulteriormente divulgata agli ambiti organizzativi interessati.

La medicina delle differenze

La "gender question", cioè l'attenzione verso le problematiche femminili nei vari ambiti della vita sociale, professionale e sanitaria è stato, anche nel 2015, oggetto di approfondimento e riflessione nell'ambito del convegno "Salute al femminile dall'organizzazione del lavoro alla prevenzione socio-sanitaria: un percorso possibile", rivolto ai dipendenti degli enti coinvolti, agli operatori sanitari e sociali, ai docenti e studenti dell'Università e alla cittadinanza. L'evento è stato organizzato dal Coordinamento dei Comitati Unici di Garanzia (CUG), che comprende i CUG di Ausl, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Provincia e Comune di Parma, Università e AIPo.

L'iniziativa è stata l'occasione per presentare la legge regionale del giugno 2014 sulle pari opportunità, ed ha promosso una riflessione sul tema della conciliazione tra lavoro e impegni familiari e personali e proposto un focus sulla prevenzione della salute sessuale e riproduttiva delle donne e sui diritti di tutti gli individui di controllare le proprie scelte sessuali e riproduttive, di salvaguardare la propria integrità e dignità e la libertà dalla violenza e dalla coercizione.

Promozione e tutela della salute negli Istituti penitenziari

Per il 2015, 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.

Nel 2015 presso l'Unità Operativa di Medicina Interna sezione Detenuti sono stati effettuati 106 ricoveri in regime di degenza ordinaria, il 9% in meno rispetto all'anno precedente. La degenza media è stata pari a 10,27 ed è aumentata del 25% rispetto all'anno 2014. Il tasso di occupazione è stato del 75% rispetto al 65% del 2014.



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.

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Nell'ambito del percorso per la prevenzione e cura delle patologie metaboliche, nel 2015 sono stati effettuate 247 prime valutazioni di pazienti obesi, in occasione delle quali il paziente viene valutato da un punto di vista antropometrico, nutrizionale e psicologico, oltre ad un'analisi inerente la presenza di patologie obesità-correlate. Circa il 70% dei pazienti è di sesso femminile e l'età media complessiva è di 43 anni. L'approccio multidisciplinare e la coordinazione con altri percorsi di cura attinenti costituiscono un valore aggiunto alla cura di tale patologia.

I soggetti obesi vengono inviati dal Medico di Medicina Generale o dal Centro del Sonno, all'interno del PDT delle apnee notturne. La presa in carico di tali pazienti vede l'effettuazione, nei primi sei mesi, di una visita mensile, successivamente, una visita ogni 3 mesi. Nel 2015 sono state registrate 1.496 visite internistiche di controllo per obesità.

I pazienti grandi obesi, con un BMI >40 kg/m², che costituiscono il 30% degli obesi in carico, in caso di fallimento delle cure nutrizionali e/o mediche, vengono riesaminati, in prospettiva di una terapia chirurgica dell'obesità, dopo opportuna valutazione e idoneità psichica e chirurgica.

E' in corso la predisposizione di una più stretta collaborazione con l'Ambulatorio di Dietetica e Counselling Nutrizionale e la Medicina dello Sport dell'azienda AUSL, attraverso l'elaborazione di un percorso clinico-organizzativo condiviso.

Anche nel 2015 è proseguita l'attività educativa svolta dall'AOU nell'ambito della prevenzione di malattie metaboliche croniche, mediante l'adesione a iniziative informative sulle patologie metaboliche nella giornata dell'Obesità e del Diabete Mellito. Inoltre l'Azienda ha promosso la Obesity Week, una settimana dedicata ad "Alimentazione, salute e cultura", che coinvolge sia la Sanità della provincia di Parma (AOU e AUSL), che altre professioni socio-sanitarie, al fine di dare una risposta adeguata al problema dell'obesità. Sul tema della prevenzione è presente un paragrafo sulla "Prevenzione delle cadute nei pazienti fragili" nella sezione "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale - Sicurezza delle cure e qualità".

Cure palliative

Il dolore quale sindrome multidimensionale e cronica rappresenta una sfida per la società poiché origina un significativo e progressivo deterioramento delle capacità funzionali e relazionali nelle attività di vita quotidiana dei pazienti a casa come al lavoro.

I Medici di Medicina Generale sono i professionisti primariamente e principalmente consultati, tuttavia occorre considerare che il dolore richiede un approccio multidisciplinare e multi-professionale e la presa in carico globale di questi pazienti, che non può essere garantita da un solo professionista.

Una presa in carico efficace si fonda essenzialmente su alcuni fattori principali quali:

1. il lavoro d'équipe pluri-disciplinare e pluri-professionale (includendo medici, infermieri, psicologi);
2. la competenza dei professionisti sanitari nell'ambito del dolore, competenza assicurata grazie alla formazione universitaria ma anche grazie agli scambi tra professionisti esperti;
3. il tempo necessario alla valutazione del paziente, l'individuazione dei programmi di cura e la loro coordinazione;
4. la possibilità d'accogliere il paziente in un luogo dedicato che permetta di svolgere il programma di cura tenendo conto delle diverse tipologie di trattamento e setting adeguati.

Presso l'AOU i concetti associati al dolore, quali ad esempio "esperienza soggettiva", "componente affettivo-cognitiva", "miglioramento delle abilità comunicative (con impatto analgesico indiretto)" sono riferimenti essenziali del processo di cura, non solo in quanto adempimenti normativi. Ad oggi ogni reparto prevede un referente infermieristico e/o medico garante dei livelli e delle modalità di rilevazione del dolore: valutazione trasversale e continua del dolore a tutti i pazienti, promuovendo la loro partecipazione attiva dacché il successo del trattamento dipende sì dall'équipe ma il ruolo più importante spetta al paziente. La persona è al centro di un sistema di cure che da continuità ai valori che da sempre hanno caratterizzato la presa in carico del dolore: un lavoro di rete all'insegna della multiprofessionalità e interprofessionalità in stretto collegamento con i MMG e dove l'assistenza infermieristica costituisce un importante anello di congiunzione tra medici e pazienti.



Presso il Centro terapia del dolore (centro hub di riferimento regionale per l'Emilia-Romagna) le terapie antalgiche sono sempre più qualificate e sempre meglio definite in termini organizzativi, esercitando un attivo coinvolgimento e consapevolezza dei pazienti e dei loro familiari e/o caregiver finalizzato alla gestione del dolore e alla prevenzione delle complicanze.

Il Centro terapia del dolore, con 6 ambulatori, 6 posti letto dedicati, 2 sale operatorie e un progetto di ricerca farmaco-genomica, che ha ricevuto fondi dalla Commissione Europea, esegue oltre 16 mila prestazioni all'anno in favore dei pazienti affetti da dolore cronico. L'innovativo progetto di ricerca farmaco-genomica sul mal di schiena nell'ambito del 7th Framework Programme for Research, rappresenta, peraltro, un impegno continuo nella formazione del personale.

Il Centro di terapia del dolore in grado di gestire anche i casi più complessi, ponendosi all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la riabilitazione del dolore cronico, risponde in modo completo ai requisiti previsti dalla legge 38/2010, rappresentando così il massimo grado di assistenza terapeutica e offre la possibilità di un'indagine esaustiva con l'impiego di metodi diagnostici e strumentali d'avanguardia.

E' solo grazie a questi presupposti che è possibile elaborare insieme al paziente un approccio terapeutico che tenga conto degli aspetti personali della complessità dei suoi dolori, gettando altresì le basi per una buona motivazione nei confronti della terapia. Questo fa sì che il paziente sia in grado di assumere un ruolo attivo nella messa in atto della terapia, fattore indispensabile al successo della stessa.

Le colonne portanti di una reale e riuscita presa in carico del dolore sono: diagnostica specialistica esaustiva, imperniata sui sintomi; una valutazione dei risultati condotta in seno ad équipe multidisciplinari; un ruolo attivo del paziente nel progetto terapeutico elaborato insieme.

I professionisti riuniscono in modo ottimale le conoscenze specialistiche, facendo in modo che vengano trattati tutti gli aspetti della sfera vitale del paziente colpito da dolore cronico. L'obiettivo consiste nel migliorare non solo le limitazioni fisiche ma anche le concatenate sequele psichiche e sociali.

Il Comitato Ospedale Territorio Senza dolore è saldamente ancorato alla filosofia sopra esposta e per mantenere negli anni una continuità formativa, arricchita con sempre nuove proposte, nel maggio 2015 ha preparato una maratona di eventi formativi con un programma di alto livello, che ha rappresentato l'occasione di numerosi scambi e fruttuosi confronti. Sono state utilizzate metodologie di tipo narrativo a partire da sollecitazioni letterarie e cinematografiche al fine di esercitare un efficace intervento sulle life skill delle persone, dei professionisti della salute e di tutti gli attori che partecipano alla presa in carico del paziente, in una logica di multidisciplinarietà, continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria.

La maratona formativa sul dolore è servita anche a introdurre contributi educativi per poter migliorare l'attenzione alle variabili psico/antropologiche dei pazienti, per riconoscere le risposte emotive dei professionisti nei rapporti con i pazienti e con i colleghi. Sono stati trattati argomenti riguardanti l'accoglienza del paziente non solo rispetto al suo corpo malato ma come persona con la sua intera identità, individuale, familiare, sociale, relazionale, emotiva e storica.

Progetti aziendali dedicati al tema del fine vita

Progetto C.A.P.O.

Il Progetto di **C**ontinuità **A**ssistenziale del **P**aziente **O**ncologico (CAPO), iniziato nel 2011, 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. Hanno riguardato principalmente pazienti che avevano interrotto il programma di terapia attiva per progressione di malattia e/o condizioni cliniche generali, e in minor misura pazienti in trattamento per tossicità da farmaci antitumorali o nuove terapie target.

Questa modalità di presa in carico del paziente ha portato ad una migliore gestione e controllo dei sintomi di fine vita, evitato accessi impropri sia presso il Day Hospital dell'U.O. di Oncologia Medica che presso il Pronto Soccorso, con conseguente riduzione di ricoveri e disagio per i pazienti e i loro familiari, e una riduzione sempre maggiore del numero di decessi avvenuti in ambito ospedaliero garantendo un percorso di fine vita a domicilio o in alternativa presso hospice, a seconda delle volontà del paziente e della famiglia.

La continuità assistenziale del paziente così garantita ha prodotto due importanti effetti:

- una migliore qualità di vita e la riduzione delle difficoltà da parte dei pazienti ad accettare il termine dei trattamenti oncologici attivi;
- una migliore gestione delle tossicità da terapie oncologiche (chemioterapia e terapie target).



Nel 2015 i nuovi pazienti presi in carico sono stati 75 (erano stati 21 nel 2012; 33 nel 2013; 46 nel 2014) con oltre 284 visite mediche complessive e 600 accessi infermieristici, 47 da parte della fisioterapista e 14 da parte dello psicologo. Le prestazioni erogate a domicilio sono state: visite specialistiche, terapie di supporto e nutrizionali parenterali, prelievi, medicazioni, paracentesi, posizionamento di pompe infusive di morfina.

Sono stati 53 i decessi di pazienti presi in carico, 26 erano a domicilio, 6 in hospice, 21 in ospedale.

Raccomandazione per le buone pratiche nel processo di comunicazione del decesso di un familiare

Rispetto al tema della comunicazione del decesso è stato promosso un percorso di sensibilizzazione, che ha previsto l'attivazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale per elaborare un documento in grado di fornire strumenti di aiuto finalizzati alle buone pratiche nel processo di comunicazione, riconoscendo a tale processo tutta la sua fondamentale importanza.

Il gruppo è stato composto da clinici, operanti sia nell'ambito pediatrico che dell'adulto, una psicologa, un'infermiera, Responsabile URP, Medico legale, Medico di Direzione Sanitaria.

La raccomandazione elaborata è stata presentata in due incontri formativi svolti in data 14 e 20 ottobre 2015 rivolti ad un totale di 50 tra medici e infermieri dell'Azienda con un buon gradimento dell'iniziativa.

Il documento è stato diffuso a tutti i Direttori e Coordinatori delle UOC, SSD e SSUO dell'Azienda e pubblicato nella pagina intranet Direzione-> Governo Clinico, Gestione del Rischio, Qualità e Accreditamento -> Sistemi di valutazione, percorsi & buone pratiche -> Buone Pratiche.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Sicurezza delle cure e qualità

Applicare le Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e aderire ai monitoraggi

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda si è impegnata nella diffusione delle Raccomandazioni Nazionali e Regionali per la sicurezza delle cure, proponendo momenti di formazione, elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone Pratiche e Procedure aziendali.

L'AOU PR ha sempre partecipato al Monitoraggio Nazionale (AGENAS) sulle Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico e ai Monitoraggi Regionali.

Nel corso del 2015, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, dopo aver strutturato uno specifico Questionario sul tema delle Raccomandazioni per la sicurezza ha proceduto all'effettuazione di una indagine rivolta a tutte le unità operative dell'AOU PR.

L'indagine, rivolta ai Direttori e Coordinatori, si poneva i seguenti obiettivi:

- analizzare lo stato dell'arte circa l'applicabilità, la rilevanza e l'applicazione di ciascuna Raccomandazione all'interno delle strutture;
- valutare se gli interventi formativi promossi per la diffusione delle specifiche Raccomandazioni, abbiano avuto ricadute nella pratica clinica assistenziale;
- verificare se gli strumenti messi a disposizione per la diffusione dei contenuti delle specifiche Raccomandazioni, siano effettivamente ritenuti complessivamente utili;
- individuare proposte di miglioramento per aumentare la cultura della sicurezza in Azienda.

Il numero di questionari pervenuti è stato 86 ed è in corso l'elaborazione dei dati.

Sicurezza della Terapia Trasfusionale

Nel corso del 2015, la "Scheda Trasfusione" per la sicurezza del processo trasfusionale è stata presentata al Comitato Buon Uso del sangue e diffusa a tutte le UU.OO. dell'Azienda.

La scheda per la Sicurezza del Processo Trasfusionale per seguire e guidare i professionisti dalla richiesta ai controlli post-trasfusione è stata strutturata, nel corso del 2014, a seguito di una FMEA/FMECA. Lo strumento è stato, in una prima fase, diffuso alle UU.OO. sperimentatrici e presentato al 41° Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale (SIMTI) e ha ricevuto il Riconoscimento Scientifico SIMTI per il miglior lavoro presentato sull'argomento "Rischio Clinico" con la seguente motivazione: "coniugando una grafica efficace con contenuti metodologicamente corretti descrive l'applicazione di uno strumento



semplice ma potenzialmente molto efficace come la check list pre-trasfusionale allo scopo di abbattere l'errore nella somministrazione degli emocomponenti".

Lo strumento è stato diffuso in tutta l'Azienda mediante momenti di formazione ECM specifici. Governo Clinico "Nuovi Strumenti di gestione del rischio: le Buone Pratiche per la sicurezza del Processo Trasfusionale" (6 corsi aziendali, 428 partecipanti).

L'analisi dei dati dell'indagine aziendale sul tema delle Raccomandazioni Ministeriali e sugli strumenti attualmente in uso, permetterà di raccogliere dai professionisti ulteriori informazioni e proposte di miglioramento anche sulla sicurezza di questo processo.

Eventi Sentinella

In linea con il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (ES) del Ministero della Salute e con le indicazioni regionali che prevedono l'invio delle schede SIMES A e B relative agli ES alla Regione e da questa al Ministero della Salute, nel corso del periodo 2010-2015 l'Azienda ha segnalato complessivi 14 ES.

Il tema degli Eventi critici, mediatici e sentinella è stato discusso dal Gruppo di Lavoro Aziendale e nel 2014 è stata elaborata e diffusa in Azienda la Procedura aziendale P017 "Gestione degli Eventi Critici Mediatici e Sentinella", che disciplina questo specifico tema della gestione del rischio.

Nel corso del 2015 sono stati segnalati 3 Eventi Sentinella, tutti relativi a eventi di caduta accidentale. Gli ES sono stati analizzati con i professionisti interessati al caso, utilizzando la tecnica del Significant Event Audit.

Tale tecnica della gestione del rischio è stata anche oggetto di specifici corsi di formazione aziendali (n° 3 corsi realizzati con metodologia interattiva a piccoli gruppi con analisi di casi e adozione di azioni di miglioramento) al fine di permetterne una ampia diffusione tesa al suo utilizzo, sia a seguito di eventi negativi che positivi.

Armonizzazione le funzioni del Rischio Clinico e Gestione dei Sinistri

In Azienda, la funzione Gestione del Rischio Clinico ha sempre collaborato attivamente con il Settore Medico Legale al fine di promuovere interventi in linea con quanto previsto dalle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali per la sicurezza delle cure e con quanto emerso dalle segnalazioni dei Cittadini.

In particolare il Settore medico Legale dell'AOUPR ha sempre partecipato attivamente ai Gruppi di lavoro Multiprofessionali attivati per la programmazione degli interventi aziendali sulla promozione della sicurezza delle cure (procedure aziendali, strumenti informativi, formazione specifica sui temi previsti dalle Raccomandazioni per la gestione del rischio).

Inoltre, nel Piano Programma Gestione del Rischio dell'AOUPR un capitolo è stato dedicato alla Gestione dei Sinistri e un capitolo alla documentazione sanitaria. L'armonizzazione delle funzioni è in corso e si esplicita con la partecipazione al CVS e alla collaborazione fornita dalla funzione aziendale di gestione del rischio sui casi segnalati.

Sicurezza in Sala Operatoria – Check List di sala operatoria (SOS.net)

Il progetto SOS.net è stato introdotto presso le Chirurgie Generali e Specialistiche dell'AOUPR fin dal 2011.

L'uso della SSCL nella pratica chirurgica è documentato attraverso l'utilizzo di un database dedicato correlato al registro operatorio. L'inserimento dei dati relativi alle SSCL (A e B) viene svolto dai professionisti delle singole unità operative chirurgiche.

Si conferma che l'Azienda ha sempre partecipato al monitoraggio regionale del Progetto SOS.net mediante la compilazione del questionario predisposto dal Ministero della Salute, relativo alla sicurezza in sala operatoria e sulla adozione della SSCL.

Si precisa, inoltre, che nel corso del 2012, grazie al contributo attivo dei professionisti, è stata sperimentata e poi introdotta a regime una check list semplificata e integrata alla documentazione del paziente nei 5 Ambulatori Chirurgici della Day Surgery. Questa esperienza, che si è mantenuta negli anni, a nostro avviso rappresenta una tappa fondamentale per la sicurezza del paziente nel percorso di chirurgia ambulatoriale.

Per tale motivazione l'esperienza della check list in chirurgia ambulatoriale è stata presentata nell'ambito della Call for good practice 2015, promossa da Agenas.

Grazie al contributo dei professionisti dell'area cardiologica interventistica, nel corso del 2015, sono stati elaborati e messi in uso ulteriori due strumenti integrati alla documentazione clinica del paziente: check list in Emodinamica e check list in Elettrofisiologia. Tali strumenti non sono attualmente informatizzati.



Nel corso del 2015 è stato, inoltre, attivato un tavolo aziendale per l'adozione di un nuovo programma informatizzato per l'attività chirurgica.

L'analisi dei dati dell'indagine aziendale sul tema delle Raccomandazioni Ministeriali sugli strumenti attualmente in uso, comprensiva anche del tema della sicurezza nel processo chirurgico, permetterà di raccogliere ulteriori informazioni e proposte di miglioramento sulla sicurezza dei processi chirurgici.

Prevenzione delle cadute

La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale da anni è alta l'attenzione dell'Azienda. In linea con le indicazioni Nazionali (Raccomandazione n. 13 Ministero Salute 2012) e Regionali, fin dal 2012, l'AOUPR ha attivato un Gruppo di lavoro Aziendale Multiprofessionale sulla prevenzione delle cadute grazie al quale, nel tempo, sono stati elaborati e diffusi in tutta l'Azienda i seguenti strumenti:

- Scheda di rilevazione Cadute - Incident Reporting (per il monitoraggio del fenomeno);
- Poster sulla Prevenzione delle cadute in Ospedale (per la sensibilizzazione dei pazienti e caregiver);
- Brochure informativa (rivolta ai pazienti e ai caregiver);
- Come Fare per n. 6 Prevenzione delle cadute (per gli operatori dell'Azienda);
- Procedura P015AOUPR Prevenzione e gestione delle cadute.

Tali strumenti, diffusi in tutta l'Azienda, sono fruibili, come tutti i documenti della gestione del rischio, nella Intranet Aziendale nella pagina della Gestione del Rischio.

Nel Piano Programma Gestione del Rischio dell'AOUPR un capitolo è stato dedicato alla prevenzione del fenomeno caduta e all'analisi dei dati relativi al primo periodo di osservazione.

Questa esperienza è stata presentata a livello regionale e ha contribuito alla definizione di buone prassi regionali, nazionali e internazionali (AGENAS 2012; FIASO, 2013; 22° Conferenza Internazionale HPH – Ospedali per la Promozione della Salute – World Health Organization, Barcellona 2014).

Grazie alla diffusione delle Schede di rilevazione Caduta – Incident Reporting e alla sensibilizzazione effettuata, il fenomeno caduta è stato monitorato nel tempo.

Nel corso del 2015 si è rilevato un decremento generale del fenomeno caduta (1.0 vs 0.7) ed in particolare nel Dipartimento Medico Geriatrico-Riabilitativo si è evidenziata la maggiore diminuzione del fenomeno (2.2 vs 1.2).

Al fine di promuovere l'utilizzo degli strumenti elaborati per la sensibilizzazione dei professionisti e per i cittadini, formare il personale dell'Azienda sulle indicazioni specifiche e condividere eventuali ulteriori proposte sono stati promossi interventi di formazione mirati alla prevenzione del fenomeno cadute. In sintesi, negli anni 2013-2015, sono state realizzate 9 edizioni del Corso Aziendale "Governo Clinico – Gestione del Rischio – Raccomandazioni Ministeriali – Il fenomeno cadute in Ospedale: si può fare di più?". Il Corso ECM, che ha coinvolto complessivamente 284 professionisti, è stato realizzato con metodologia interattiva a piccoli gruppi con analisi di casi e simulazioni finalizzate alle azioni da mettere in campo per la prevenzione delle cadute dei pazienti degenti.

La Direzione dell'AOUPR ha comunicato, così come richiesto, alla Direzione Presidi Ospedalieri della Regione Emilia Romagna i nominativi di due professionisti dell'AOUPR per la partecipazione ai lavori Regionali sul tema Piano della Prevenzione Cadute e ha trasmesso la Procedura Aziendale P015 Prevenzione e Gestione delle cadute in Ospedale (nota ns. prot. n. 44422 del 12/12/2014).

Al fine di comprendere al meglio il fenomeno cadute, l'Azienda ha promosso un'indagine per verificare il carico di lavoro ospedaliero indotto dal fenomeno cadute su tutto il territorio parmense e relativo alla popolazione anziana (cfr. il paragrafo "Prevenzione delle cadute nei pazienti fragili" del presente documento).

Nel corso del 2015 l'Azienda ha elaborato il Piano delle Performance 2015-2017 in cui sono stati puntualmente indicati gli obiettivi per la Qualità, Sicurezza e Gestione del rischio clinico.

In particolare nell'Area della Qualità Organizzativa e Sicurezza l'Azienda si impegna a sviluppare un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in Ospedale e sul territorio, con particolare attenzione alla gestione degli eventi avversi, alla diffusione di pratiche clinico-assistenziali efficaci nel contenimento del rischio, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati e, tra gli altri obiettivi, viene sottolineata l'importanza di applicare le Raccomandazioni nazionali per la sicurezza delle cure.



Prevenzione delle cadute nei pazienti fragili

Nel corso del 2015, sono state presentate, in un incontro tenutosi presso l'Ordine dei Medici di Parma dal titolo "Il fenomeno delle Cadute come Marker di Fragilità nel soggetto anziano: epidemiologia, impatto sanitario, screening e prevenzione", le esperienze maturate in Azienda e in collaborazione con il territorio sul fenomeno cadute nella popolazione anziana del territorio parmense.

In tale incontro sono stati presentati i dati dello studio effettuato sugli accessi al Pronto Soccorso dei pazienti con caduta, gli strumenti in uso in Azienda per la Prevenzione delle Cadute in Ospedale, i dati del monitoraggio del fenomeno cadute presso l'AOUPR.

Lo studio sugli accessi è stato realizzato grazie anche al coinvolgimento delle strutture di Pronto Soccorso afferenti all'AUSL di Parma (ospedali Borgo Val di Taro e Vaio) e ha consentito di analizzare i dati generali - relativi agli accessi in Pronto Soccorso per caduta a domicilio della popolazione anziana - non solo presso l'AOU di Parma ma su tutto il territorio provinciale.

Nel periodo di riferimento (dati anno 2013) sul territorio provinciale sono stati registrati 3720 accessi al Pronto Soccorso per i pazienti di età ≥ 65 anni, caduti a domicilio (casa o Casa di Cura). Di questi accessi, 2.533 sono stati effettuati presso il Pronto Soccorso dell'AOU di Parma e i restanti 1.187 presso il 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. 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.

La ricerca svolta sulla popolazione che afferisce al 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.

E' stata inoltre realizzata una seconda ricerca mirata all'indagine sull'impatto dell'uso dei farmaci sulle cadute a domicilio relativamente alla popolazione afferente al PS dell'AOUPR. I risultati hanno indicato che gli antipertensivi, analgesici e psicofarmaci 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.

Entrambi gli studi sono stati pubblicati.

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Gestione diretta delle richieste di risarcimento danni da responsabilità civile sanitaria

Si premette che con deliberazione di Giunta regionale n. 1349/2012 ad oggetto "Approvazione del progetto di legge regionale recante: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale" e con contestuale DGR 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" si avviava del progetto regionale di gestione diretta dei sinistri da cd. "medmal".

La legge regionale n. 13/2012 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale" successivamente modificata dall'art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013 n. 28 disciplinava nel dettaglio gli obiettivi del programma regionale.

Con DGR n. 2079/2013 si procedeva ad una nuova approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie, per effetto delle modifiche introdotte alla normativa regionale.

Con la determinazione Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna n. 2416/2013 di "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle aziende sanitarie sperimentatrici" venivano fornite le prime istruzioni operative di gestione diretta dei sinistri alla aziende ammesse alla fase sperimentale nell'anno 2013.

Con successiva determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4955/2014 si disponeva: "Approvazione del documento Relazione fra Aziende Sanitarie Sperimentatrici, responsabile dell'attuazione del programma regionale e Nucleo Regionale di Valutazione".

Con DGR n. 1889/2015 ad oggetto "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale" l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, insieme alle altre 5 Aziende di AVEN (AO di Reggio Emilia aveva già aderito al primo step sperimentale), veniva



ammessa alla fase sperimentale regionale, con decorrenza 1 dicembre 2015, del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile. Tale autorizzazione derivava dall'attestazione della Direzione aziendale, la quale dichiarava che a supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, si avvaleva di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale tra le quali l'Ufficio Legale, unità operativa in staff alla Direzione Generale e inclusa nella struttura complessa "Servizio Attività Giuridica Amministrativa", e la S.S. "Medicina Legale", in staff alla Direzione Generale.

Dato atto che con deliberazione del Direttore Generale n. 142 del 10/09/2007 si costituiva il Comitato Valutazione Sinistri aziendale, come modificato, da ultimo, con deliberazione n. 177 del 26 giugno 2014 e tenuto conto della deliberazione di Giunta regionale n. 166/2015 contenente, tra gli altri, gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, tra i quali l'armonizzazione delle funzioni di rischio clinico e gestione dei sinistri, si evidenzia che l'attività di gestione del contenzioso da cd. "medical malpractice" rientra nell'ambito del sistema di "sicurezza delle cure" quale obiettivo primario dell'Azienda, nell'ottica dello sviluppo e promozione di un intervento sistemico sul rischio clinico e che a tal fine è in corso la definizione di istruzioni operative idonee alla gestione dei sinistri che siano formalmente reclamati, per la prima volta, a far tempo dal giorno 1 dicembre 2015, come derivanti da responsabilità civile sanitaria sia verso terzi, sia verso operatori, riguardando quindi ogni struttura/articolazione aziendale destinataria di una richiesta di risarcimento danni della suddetta responsabilità.

Rischio infettivo, sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

Sorveglianza e controllo delle ICA

La tutela degli utenti e del personale sanitario dai rischi di infezione rappresenta obiettivo di particolare rilevanza istituzionale per le strutture sanitarie.

In linea con il DGR 318/2013 "*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all'Assistenza e uso responsabile degli antibiotici*", è stato mantenuto il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza.

In stretta sinergia con l'ASSR - Area Rischio Infettivo, i referenti aziendali dei gruppi operativi per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e per l'uso responsabile degli antibiotici (ATB) hanno partecipato con continuità sia agli incontri della Rete CIO Regionale, sia al Corso di formazione regionale "*Rete GIANO - Governo del rischio di infezioni e antibiotico-resistenza - nuclei operativi in rete*". Nel rispetto della metodologia regionale, sono state valutate le aree prioritarie di intervento in tema di gestione del rischio infettivo che verranno sviluppate nel Piano Aziendale di Gestione del Rischio 2016: sorveglianza delle infezioni, igiene mani, misure di isolamento, utilizzo appropriato degli antibiotici.

E' stato validato dal CIO Aziendale il documento di indirizzo regionale "*Il percorso diagnostico delle infezioni di protesi articolari*" successivamente diffuso a livello aziendale. E' stato inoltre realizzato un incontro di coordinamento tra il gruppo ATB ed ICA, per valutare l'attività di antimicrobial stewardship realizzata all'interno delle UU.OO. Ortopediche (dati infezioni interventi protesici, richieste consulenze, eccetera).

Con il Gruppo ATB sono state inoltre valutate le LG per la profilassi antibiotica in chirurgia ed è proseguita l'attività di verifica delle schede di richiesta motivata degli antibiotici, che hanno evidenziato picchi significativi di consumo di alcune molecole. Dal mese di Novembre, sono stati realizzati una serie di incontri per verificare l'appropriatezza prescrittiva delle molecole antimicrobiche. E' stata predisposta la bozza del documento aziendale "*LG di terapia antibiotica empirica nei confronti delle principali patologie infettive*".

Sorveglianza e controllo dei microrganismi multifarmaco-resistenti

In merito alla **sorveglianza degli alert-organism**, è stato migliorato il controllo sulle segnalazioni di specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici (*MRSA*, *VRE*, *C.difficile*, ecc.) pervenute dal Laboratorio di Microbiologia e l'invio ai reparti della reportistica annuale. Nell'ambito del monitoraggio dell'andamento della diffusione dei CPE (Enterobatteri produttori di Carbapenemasi), la UOC d'Igiene e Medicina Preventiva collabora con l'ASSR - Area Rischio Infettivo a cui, con cadenza mensile, fornisce report dettagliato. Nel rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali, è inoltre proseguita la rilevazione, tramite apposita scheda, di tutti i casi di batteriemia causati da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia-coli* non sensibili ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi. Le schede sono state caricate



con regolarità sulla piattaforma informatica regionale SMI. Parallelamente, sono stati sviluppati i sopralluoghi per la verifica delle precauzioni igieniche adottate nei contesti assistenziali a seguito del riscontro di pazienti segnalati come colonizzati/infetti.

Per migliorare la gestione dei pazienti colonizzati/infetti da MDR è stata redatta e diffusa apposita procedura "Modalità di trasporto e pazienti con patologie a trasmissione da contatto o colonizzati infetti da microrganismi multifarmaco-resistenti".

Progetto SICHChER

E' stata sviluppata la partecipazione al sistema di Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico SICHChER, che rappresenta uno dei requisiti di accreditamento dei reparti chirurgici ed è inserita nel Piano della Prevenzione 2015 – 2018.

L'Azienda partecipa al SICHChER dal 2011 e dal 1° febbraio 2014, è iniziata la rilevazione informatizzata tramite apposito applicativo, collegato a Registro Operatorio, delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) in tutte le UU.OO. Chirurgiche, sia Generali che Specialistiche e per tutte le categorie di intervento previste dal Progetto di Sorveglianza (Protocollo SICHChER).

Nel corso del 2015, l'attività si è caratterizzata attraverso: verifica e controllo randomizzato dei dati caricati sull'applicativo; caricamento ed invio dei dati in Regione, nelle tempistiche indicate e secondo i flussi informativi definiti; restituzione dei dati, elaborati a livello regionale, tramite invio di Report ai Direttori / Responsabili delle Unità Operative coinvolte, disponibili anche sulla intranet aziendale.

A fine aprile 2015 sono stati trasmessi i dati relativi al 2013 (interventi ortopedici) e 2014 (interventi non ortopedici): complessivamente sono stati sorvegliati oltre 7500 interventi non ortopedici e 107 interventi ortopedici di protesi totale dell'anca in elezione. È stato osservato il 97% degli interventi non ortopedici e il 29% di quelli ortopedici. Il confronto dei tassi di infezione osservati nelle singole strutture chirurgiche con quelli regionali documenta che la maggioranza delle strutture presenta tassi di ISC comparabili con quelli rilevati in ambito regionale.

Malattie infettive emergenti

Ebola

Nel corso dell'anno, alla luce delle nuove evidenze acquisite, sono state rivisitate le linee di indirizzo aziendali "Indicazioni operative e misure di controllo Malattia da Virus Ebola", realizzando apposita procedura. Inoltre per definire al meglio i percorsi operativi interni sono state realizzate specifiche istruzioni operative che descrivono nel dettaglio le modalità di gestione del "caso sospetto" nei punti di prima accoglienza (118, Pronto Soccorso, Astanteria-Accettazione Pediatrica, Accettazione Ostetrico Ginecologica), fino al ricovero in isolamento presso le Malattie Infettive. Sono stati inoltre realizzati alcuni interventi strutturali (locali maternità e pronto soccorso) per sistemare al meglio gli ambienti destinati all'accoglienza e trattamento dei casi sospetti. Ai fini di supportare il personale nella messa in atto delle indicazioni, sono stati organizzati una serie di incontri formativi che hanno coinvolto sia il Dipartimento Materno Infantile, sia il Pronto Soccorso, sia il 118.

Malattie infettive e parassitarie

E' proseguita l'attività di **monitoraggio del flusso di denunce di Malattie Infettive** provenienti dalle varie strutture aziendali e dirette all'ASL territoriale, sia il monitoraggio delle segnalazioni di *alert-organism* inviate dal Laboratorio di Microbiologia.

Riguardo le notifiche di Malattia Infettiva, con l'intento di migliorare la qualità dei dati trasmessi al DSP dell'ASL di Parma, è proseguita la valutazione dell'appropriatezza dei dati riportati nelle Schede di Segnalazione. La percentuale d'inappropriatezza delle schede sta diminuendo nel tempo, anche grazie all'attività informativa di sostegno realizzata.

Rilevante è stato il riscontro di un caso di Scabbia Norvegese in un paziente ricoverato, che ha imposto la realizzazione di indicazioni operative per la sorveglianza sanitaria specifica a tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza e la diffusione di apposite indicazioni per l'isolamento, Scheda Operativa n. 8 – Misure di Isolamento per pazienti noti o sospetti di essere affetti da Scabbia.

Sulla base delle indicazioni pervenute dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali, è stato mantenuto il flusso ai Reparti delle indicazioni per la sorveglianza, prevenzione e controllo di alcune malattie di particolare rilievo epidemiologico: Malattie Creutzfeldt Jakob, MIB (Malattie Invasive Batteriche), Influenza, Epatite A, Malattia di Lyme, Poliovirus, Malaria, Infezione da Zika virus, eccetera.



Sono stati inoltre resi immediatamente disponibili, tramite pubblicazione sulla intranet aziendale, gli aggiornamenti epidemiologici internazionali riguardanti determinate malattie infettive (*Sindrome di Guillain Barré, Infezione da Zika virus, Dengue, Ebola, Coronavirus, eccetera*).

Piano di sorveglianza e controllo malattia West Nile, Chikungunya, Dengue ed altre arbovirosi

In tale ambito si è provveduto a:

- organizzare/controllare l'esecuzione degli interventi anti - larvali quindicinali di tutti i pozzetti fognari esterni previsti da aprile a novembre;
- dare indicazioni per la corretta gestione delle aree verdi, di cantiere ed esterne;
- richiedere la pulizia dei pozzetti fognari;
- effettuare alcuni interventi abbattenti per infestazioni in aree limitate (ingressi esterni, eccetera);
- dare indicazioni a tutte le UU.OO./SSD per la prevenzione dell'infestazione da zanzara presso le aree aziendali e trasmesso le misure protettive per l'assistenza al paziente caso - sospetto o confermato da WN, Chikungunya, Dengue e Zika virus;
- acquisire una fornitura minima di prodotti repellenti per insetti da utilizzarsi sia sulla cute dei pazienti, sia con diffusori elettrici per i reparti non dotati di zanzariere alle finestre e impianto di condizionamento forzato.

Prevenzione del Rischio Infettivo

Antisepsi e disinfezione

Riguardo a questi temi, considerati processi trasversali di importanza riconosciuta nella prevenzione e controllo del rischio infettivo in ambito clinico-assistenziale, oltre alla valutazione (principi attivi, concentrazioni d'impiego, applicabilità sul campo, formati disponibili, ecc.) della gamma di antisettici/disinfettanti disponibili in ambito AVEN, sono state realizzate e diffuse procedure ed istruzioni operative, utili a promuovere le buone pratiche ed uniformare i comportamenti. In specifico per quanto riguarda l'impiego di antisettici e disinfettanti, da segnalare: l'acquisizione ed inserimento nella pratica assistenziale delle salviettine pre-inumidite di clorexidina gluconato 2%, per l'igiene dei pazienti colonizzati/infetti di MDR, l'introduzione di clorossidante elettrolitico 0,05% per l'antisepsi in Terapia Intensiva Neonatale e le relative indicazioni di impiego, le indicazioni all'Ortopedia riguardo i principi attivi da utilizzare per l'antisepsi del campo operatorio; l'integrazione di fornitura a tutte le UU.OO. di un nuovo prodotto decontaminante a base di ammoni quaternari di quarta generazione, idoneo per la pulizia dei dispositivi medici riutilizzabili corredato dalle relative raccomandazioni generali di impiego; la richiesta di acquisizione di un principio attivo a base di ossigeno attivo, idoneo alla disinfezione di alcune parti dello spirometro in dotazione all'Ambulatorio di FPR.

Sterilizzazione

La Centrale di Sterilizzazione aziendale ha sviluppato attività di coordinamento e verifica dei monitoraggi microbiologici effettuati sulle sterilizzatrici a vapore e sulle sterilizzatrici *STERIS Sistem* in dotazione a livello aziendale.

E' stata aggiornata la procedura aziendale "*Sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili - dalle normative alle modalità di ricondizionamento*" che descrive nel dettaglio le modalità operative ed organizzative di tutte le attività connesse al recupero, lavaggio, confezionamento, sterilizzazione e conservazione dei dispositivi medici (DM) riutilizzabili, al fine di 1) uniformare la gestione dei DM recuperabili, nel rispetto della normativa vigente; 2) ottemperare alla sicurezza degli operatori durante tutte le fasi del processo.

E' stata garantita la partecipazione alla Commissione di Gara Intercent-ER per la valutazione dell'idoneità dei prodotti (materiale confezionamento, indicatori chimici e biologici, eccetera) per la sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili.

E' stato introdotto nell'operatività della Centrale di Sterilizzazione *l'esecuzione dell'Helix-test* sulle autoclavi a vapore, che consente di verificare la penetrazione del vapore in un corpo cavo. L'esecuzione del controllo di penetrazione del vapore verrà estesa anche alle sub-centrali aziendali. In proposito è stata redatta apposita istruzione operativa che descrive nel dettaglio le modalità di effettuazione del test. In relazione alle criticità di trattamento di alcune componenti del pneumotacografo in dotazione all'ambulatorio pediatrico di fisiopatologia respiratoria ed allergologia, è stata realizzata, in collaborazione con la ditta fornitrice dei dispositivi riutilizzabili, una sperimentazione per verificare la compatibilità dei materiali con la sterilizzazione a perossido di idrogeno (Sistema STERRAD). La sperimentazione ha avuto esito positivo: i dispositivi trattati non hanno subito alterazioni nel corso dei trattamenti (>80 cicli consecutivi), confermando la compatibilità del sistema e migliorando in modo significativo, anche in



termini di sicurezza, il trattamento dei dispositivi utilizzati sul tratto respiratorio (da disinfezione e sterilizzazione).

Igiene dei comportamenti

La UOC d'Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, a fini igienico-preventivi, ha realizzato e trasmesso specifiche modalità comportamentali per le seguenti strutture:

- Centro PMA 2° livello: indicazioni per l'accesso al Centro e ai Laboratori.
- Ambulatorio Chirurgico: indicazioni comportamentali durante l'esecuzione delle procedure chirurgiche.
- Odontoiatria - sono state aggiornate e trasmesse le indicazioni per la gestione delle attività negli ambulatori odontoiatrici.
- Reparti ad alto rischio (Clinica ed Immunologia Medica Sezione Acuti, Nefrologia Trapianti, CTMO, Camere Degenza Pazienti con Fibrosi Cistica, ecc.): sono state aggiornate le modalità di accesso alle camere di degenza destinate agli operatori e famigliari, in modo da garantire adeguati standard di sicurezza igienica ai pazienti ivi ricoverati.

Per facilitare l'adesione ai comportamenti suggeriti, le indicazioni sono state trasmesse anche sotto forma di Poster, da appendere negli ambienti interessati.

E' stata inoltre elaborata la seguente documentazione:

- istruzione operativa per il trasporto del paziente immunodepresso presso centri di riferimento esterno ai fini dell'esecuzione di indagini strumentali.
- "Regolamento di accesso per gli animali di affezione nella struttura sanitaria" sulla scorta delle indicazioni contenute del DGR 2043/2013 e predisposta la relativa informativa all'utenza in formato "brochure".

E' stata svolta attività formativa nei confronti del personale di supporto (maestre, giocamico, eccetera) che accede alle UU.OO. Pediatriche.

E' stato sviluppato il tema dell'isolamento protettivo nei confronti del bambino immunodepresso presso la Oncoematologia Pediatrica.

Igiene delle mani

E' proseguita ed implementata l'analisi, in essere dal 2013, delle *check-list* di autocontrollo inviate dalle UU.OO. a cadenza trimestrale, ed utilizzate per supportare i reparti nell'analisi degli aspetti organizzativo-strutturali legati all'igiene delle mani: tipologia e collocazione dei dispenser dei prodotti per l'igiene delle mani; percentuale di dispenser funzionanti ed informazioni sulla loro gestione; erogatori per frizione delle mani: loro collocazione, percentuale di erogatori presso il letto del paziente/il punto di cura; ubicazione dei lavandini, percentuale di letti serviti da lavabi; percentuale di letti serviti da lavabi adeguatamente attrezzati (asciugamani di carta, sapone liquido); presenza di remainder nei setting assistenziali, loro collocazione e manutenzione.

Questo con l'intento di individuare le problematiche che necessitano di attenzione e, di conseguenza, le azioni di miglioramento necessarie per favorire l'adesione a tale misura preventiva. La valutazione dei punteggi raggiunti durante le valutazioni in itinere, ha evidenziato un grado di allineamento medio-alto.

Nell'ambito delle iniziative programmate per la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani del 5 maggio, è stata diffusa una revisione della procedura, sia quale comunicazione di rinforzo ai Professionisti sulla necessità di adesione a tale pratica spesso disattesa, sia con l'intento di unificare in un unico documento tutte le indicazioni inviate nel corso degli anni.

I sopralluoghi realizzati nei reparti hanno inoltre evidenziato la necessità di implementare ulteriori punti di erogazione del prodotto per l'igiene delle mani, in modo che sia immediatamente fruibile in corsia. Sono pertanto state date indicazioni di potenziare l'installazione dei dispenser a muro e, ove necessario, aggiungendo il dispenser anche all'interno delle stanze di degenza.

Per quanto riguarda i dati relativi al consumo di gel idroalcolico, si registra un *trend* costante negli ultimi due anni:

Anno	2013	2014	2015
Consumo gel	8.3	11.6	12

Standard di riferimento: 20lt./1000gg/degenza.



Il sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree a carica microbica controllata

L'attività in questione, prevista dalle normative sull'accreditamento delle strutture sanitarie, si è sviluppata con le seguenti iniziative:

Monitoraggi ambientali delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici - in conformità a quanto previsto dalle UNI EN ISO 14644:2001, 14698:2004 e 11425:2011, nonché dal Documento ISPEL del 2009 "Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio" e la Circolare Regionale PG/2012/188026 del 31.07.2012, è stata realizzata l'attività di monitoraggio ambientale delle sale operatorie e dei locali equiparabili per attività ad una sala operatoria.

Nel rispetto delle indicazioni regionali, è stata predisposta la programmazione dei monitoraggi particellari e microbiologici delle sale operatorie, secondo quanto previsto dalle 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.

Sono stati verificati 46 ambienti in totale di cui 32 Sale Operatorie in 13 Comparti Operatori; 2 Sale Angiografiche; 3 Sale Cardiologia Interventistica (Emodinamica ed Elettrofisiologia) e 9 Ambulatori Chirurgici.

In totale sono stati svolti n. 60 monitoraggi particellari e n. 55 monitoraggi microbiologici.

Tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle norme, ciascuno in funzione della tipologia di attività svolta.

Monitoraggi ambientali delle Camere Bianche e dei Laboratori adibiti a lavorazione di cellule e tessuti umani - in linea con quanto previsto dalle GMP Annex-1 2008 e in ottemperanza alla legislazione in vigore, sono stati inoltre verificati con cadenza semestrale i locali adibiti a "camera bianca" o a Laboratorio per la lavorazione di cellule e tessuti umani, comprese le cappe/isolatori ivi presenti.

I locali interessati dai controlli sono stati: Laboratorio Cellule Staminali, Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (UMaCa), Centrale di Sterilizzazione, Locale Preparazione Parenterali della Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Centro Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), per un totale di 23 ambienti e 10 cappe.

In linea con le Linee Guida CDC "Prevenzione delle infezioni opportunistiche nei trapianti di cellule staminali emopoietiche", si è provveduto ad eseguire i monitoraggi ambientali anche presso il Centro Trapianti Midollo Osseo.

Per valutare adeguatamente tutti gli aspetti, la Norma prescrive l'esecuzione dei monitoraggi, sia in condizioni di "at rest", cioè con i locali pronti per essere utilizzati ma in assenza di personale, sia in "operational", cioè con i locali in attività o in alcuni casi, in attività simulata.

La programmazione complessiva prevista è stata ampiamente rispettata e gli ambienti sono stati classificati conformemente ai parametri previsti dalla normativa di riferimento.

Monitoraggio microbiologico delle preparazioni parenterali - è stata pianificata e coordinata, nell'ambito del sistema dei controlli, l'attività sia presso l'UMaCa sia presso la TIN, atta a validare il processo di allestimento delle stesse. In collaborazione con l'Unità di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma, sono stati realizzati i controlli sulle preparazioni allestite in UMaCa (376) ed in TIN (51). Gli esiti hanno confermato l'appropriatezza delle procedure in essere. Anche in questo caso, gli esiti delle indagini sono stati regolarmente notificati ai Responsabili/Referenti dei vari Settori.

Prevenzione e controllo dell'influenza

Per quanto riguarda le azioni messe in campo per la prevenzione e controllo dell'Influenza sono state trasmesse le indicazioni, pervenute dalla Direzione Sanità e Politiche Sociali della RER, riguardanti:

- raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell'influenza stagione 2015-2016;
- sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza (richiesta consulenza centri ECMO, modalità di accesso ed invio dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la diagnosi di influenza);
- dati sull'andamento epidemiologico.

Valutazione del rischio e prevenzione della tubercolosi

L'Azienda, tramite la UOC d'Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, e in coerenza con le indicazioni regionali "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli Operatori delle Aziende Sanitarie della RER" e delle linee guida "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati"



approvato come Accordo nella Conferenza Stato-Regioni-Province Autonome del 7 febbraio 2013, ha sviluppato i seguenti interventi:

Aggiornamento della Valutazione del Rischio Aziendale,

- Implementazione della sorveglianza e del controllo in ambito assistenziale,
- Realizzazione d'iniziative di sensibilizzazione/informazione degli operatori sanitari volti ad approfondire sia gli aspetti epidemiologici, diagnostici, preventivi e terapeutici, sia quelli legati al rischio occupazionale,
- Verifica della corretta gestione del paziente affetto da TBC, con particolare riferimento alle misure d'isolamento e di controllo della trasmissione,
- Implementazione dell'attività di sorveglianza che è proseguita tramite la segnalazione degli eventi infettivi sospetti/accertati individuati in ambito nosocomiale agli Organi istituzionali preposti per gli opportuni adempimenti di competenza (Circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, "*Sistema regionale di sorveglianza della Tubercolosi*"),
- Controllo dei neoassunti tramite test di screening per l'infezione tubercolare latente (ITBL) (2 casi ITLB positivi su 253 assunti),
- Valutazione dei soggetti a rischio per quel che concerne l'idoneità specifica alla mansione.

Prevenzione e controllo della legionellosi

Le attività poste in essere sono state approvate e condivise nell'ambito degli incontri del Gruppo Multidisciplinare Rischio Legionella Aziendale ed hanno riguardato:

Sorveglianza attiva delle polmoniti e in particolare di quelle di origine nosocomiale, ricorrendo alla ricerca dell'antigene urinario della Legionella e al dosaggio degli anticorpi specifici, per i casi in cui esiste un fondato sospetto clinico-epidemiologico di diagnosi per Legionellosi. Nell'anno non sono stati segnalati casi di Legionellosi di origine nosocomiale.

Monitoraggi microbiologici sull'impianto idrico aziendale: sono stati realizzati tutti i monitoraggi previsti dalla programmazione. I campionamenti sono stati suddivisi tra la Ditta SIRAM in qualità di Gestore degli impianti e l'Unità di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma.

Al gestore degli impianti sono stati affidati i monitoraggi microbiologici dei punti individuati nel Documento di Valutazione del Rischio in vigore a livello aziendale, sulla base del rischio tecnico impiantistico e della geometria degli impianti: centrale termica, sotto-centrali dei vari Padiglioni e terminali idrici considerati più distali rispetto alla distribuzione dell'impianto idrico di tutti i Padiglioni.

I campionamenti sono stati eseguiti nel mese di aprile 2015. Alla luce di quanto emerso, è stato chiesto al SATL di verificare, sia gli interventi correttivi posti in essere dal gestore sugli impianti, sia le attività di manutenzione ordinaria previste da appalto.

L'Unità di Sanità Pubblica si è occupata dell'esecuzione dei monitoraggi microbiologici dei terminali idrici individuati secondo i seguenti criteri: terminale in posizione sfavorevole rispetto alla geometria dell'impianto; analisi dello storico degli esiti degli anni precedenti; valutazione del rischio dei pazienti trattati in ciascuna struttura.

E' stata data priorità ai Padiglioni con riscontro di contaminazione dell'impianto, con gli esiti più datati ed ai Reparti non dotati di filtrazione antibatterica a terminale, con i pazienti ritenuti a maggior rischio. Le verifiche hanno compreso la ricerca quantitativa e la tipizzazione di Legionella, il rilievo delle temperature e la quantificazione del cloro attivo presente nell'acqua. In totale sono stati eseguiti 87 campionamenti.

Gestione Filtri antibatterici per terminali idrici - E' stato mantenuto il coordinamento e controllo dell'attività di gestione /manutenzione dei filtri antibatterici applicati sui terminali idrici installati nei reparti considerati a maggior rischio. Nel corso dell'anno, a seguito degli esiti dei monitoraggi effettuati sull'acqua di rete del Padiglione Barbieri, in linea con quanto descritto dal Documento Aziendale "Programma di controllo della Legionellosi" al fine di tutelare gli aspetti igienico preventivi, è stato necessario estendere l'installazione di filtri antibatterici sui terminali idrici degli ambiti di degenza e degli spogliatoi del personale presenti a Padiglione.

Flussaggio dei terminali idrici: è stata data adeguata informativa a tutte le UU.OO. sull'importanza di realizzare questa attività preventiva. Particolare riguardo e attenzione rispetto al flussaggio è stata richiesta per tutti i terminali idrici presenti nei reparti temporaneamente chiusi, prima della riapertura dopo il periodo estivo.

Formazione: in considerazione della necessità di revisionare il Documento di Valutazione del Rischio Aziendale secondo la nuova metodologia proposta dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (Circolare PG/2013/304501), sono stati svolti tre eventi formativi, che hanno visto la partecipazione di 210 discenti,



in cui sono stati sviluppati gli aspetti clinici, epidemiologici ed assistenziali legati alla Legionellosi ed è stata presentata la Scheda di Sorveglianza Sanitaria, per la definizione della valutazione del rischio di ciascun Reparto, da compilare a cura del Direttore/Responsabile di UO/SS.

Anche per quest'anno non vi sono evidenze di casi di Legionellosi ad insorgenza nosocomiale, a dimostrazione che le misure preventive e di controllo poste in essere in Azienda sono risultate efficaci.

Prevenzione e controllo dell'influenza

Per quanto riguarda le azioni messe in campo per la prevenzione e controllo dell'Influenza sono state trasmesse le indicazioni, pervenute dalla Direzione Sanità e Politiche Sociali della RER, riguardanti:

- raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell'influenza stagione 2015-2016;
- sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza (richiesta consulenza centri ECMO, modalità di accesso ed invio dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la diagnosi di influenza);
- dati sull'andamento epidemiologico.

Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

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), alla conclusione del 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 e della spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera nell'anno 2015 è stato di 42.687.633 € (+1,8%) nel rispetto del tetto della spesa farmaceutica indicato come obiettivo per la AOUPR nel relativo documento di programmazione della Regione Emilia-Romagna [fonte AFO RER con IVA].

Nel 2015 l'attività di prescrizione ed erogazione di farmaci a pazienti in dimissione da ricovero dai Reparti e dai Servizi dell'Azienda si è ulteriormente ampliata e ha raggiunto il numero di 20.505 pazienti assistiti pari a 2.033.560 unità posologiche erogate pari ad un valore di 562.051 € (+35% vs 2014).

Per quanto riguarda i farmaci in erogazione diretta, l'importo complessivo erogato è stato nel 2015 pari a 24.744.755 € [fonte FED].

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, farmaci Classe Cnn); nel corso del 2015 si è dato avvio all'adozione dell'applicativo web regionale denominato "eccezioni prescrittive".

In tutto l'anno 2015, 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.

Per i nuovi farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica l'impiego è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dalla Commissione regionale del Farmaco e a parità di efficacia e sicurezza privilegiando i farmaci con il migliore rapporto costo/opportunità.

Si sono rafforzate ulteriormente le azioni di sensibilizzazione verso una massima appropriatezza d'uso dei farmaci per DMLE indirizzate verso opzioni terapeutiche con il miglior rapporto costo/beneficio. L'andamento prescrittivo dei farmaci per DMLE è stato oggetto di regolari feed back agli specialisti.



Si sono consolidati i percorsi volti a migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici con particolare attenzione ad alcune molecole sottoposte a richiesta motivata per singolo paziente e alla profilassi antibiotica in chirurgia

Si è consolidata l'azione di monitoraggio della prescrizione in particolar modo diretta ai farmaci specialistici nelle aree di oncologia, ematologia, ai farmaci biologici e ai nuovi farmaci della coagulazione.

I farmaci che prevedono l'accesso ai Registri di Monitoraggio AIFA o la compilazione di Piani Terapeutici informatizzati sono stati sottoposti ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione. Il sistema di recupero economico dei rimborsi correlati principalmente ai farmaci oncologici è strettamente monitorato secondo un percorso aziendale consolidato: la rendicontazione dei rimborsi dovuti dalle Aziende Farmaceutiche è oggetto di periodiche relazioni di dettaglio; il valore economico dei rimborsi richiesti nel 2015 è pari a 951.186 € iva esclusa.

In base all'esito delle gare regionali dei biosimilari si è consolidato l'uso del filgrastim al 98% 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. Nel corso del 2015 si è avviata la prescrizione di infliximab biosimilare per il trattamento della malattia infiammatoria intestinale.

Nel trattamento dell'HIV si è ricorsi al 100% ai farmaci generici laddove disponibili in adesione gli esiti di gara interaziendale.

E' stata assicurata la regolare implementazione dei database regionali (AFO e FED) e la rilevazione dei dati delle prescrizioni farmacologiche nel trattamento dell'infezione HIV secondo le specifiche del flusso relative al setting di cura.

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 2015 in particolare attraverso la prosecuzione dei progetti regionali nell'ambito oncoematologico anche in ambito pediatrico. È stato stilato e diffuso il "Report Farmacovigilanza 2015", 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.

L'AOUPR ha partecipato alla Call for good practice 2014, promossa da Agenas, riportando la propria esperienza sul Processo di Ricognizione Riconciliazione Farmacologica. L'esperienza dal Titolo "Dalla ricognizione alla riconciliazione farmacologica: la validazione di una scheda per una prescrizione sicura della terapia farmacologica" è stata giudicata dall'Osservatorio di Agenas una Buona Pratica e PasQ Europea nel 2015.

Presso l'AOUPR è stato, infatti, costruito e validato, uno strumento condiviso, utile ad evitare inutili sovrapposizioni, ad ottenere informazioni complete ed accurate, dare tracciabilità al processo, migliorare la sicurezza delle prescrizioni.

Tale Strumento è stato utilizzato per effettuare un primo Audit Clinico nel Dipartimento Medico Geriatrico-Riabilitativo.

Coerentemente con gli obiettivi aziendali previsti per la qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico e indicati anche nel Piano delle Performance 2015-2017, nel corso del 2015, l'Azienda ha effettuato un Audit Clinico in tre Strutture del Dipartimento Chirurgico Generale e Specialistico: UO Urologia, UO Maxillo-Facciale, UO Clinica Chirurgica e terapia chirurgica.

Il tema dell'audit è stato la **Sicurezza nella Terapia Farmacologica** con particolare riferimento alla verifica del processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura. L'obiettivo è stato quello di verificare, nelle tre Strutture, la presenza in tutte le cartelle cliniche della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica e la sua compilazione conforme e completa alla procedura aziendale "Gestione clinica dei farmaci" e alla Raccomandazione Regionale Sicurezza della Terapia Farmacologica.

Il campionamento è stato effettuato sul numero dei ricoveri effettuati nelle precitate strutture dei pazienti accettati direttamente o provenienti dal Pronto Soccorso nel primo trimestre 2015. L'analisi è stata condotta su 314 cartelle estratte da un totale di 610 pazienti.

I Professionisti hanno collaborato attivamente a tutte le fasi dell'Audit Clinico e il percorso effettuato è stato accreditato anche come Formazione sul Campo.



I risultati dell'Audit Clinico sono stati presentati ai Professionisti delle 3 Strutture in data 4 dicembre 2015.

È stata elaborata e implementata la procedura dedicata ai farmaci LASA (Look Alike Sound Alike) finalizzata alla riduzione degli errori in terapia.

A dicembre 2015 è stato istituito il laboratorio centralizzato provinciale di allestimento delle terapie oncoematologiche presso l'UMaCA della AOUPR.

Governo dei Dispositivi Medici (DM)

La Commissione Aziendale sui DM (CADM) ha garantito l'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 stato 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 DM a bassa complessità tecnologica e largo consumo si è proceduto al monitoraggio e alla revisione dell'utilizzo. In relazione all'uso dei DM "guanti monouso non chirurgici" si è mantenuto un controllo sui consumi con una progressiva sostituzione dei DM in lattice con l'alternativa in nitrile rispondenti ai criteri di qualità, sicurezza e costo inferiore. In riferimento all'impiego di suture meccaniche (CNDH02) si è proceduto al costante controllo della qualità del dato inserito nel flusso DiMe con l'intento di approfondire con i clinici e i Servizi tecnici coinvolti la correlazione tra i consumi e la relativa attività del comparto sia in termini quantitativi sia di complessità dei casi trattati.

Le medicazioni di largo consumo sono state oggetto di costante monitoraggio: la spesa 2015 di 822.499 € ha fatto registrare un contenimento rispetto al 2014 (823.906 €). Si è registrato un aumento della spesa per le medicazioni specialistiche ed in particolare degli emostatici: sul tema è stato avviato un tavolo di lavoro con i chirurghi per la predisposizione di linee d'indirizzo aziendali.

Per tutti i prodotti di uso specialistico si è provveduto allo stretto monitoraggio d'uso attraverso l'adozione di richieste motivate personalizzate e monitoraggi periodici.

I dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta sono stati introdotti nella pratica assicurando ai professionisti adeguata e capillare formazione.

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 uno registro dedicato.

Efficienza gestionale

Pianificazione dell'attività negoziale e politiche di acquisto

Gli obiettivi in materia di acquisto di beni e servizi sono stati definiti dalla Regione e da Aven nell'ambito della pianificazione pluriennale degli acquisti.

Risultati raggiunti

- L'Azienda, nei tempi indicati dalla regione ed in osservanza a quanto disposto dalla DGR 901/2015, ha fornito ad Aven il supporto necessario per consentire ad Intercent-ER la predisposizione del Masterplan regionale degli acquisti, approvato a marzo 2015.
- Sempre in applicazione della DGR 901/2015 è stata sottoscritta con la Regione la convenzione per l'assegnazione temporanea di personale ad Intercent-ER per lo svolgimento di gare in nome del soggetto aggregatore, ricevendo già per l'anno 2016 l'affidamento di una prima procedura: DM per emodinamica.
- Come gli anni precedenti sono state inoltre mantenute ai massimi livelli le adesioni alle convenzioni Intercent-ER ed è stato registrato un notevole contributo alla programmazione gare di Area Vasta, sia in termini quantitativi che qualitativi, in particolare attraverso l'aggiudicazione come capofila di ben quindici gare.
- Sono state concluse, nel 2015, 109 gare aggregate per € 162.055.000,00, considerando tutte le gare di Area Vasta, con un risparmio del 19,5 % pari a € 31.529.000,00 rispetto alle precedenti quotazioni, raggiungendo il miglior risultato da quando è stata costituita Aven.
- Il Coordinamento delle acquisizioni dei beni di investimento (AGBI), in collaborazione con il



responsabile anticorruzione, ha proseguito nell'organizzazione di eventi formativi aziendali e di Area Vasta al fine di approfondire la normativa di riferimento anche presso gli operatori sanitari o amministrativi che si accingono a svolgere gare complesse.

- La costante attività di monitoraggio della spesa relativa ai beni sanitari, pur nel massimo rispetto della qualità, ha consentito per il 2015, anche a fronte di significative riduzioni di finanziamento, il rispetto delle previsioni di bilancio.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Si è conclusa ad ottobre 2015 l'ultima fase di inserimento dei DM nel magazzino unico di Area Vasta.
- A livello di Area Vasta il nuovo sistema di monitoraggio e rendicontazione della tempistica, con riscontro diretto alle Direzioni Generali, ha permesso in massima parte il rispetto dei tempi standard di gara per il 2016 ci si porrà l'obiettivo di ottimizzare ulteriormente i percorsi.
- Nel corso del 2015 sono state avviate le attività per l'implementazione del nuovo programma informatico amministrativo e contabile. In tale occasione sono state analizzate le procedure aziendali e l'allocatione delle funzioni, con l'intento di giungere ad una ridefinizione dell'assetto organizzativo più coerente sia alla normativa che alle disposizioni legate alla certificazione del bilancio.

3.5 Promozione dell'eccellenza tecnologica, clinica e organizzativa

Integrazione interaziendale delle funzioni di area tecnico-amministrativa e di staff e condivisione dei modelli del sistema qualità

Il percorso di revisione organizzativa della sanità provinciale è iniziato da alcuni anni e risponde alla programmazione regionale, che anche nel 2015/2016 ha confermato l'obiettivo dell'integrazione.

Il percorso prevede il coinvolgimento e la condivisione delle Confederazioni Sindacali provinciali a partire dalla sottoscrizione del protocollo d'intenti del 29.5.2013 e fino al "Documento per l'Integrazione di funzioni di staff e tecnico amministrative" presentato alle OOSS e trasmesso alla Direzione regionale Sanità a fine 2015.

Obiettivi:

- piena integrazione a livello provinciale delle aree amministrative e tecniche a supporto delle attività delle due Aziende, fermo restando l'esercizio dell'autonomia e le responsabilità gestionali in capo alle rispettive Direzioni;
- mantenimento delle iniziative a livello di Area Vasta (oltre alle progressive funzioni aggregatrici di Intercent-ER per il settore acquisizioni beni e servizi).

Dal punto di vista operativo sono state individuate tre tipi di soluzioni organizzative:

- Integrazione strutturale in unità organizzativa e direzione interaziendale, i cosiddetti Dipartimenti strutturali;
- Integrazione funzionale con coordinamento interaziendale, ovvero i Dipartimenti Funzionali;
- Collaborazioni tecnico professionali.

Il percorso attuativo ha previsto e prevede:

- approvazione della progettazione definitiva da parte delle Direzioni aziendali (avvenuta nel 2016);
- adozione di convenzioni attuative per singole aree che definiscano il funzionamento e la disciplina del rapporto di lavoro;
- mandato ai dirigenti per la definizione della organizzazione di dettaglio, della logistica eccetera, d'intesa con le Direzioni Amministrative.

Le prime attivazioni e l'inizio dell'operatività sono programmate per Ottobre 2016. In tale prospettiva è in corso un'attenta valutazione delle criticità connesse alla riorganizzazione e del fatto che nel complesso



processo di attuazione sono presenti anche difficoltà oggettive costituite da logistica e strumenti informatici e di rete.

Entrambe le Aziende sono chiamate a rivedere i rispettivi Atti aziendali.

Integrazione interaziendale dei principali modelli del sistema qualità

Nell'ottica di una sempre maggiore integrazione tra le due Aziende Sanitarie provinciali e data la necessità crescente di redigere procedure interaziendali è stato promosso un confronto tra la SSD Governo clinico, gestione del Rischio, coordinamento qualità accreditamento dell'AOU e l'ufficio Qualità Accreditamento dell'ASL per la definizione di un format condiviso per la redazione delle procedure interaziendali.

Sono stati confrontati i rispettivi format per la stesura delle procedure e convenuto di condividere un format che contenga gli elementi comuni ad entrambi i modelli e che meglio risponda alle esigenze interaziendali

Si è inoltre concordato:

- che ogni Azienda mantenga la propria procedura di Gestione dei Documenti inserendo in entrambe un aggiornamento relativamente alla modalità concordata di gestione delle procedure interaziendali;
- di definire un format di base della lettera di trasmissione;
- una modalità unica di codifica (P._001_AOU_AUSL_PR).

I documenti previsti sono stati predisposti: Aggiornamento della procedura aziendale di gestione dei documenti P001 AOUPR, Format procedura interaziendale, Format della lettera di trasmissione.

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Nell'anno 2015 la rete ospedaliera è stata interessata dall'applicazione delle indicazioni regionali sviluppate secondo le previsioni del DM 2.4.2015 n. 70 *"Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera"*.

Diversi sono gli ambiti interessati dal riordino in cui l'Azienda ha perseguito gli obiettivi posti dal regolamento, garantendo le necessarie integrazioni interaziendali, alcuni dei quali vengono presentati nel prosieguo della presente sezione.

Le azioni poste in essere dall'Azienda, in collaborazione con l'Azienda Usl, per rafforzare 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) e per favorire l'integrazione tra i professionisti e tra le diverse competenze specialistiche dell'Ospedale e del Territorio (provinciale e di Area Vasta) sono presentate nel paragrafo "Rete e percorsi cardiologici" del presente capitolo, come percorso elaborato in modo comune dalle due aziende e facente parte della *"Gestione reti cliniche: percorsi integrati Ospedale – Distretto"*.

STAM e STEN

La DGR 1603/2013 definisce le modalità organizzative per lo sviluppo e la realizzazione del trasporto materno assistito (STAM) e il trasporto neonatale assistito (STEN).

Il "trasporto in utero" è universalmente riconosciuto come la modalità più efficace e sicura per garantire alla gestante ed al neonato l'assistenza più qualificata. Non sempre questa modalità di assistenza risulta, però, attuabile. Si stima infatti che circa un 30% di patologie gravi insorte durante il travaglio non siano "prevedibili" e che l'1-2% dei nati necessiti di una rianimazione neonatale e di cure intensive o subintensive in maniera del tutto "inattesa"; in questi casi deve essere reso possibile il trasporto neonatale presso Centri dotati TIN (Terapia Intensiva Neonatale). Nell'Area Vasta Emilia Nord sono presenti 3 strutture ospedaliere con TIN, centri Hub, e 13 punti nascita, Spoke. In particolare, sul centro Hub di Parma insiste la provincia di Parma, con i punti nascita di Fidenza e Borgotaro, e quella di Piacenza.

Il servizio di trasporto materno assistito (STAM, trasporto in utero) viene attuato all'interno dell'Area Vasta tra centri Hub e centri Spoke, per garantire assistenza di livello adeguato alle gravide con patologie della gravidanza e/o con condizioni fetali ad alto rischio di potenziale assistenza in Terapia Intensiva Neonatale.

Nel corso del 2015 sono stati effettuati incontri tra i referenti Neonatologi dell'area Parma-Piacenza, al fine di definire le procedure in essere per il trasporto neonatale, che sono state formalizzate dalle



rispettive Direzioni alla fine del 2015. Questo lavoro è prodromico alla realizzazione dello STEN come da delibera citata, che verrà completato nel corso del 2016.

Nel 2015 i referenti ginecologi delle province di Parma e Piacenza hanno predisposto un protocollo clinico per lo STAM, a cui è seguita la stesura della procedura operativa e organizzativa, in corso di formalizzazione.

PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Nel corso del 2015 sono stati sviluppati i seguenti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, alcuni dei quali hanno trovato formale perfezionamento nei primi mesi del 2016:

Polo neurologico integrato provinciale

Integrazione della Neurologia dell'Ospedale di Vaio e della Neurologia dell'AOU, creando un'unica struttura interaziendale per la cura e l'assistenza dei malati di patologie quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, le epilessie e cefalee, le neoplasie (cfr. il capitolo 7 del presente volume).

PDTA Tumore della prostata

Gestione integrata (Urologia, Oncologia Medica, Radioterapia, Diagnostica per immagini di II livello) e "patient-centered" (Geriatrica, supporto psicologico, MMG) della patologia (Delibera del 23/11/2015)

PDTA di Oncologia Toracica

Il percorso intende garantire un'efficace assistenza a tutti i pazienti affetti da neoplasie toraco-polmonari che afferiscono all'Azienda Ospedaliero-Universitaria e costituire un gruppo di lavoro e di ricerca che affronti le varie tematiche inerenti alle neoplasie toraco-polmonari (Delibera del 01/12/2015)

Breast Unit

Il Centro di Senologia rappresenta un modello di assistenza specializzato in diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario. Secondo tale modello la gestione del percorso della paziente è affidata ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica in ambito senologico (Delibera del 1/12/2015)

PDTA delle Lesioni Focali Epatiche

Coinvolgimento di tutte le competenze necessarie ad una gestione ottimale (Epatologia, Oncologia Medica, Chirurgia, Radiologia Interventistica, Diagnostica per immagini di II livello eccetera), ottimizzando la gestione clinica ed organizzativa (Delibera del 24/03/2016).

PDTA Calcolosi reno-ureterale dell'adulto e del bambino

Percorso articolato nell'elaborazione di un vero e proprio "Pacchetto" di prestazioni ambulatoriali (prestazioni ambulatoriali complesse o PAC), gestite dal Medico Specialista Ospedaliero, che permette all'utente di essere inquadrato dal punto di vista clinico- diagnostico in breve tempo (Delibera del 06/04/2016).

Trauma Center

Il DM 2.4.2015 n. 70 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera" definisce i requisiti per le strutture di Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS).

Risultati raggiunti

Il bacino di utenza di riferimento per il Centro Traumi dell'Azienda è di 1.268.112 abitanti (province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza); tale dato non tiene conto che la patologia traumatica maggiore coinvolge individui in transito nelle aree di riferimento, attraverso la rete autostradale e nelle zone turistiche dell'appennino.

Il Centro Traumi afferisce ad una struttura sede di DEA (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) di II livello, con Team del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità.

Qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale viene identificata e trattata nelle 24 ore e sono garantite le cure intensive necessarie, comprese funzioni specifiche come il Centro Grandi Ustionati.

Il volume dell'attività di ricovero si attesta intorno ai 2.700 ricoveri totali/anno per causa traumatica.

Nello specifico, è del 71% (1.911 su 2.700) la quota di ricoveri per traumi gravi su tutti i ricoveri per traumi considerando traumi gravi i pazienti che vengono ricoverati per causa traumatica e che presentano codice di visita di PS rosso e giallo, con effettiva o potenziale instabilità dei parametri vitali (standard del D.M. 70/2015: quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata).



Nella tabella sottostante è riportato un dettaglio dei ricoveri, suddivisi per area clinica, nell'anno 2015:

Reparto di ricovero	N° ricoveri	%
Rianimazione	187	10%
-accesso diretto Shock Room Rianimazione	123	6%
-da Pronto Soccorso	62	3%
Ortopedia	1050	55%
Medicina d'urgenza e altre medicine	410	21%
Chirurgia d'Urgenza e altre chirurgie specialistiche	78	4%
Neurochirurgia	45	2%
Pediatria	141	7%
Totale	1911	

Standard del Trauma Center:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici (shock room della rianimazione e PS)
- T.A.C., angiografia interventistica nella struttura
- Disponibilità di sale operatorie attivabili in guardia attiva per il personale medico/chirurgico e in reperibilità per il personale infermieristico
- Per l'attivazione sulle 24 ore della chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery, sono stati definiti percorsi che consentono l'attivazione precoce del Chirurgo d'Urgenza nelle situazioni di emergenza
- Il Centro Traumi si avvale delle seguenti specialità presenti in Azienda, come previsto nel D.M. 70/2015:
Medicina d'Urgenza, Anestesia-Rianimazione, Chirurgia Generale e d'Urgenza, Ortopedia, Neurochirurgia, Radiologia con possibilità interventistica, Laboratorio e Centro trasfusionale. I pazienti traumatizzati in età pediatrica vengono ricoverati nella rianimazione generale (UO I Anestesia e Rianimazione) che gestisce anche i pazienti pediatrici che necessitano di terapia intensiva per cause non traumatiche.

Interventi in fase di analisi o sviluppo

1. Sala Operatoria dedicata ai traumi H 24
2. Percorso Trauma Emorragico
Analisi di fattibilità di un percorso per il trauma emorragico per l'accesso del paziente direttamente dal luogo dell'evento in un'area dove siano possibili sia procedure chirurgiche che di radiologia interventistica, al fine di migliorare tempestività di trattamento e outcome del paziente
3. Miglioramento percorsi di centralizzazione dei traumi gravi anche per i soccorsi su gomma nell'area del SIAT Occidentale
4. Miglioramento telemedicina soprattutto per la diagnostica che interessa le lesioni del distretto vascolare
5. Miglioramento utilizzo flussi informativi con riferimento alla integrazione tra i flussi informativi disponibili (Registro traumi, Flusso 118, Flusso PS, SDO, Registro Operatorio, Farmacia), indispensabili per la misura degli indicatori e della qualità del percorso

Stroke care

Gli obiettivi prioritari per il 2015 sono stati i seguenti:

- aumentare la percentuale di pazienti ricoverati nelle 2 aree di degenza dedicate che dispongono complessivamente di 23 posti letto (9 posti letto sono destinati ad accogliere i pazienti fino a 70-75 anni e i pazienti sottoposti a trombolisi i.v. e/o ad altre procedure intra-arteriose; 14 posti letto sono dedicati ai pazienti di età superiore a 70-75 anni);
- incrementare il numero di pazienti sottoposti a trombolisi endovenosa;
- incrementare il numero di pazienti sottoposti a trombolisi intrarteriosa;
- ridurre i tempi pre-ospedalieri (ritardo di ospedalizzazione);
- ridurre i tempi intra-ospedalieri delle procedure di rivascolarizzazione;
- incremento delle attività ambulatoriali.

Risultati raggiunti

Oltre il 70% dei pazienti colpiti da stroke trovano una corretta allocazione nelle 2 aree di degenza dedicate. Il continuo monitoraggio del flusso dei pazienti ha consentito un incremento dei ricoveri, soprattutto nell'area stroke care dedicata ai pazienti ultrasessantacinquenni, dove il 95-100% dei letti è occupato da pazienti colpiti da stroke.

L'analisi degli indicatori conferma l'esecuzione della TAC su tutti i pazienti che accedono con sospetto ictus al PS e la valutazione fisiologica entro le 48 ore.

Nel 2015 si è confermato il trend in crescita del numero di pazienti sottoposti a trombolisi endovena (72 rispetto ai 58 del 2014) ed a trombectomia (20 rispetto ai 15 del 2014), anche grazie al rafforzamento della rete di presa in carico dello stroke sia nella fase pre-ospedaliera (rete provinciale ed extraprovinciale) che intra-ospedaliera.



Il ritardo di ospedalizzazione dei pazienti colpiti da stroke rappresenta uno dei problemi più rilevanti e di non facile soluzione. 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 sembra essere correlato non solo alla scarsa conoscenza della patologia in questione, ma soprattutto ad una alterata percezione della gravità dei sintomi. Esistono evidenze in letteratura che dimostrano come l'educazione dei cittadini possa avere un ruolo importante ai fini della prevenzione secondaria. A questo proposito, l'Azienda ha coordinato il *"Trial clinico randomizzato per valutare l'effetto di una strategia di educazione della comunità sui tempi di accesso ospedaliero in corso di ictus acuto"* (cfr. il capitolo 6 del presente volume), in collaborazione con altri centri, che ha previsto la realizzazione di una campagna di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, i cui risultati sono in corso di analisi.

Nel corso del 2015 l'attività ambulatoriale clinica, integrata con l'attività di diagnostica neurosonologica, è stata ulteriormente incrementata. Tutti pazienti colpiti da stroke vengono sottoposti a regolari follow up programmati a 1 – 6 – 12 mesi dall'evento e a successivi controlli a frequenza annuale.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

- Revisione dei protocolli delle procedure di rivascolarizzazione, al fine di ottimizzare il percorso e le tempistiche relative sia alla fase diagnostica che interventistica.
- Incontri con gli operatori del 118.
- Incontri con gli operatori della fase intraospedaliera.

Governo clinico: Programma Nazionale Esiti (PNE) AGENAS

Nel 2015 è stato promosso l'inserimento, di alcuni indicatori del PNE Agenas nel Budget.

Il PNE 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 2015 del PNE sui dati aggiornati al 2014 è pubblicata su AGENAS e analizza: indicatori di esito/processo, di volumi di attività e di ospedalizzazione.

Al fine di permettere ai Professionisti di effettuare il confronto tra aziende e attivare audit su specifici indicatori sono stati strutturati in Azienda i seguenti documenti:

- Indicatori di attività (cardiologia, chirurgia, perinatale, ortopedia, traumi gravi, pneumologia, oncologia)
- Indicatori di ospedalizzazione
- Pronto Soccorso
- Volumi di attività
- Metodi statistici

Tutti i Report elaborati vengono diffusi sulla Intranet nella pagina del Governo Clinico>Sistemi di Valutazione & Percorsi (PDPA) & Buone Pratiche.

Call Good Practice AGENAS

L'Azienda promuove le proprie Buone Pratiche aderendo alla Call Good Practice promossa ogni anno da Agenas sul tema della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Nel corso del 2015 sono state valorizzate 7 esperienze dell'AOU di Parma di cui 6 come Buone Pratiche da AGENAS e 6 PASQ, Pratica Sicura Europea:

1. Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti nell'Azienda;
2. Dalla ricognizione alla riconciliazione farmacologica: la validazione di una scheda per una prescrizione sicura della terapia farmacologica;
3. Progetto di farmacovigilanza attiva per la segnalazione di sospette reazioni avverse da farmaco nel Pronto Soccorso dell'Azienda;
4. Dalla diffusione della procedura "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale" al coinvolgimento dei professionisti: la scheda "Come fare per";
5. Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
6. L'allontanamento del paziente degente: dal monitoraggio del fenomeno alla procedura aziendale;
7. La prevenzione del rischio emolisi attraverso l'adozione di nuovi dispositivi per prelievi ematici.



Esperienze presentate AOU Parma

	Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
	Dalla ricognizione alla riconciliazione farmacologica: la validazione di una scheda per una prescrizione sicura della terapia farmacologica
	Progetto di farmacovigilanza attiva per la segnalazione di sospette reazioni avverse da farmaco nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
	Dalla diffusione della procedura "Prevenzione del Suicidio del paziente in Ospedale" al coinvolgimento dei professionisti: la scheda "Come fare per"
	Prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
	L'allontanamento del paziente degente: dal monitoraggio del fenomeno alla procedura aziendale
	La prevenzione del rischio emolisi attraverso l'adozione di nuovi dispositivi per prelievi ematici

Classificazione OBP AGENAS



Buona Pratica

Classificazione PaSQ Network europeo PaSQ - Patient Safety and Quality of Care



Pratica Sicura

L'innovazione tecnologica: tecnologie biomediche

L'Azienda, attraverso il Servizio di Ingegneria Clinica, nel corso del 2015 ha garantito tutte le principali attività di gestione delle tecnologie biomediche di prevalente natura strumentale e dei complementi hardware e software ad essi afferenti di seguito sinteticamente indicate:

- Definizione del quadro delle necessità e della programmazione degli investimenti.
- Gestione e pianificazione delle acquisizioni delle tecnologie medicali al fine di garantire la fruibilità del patrimonio tecnologico da parte delle strutture sanitarie secondo il criterio del massimo impiego;
- Utilizzo sicuro ed appropriato delle Risorse Tecnologiche Medicali ed Informatiche di supporto, attraverso la definizione ed adozione di Piani Operativi di intervento che includano le seguenti principali linee di attività:
 - Piano Operativo di esecuzione delle manutenzioni preventiva e correttiva inclusa la gestione della ricambistica ed accessoristica;
 - Piano Operativo di esecuzione delle verifiche di sicurezza elettrica VSE per tutte le apparecchiature elettromedicali e dei controlli funzionali delle apparecchiature di area critica, laser, sistemi di sterilizzazione/lavaggio/disinfezione;
 - Gestione tecnico-amministrativa dei collaudi di accettazione e dismissione, Inventariazione e Classificazione CND dei Dispositivi Medici secondo le procedure aziendali;
 - Definizione e Gestione dei Piani di Formazione sull'utilizzo sicuro e appropriato delle Tecnologie Medicali ed Informatiche a partire dalla fase di collaudo di accettazione di "Primo Impianto";
- Analisi degli eventi avversi (Incident Reporting) ai fini della prevenzione degli incidenti e diffusione delle conoscenze volte a favorire l'utilizzo sicuro delle risorse tecnologiche, attraverso la partecipazione nelle procedure definite per la Vigilanza sui Dispositivi Medici a carattere strumentale (RAV-SIC);



- Implementazione e la gestione delle Risorse Tecnologiche Medicali ed Informatiche di supporto ad uso clinico in coerenza con il quadro del fabbisogno e le direttrici di sviluppo e innovazione tracciate all'interno del Masterplan Generale Aziendale;
- Partecipazione alle Commissioni Tecniche e Gruppi di Lavoro per la predisposizione, realizzazione e valutazione dei Capitolati e Schede Tecniche relativi alle tecnologie cliniche di competenza del SIC, secondo quanto previsto nelle procedure Aziendali, AVEN, Intercent-ER;
- Progettazione delle strutture sanitarie e individuazione delle migliori soluzioni architettoniche e dei lay-out distributivi, definendo le caratteristiche operazionali nonché i requisiti di installazione delle tecnologie sanitarie e medicali ed informatiche di supporto;
- Sviluppo dei processi di integrazione e razionalizzazione tra le Tecnologie Medicali, Informatica Medica, Tecnologie Informatiche ed ICT, garantendo il supporto con particolare riferimento agli aspetti inerenti il trattamento, l'elaborazione, la trasmissione dei dati, dei segnali fisiologici e delle bioimmagini;
- Correttezza e completezza del flusso informativo relativo alle tecnologie biomediche esistenti e di nuova acquisizione al Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche (GRTB).

Centro procreazione medicalmente assistita (CPMA)

Il **C**entro di **P**rocreazione **M**edicalmente **A**ssistita (**C.P.M.A.**) dell'Azienda, nato nel 1988, fornisce alle coppie un servizio specializzato per lo studio e la diagnosi delle sterilità coniugale. Il Centro è riconosciuto dall'Istituto Superiore di Sanità come centro di III livello.

Tra i cicli di procreazione medicalmente assistita svolge inseminazione intrauterina omologa, fecondazione in vitro e trasferimento embrionale, iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo, prelievo chirurgico degli spermatozoi tramite biopsia, crioconservazione dei gameti maschili (spermatozoi)/ biopsie testicolari, crioconservazione dei gameti femminili (ovociti) e degli embrioni.

Nel corso del 2015 sono stati effettuati lavori strutturali di adeguamento del laboratorio alle direttive nazionali e regionali in tema di PMA.

In sintesi l'attività clinica 2015 si riassume:

326 visite di ingresso (accettazione)

193 visite di controllo

439 spermioigrammi

52 Pick-up

64 IUI

Nei periodi interessati dai lavori di adeguamento, gli spermioigrammi sono stati eseguiti presso il laboratorio centrale ad alta automazione dell'Azienda per dare continuità al servizio.

Da settembre 2014 dopo il pronunciamento della Corte Costituzionale, è possibile anche la fecondazione eterologa. Il Centro ha accolto le direttive regionali per cui sono state inserite in lista di attesa 22 coppie richiedenti la PMA eterologa. Nessuna è stata sottoposta a PMA per la carenza di gameti donati.

I medici del Centro hanno partecipato a tutti gli incontri del gruppo di lavoro sulla PMA in Regione, con il compito sia di delineare i consensi informati per i pazienti e gli aspetti divulgativi relativi alla donazione dei gameti. Sono stati progettati interventi divulgativi nelle scuole, con opuscoli informativi, e sui social per parlare del valore della donazione.

Il centro si propone di definire una procedura per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici secondo le recenti linee guida di oncofertilità. Infatti sono iniziati dei tavoli tecnici con le UUOO di Oncologia medica e di Ematologia per definire i criteri assistenziali e con la Neurologia per crioconservare gli ovociti.

Liste di attesa

Per le metodiche di 1° livello non vi è lista di attesa.

Per le metodiche in vitro la lista di attesa è regolamentata da apposita P.O.. Sono state attivate misure organizzative che hanno consentito di ridurre significativamente le liste di attesa.



Approfondimenti

Nel settembre 2015 si è tenuta in AOU una giornata di sensibilizzazione e di approfondimento, promossa dall'Associazione Il Mondo, insieme alle Aziende sanitarie di Parma, "Entrare nel ciclo della vita per conoscere e riflettere insieme sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita".

Il convegno, aperto dall'Assessore alle Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna, ha inteso promuovere un confronto sulle evoluzioni scientifiche e sulle necessità del coinvolgimento globale della coppia e dell'individuo, nei percorsi della procreazione medicalmente assistita; elaborare proposte per formare e accompagnare le coppie nel delicato percorso del trattamento terapeutico; riflettere sulla nascita e sul valore profondo della vita riproduttiva.

3.6 Integrazione tra attività assistenziali, didattica e ricerca

Il Comitato di Indirizzo

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

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

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

Bilancio d'esercizio 2014

Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo in merito alla deliberazione n. 162 del 30.04.2015 "Adozione Bilancio di esercizio 2014" della Direzione Generale dell'Azienda.

Il Comitato ha constatato che le risultanze, inserite in tale documento, sono state coerenti con gli indirizzi regionali per il raggiungimento dell'obiettivo di pareggio economico-finanziario e del Sistema sanitario provinciale.

Ha ritenuto, inoltre, che detti risultati possano essere considerati conformi agli obiettivi aziendali relativi alla realizzazione e al mantenimento di attività e di strutture e all'integrazione delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca.

Bilancio preventivo economico annuale 2015

Dalla documentazione allegata alla deliberazione del Direttore Generale n. 255 del 15.07.2015 "Adozione del Bilancio preventivo economico annuale 2015" emerge come l'Azienda abbia pianificato le proprie attività conformemente alle "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015" (DGR n. 901/2015).

Il Comitato di Indirizzo ha ritenuto di condividere le seguenti linee strategiche:

- obiettivo prioritario di tutte le articolazioni aziendali è il consolidamento quali-quantitativo delle prestazioni e, più in generale, della capacità di risposta appropriata e sostenibile rispetto ai bisogni della popolazione. In particolare, per le strutture afferenti ai diversi Dipartimenti ad Attività Integrata, tale azione viene perseguita tenendo conto delle esigenze del bacino di riferimento, della costante ricerca dell'appropriatezza della risposta al fabbisogno assistenziale (appropriatezza clinica), dell'applicazione delle idonee modalità di erogazione delle prestazioni (appropriatezza organizzativa), della congruenza dei tempi di attesa rispetto agli standard, della sostenibilità e della coerenza con il più ampio sistema nel quale si opera. In tale ottica, e sulla base delle indicazioni regionali sviluppate in materia di riordino ospedaliero, si evidenzia l'impegno alla implementazione di azioni propedeutiche alla riorganizzazione della rete ospedaliera e alla ridefinizione del modello organizzativo, per massimizzare la capacità e la qualità di risposta del sistema, concretizzando così la centralità del paziente. Per la realizzazione degli obiettivi del SSR e per lo sviluppo delle attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università risulta



fondamentale il consolidamento del principio di integrazione da esplicitare anche nella programmazione e gestione delle risorse assegnate

- favorire l'impegno continuo volto alla valorizzazione e allo sviluppo delle relazioni e delle sinergie tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Università degli Studi di Parma, sostenendo la didattica e la ricerca e la creazione condivisa di condizioni sempre più favorevoli al potenziamento e all'ulteriore qualificazione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, anche attraverso l'utilizzo sinergico di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie e collaborazioni. 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 è fra gli impegni che l'Azienda si assume. In linea con l'impegno a sostegno dell'offerta formativa dell'Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria prevede la determinazione e la programmazione congiunta del fabbisogno formativo e promuove le condizioni di sostenibilità dell'attività didattica relativa ai Corsi di Laurea Magistrale e delle Professioni Sanitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia che insistono nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria
- l'Azienda Ospedaliera ha condiviso con l'Università degli Studi di Parma il progetto di realizzare un Centro Comune di Ricerca (Progetto CCR), polo strategico 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 e efficiente le attività di ricerca. La realizzazione del CCR, prevista su tre annualità, ha preso avvio nel corso del 2014 e vede la preziosa collaborazione della Fondazione Cariparma.

Il Comitato ha preso atto delle esposizioni di dettaglio e di quanto contenuto nei documenti allegati alla deliberazione del Direttore Generale n. 255 del 15.07.2015 e raccomanda l'applicazione della normativa nazionale in materia sanitaria, con riferimento anche alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Si auspica che il vincolo di pareggio civilistico di bilancio e gli obiettivi di produzione consentano di non incidere negativamente sul mantenimento dei livelli di integrazione con la attività didattiche e di ricerca. L'Azienda dovrà valutare con particolare attenzione l'adozione di misure volte a generare, laddove possibile, recuperi di efficienza nell'impiego delle risorse.

Il Comitato rileva che il risultato del Bilancio preventivo economico annuale evidenzia un risultato positivo, pertanto il Bilancio Preventivo risulta redatto in pareggio civilistico, ed esprime parere positivo in merito alla formulazione effettuata dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con la già citata deliberazione.

Parere sul Bilancio di Missione anno 2014

Il Comitato di Indirizzo ha espresso parere positivo su documento Bilancio di Missione anno 2014.

Insedimento del nuovo Comitato di Indirizzo

Nel mese di novembre 2015 si è insediato il nuovo Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Le nuove nomine permetteranno di dare continuità all'importante lavoro svolto dai precedenti Comitati.

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

Lo sviluppo del processo di integrazione con l'Università ha riguardato l'armonizzazione della gestione dei professionisti e l'attuazione delle sinergie nel campo della formazione medico-specialistica.

Relativamente alla formazione medico-specialistica, punto cardine è rappresentato dall'incentivare il pieno utilizzo della rete formativa di ciascuna Scuola di Specializzazione e prioritariamente delle strutture di sede, come strumento di miglioramento della didattica e della formazione professionalizzante.

L'Accordo Attuativo Locale sulla formazione medico-specialistica ha declinato tutti i principi volti a garantire un flusso costante di innovazione del sistema in ordine allo sviluppo della formazione professionalizzante.

L'Accordo sulla formazione medico-specialistica ha quindi accentuato la disponibilità delle strutture di sede a direzione ospedaliera a soddisfare le esigenze formative previste dai Piani formativi delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria dell'Università degli Studi di Parma, ha focalizzato le sinergie dei Consigli delle Scuole di Specializzazione, dei Dipartimenti ad Attività Integrata, dei Dipartimenti Universitari e del Collegio di Direzione, ha inoltre evidenziato la condizione di privilegiare l'offerta



formativa delle strutture di sede prima di ricorrere all'accensione di convenzioni con strutture collegate e complementari.

La collaborazione avviata con i Consigli delle Scuole di Specializzazione ha condotto ad un perfezionamento dei flussi informativi necessari all'Azienda in ordine:

- alla composizione della rete formativa,
- alle strutture frequentate dai medici in formazione specialistica (di sede, complementare, collegata) e all'eventuale rotazione tra le strutture con indicazione della sede prevalente in relazione alle indicazioni operative regionali per la stipulazione dei contratti di formazione,
- ai piani formativi e alle attività professionalizzanti,
- all'individuazione degli incarichi didattici conferiti dai Consigli delle Scuole di Specializzazione ai professionisti del SSR.

Nel contesto delle 40 Scuole di Specializzazione di Area Medica dell'Università degli Studi di Parma, (16 scuole autonome - 5 scuole con Parma Capofila - 19 scuole con Parma aggregata) l'offerta formativa delle strutture di sede afferenti all'Azienda, a fronte del numero complessivo dei medici in formazione specialistica iscritti a Parma nell'anno accademico 2014/2015 risulta pari a n. 558 unità, iscritti alle Scuole di Specializzazione Autonome e con Parma Capofila, secondo la rilevazione effettuata nel precedente capitolo 2.4 del volume.

A tale entità numerica si devono aggiungere gli ulteriori medici in formazione specialistica, pari a n. 28 (non compresi nella tabella specifica di cui al capitolo 2.4) frequentanti le scuole di specializzazione aggregate di Area Medica dell'Università di Parma ma iscritti nelle sedi amministrative di altri Atenei in qualità di Scuole Capofila.

Di seguito si riporta il numero e la denominazione delle Scuole di Specializzazione autonome /capofila/aggregate

Scuole di specializzazione dell'Università degli Studi di Parma - sede autonoma N. 16 - A.A. 2014/2015

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

Aggregazioni di scuole con l'Università di Parma quale ateneo capofila n. 5

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

Aggregazioni di scuole con l'Università di Parma quale ateneo non capofila : n. 19

DENOMINAZIONE DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	UNIVERSITA' CAPOFILA OVE PRESENTARE LA DOMANDA	AGGREGAZIONE DI SCUOLE CON UNIVERSITA' DI PARMA <u>NON</u> CAPOFILA
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	ANCONA	MODENA PARMA



CARDIOCHIRURGIA	BOLOGNA	MODENA PARMA
CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA	GENOVA	PARMA
CHIRURGIA TORACICA	MODENA	ANCONA BOLOGNA PARMA
CHIRURGIA VASCOLARE	BOLOGNA	ANCONA FERRARA MODENA PARMA
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	MODENA	PARMA
EMATOLOGIA	MODENA	PARMA
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	MODENA	PARMA
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	BOLOGNA	FERRARA MODENA PARMA
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	BOLOGNA	FERRARA MODENA PARMA
MEDICINA LEGALE	FERRARA	PARMA
MEDICINA TERMALE	ROMA LA SAPIENZA	BOLOGNA PADOVA PARMA PAVIA
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	BOLOGNA	ANCONA MODENA PARMA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	MODENA	PARMA BOLOGNA
ONCOLOGIA	MODENA	PARMA
OTORINOLARINGOIATRIA	FERRARA	MODENA PARMA
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	MODENA	PARMA FERRARA
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	BOLOGNA	MODENA ANCONA PARMA
UROLOGIA	MODENA	PARMA

Formazione medico specialistica A.A. 2014/2015

- numero strutture di sede nell'Azienda: n. 1
- strutture aziendali collegate e complementari per Scuole con strutture di sede extra aziendali: n. 2 (Igiene e Medicina Preventiva e Medicina Legale).
- convenzioni in essere: n. 83

Anche nell'anno accademico 2014/2015 adeguato rilievo è stato attribuito al ruolo e alla valorizzazione dei professionisti ospedalieri nell'ambito del processo di formazione degli specializzandi anche al fine di realizzare il pieno utilizzo della rete ospedaliera.

L'apporto didattico registrato nell'anno accademico 2014/2015 ha riguardato n. 182 professionisti ospedalieri cui sono stati conferiti incarichi didattici ripartiti secondo la seguente tipologia di incarico:

- n. 79 incarichi di solo docenza
- n. 50 incarichi di solo tutoraggio
- n. 53 incarichi di docenza e tutoraggio



3.7 Nota integrativa per la relazione sulla performance 2015 (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 finanziaria regionale dell'anno 2015 e del Bilancio di Previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio finanziario 2015 e Bilancio pluriennale 2015-2017, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha impostato l'assegnazione degli obiettivi di budget 2015.

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.

Nel mese di Aprile è stata fatta la presentazione del percorso di budget 2015 al Collegio di Direzione Aziendale, contestualmente alla presentazione del Piano Azioni 2015 ovvero delle linee guida al budget; successivamente, alla fine del mese, i vari Dipartimenti ad Attività Integrata hanno negoziato gli obiettivi validi per il 2015 con la Direzione. Infine, nel corso dell'anno si è proceduto a monitorare gli andamenti e ad analizzare gli scostamenti rispetto a quanto negoziato ad inizio processo mediante appositi incontri con i centri di responsabilità al fine di individuare le adeguate azioni di miglioramento.

Analisi performance per dimensione

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 della performance aziendale specifici obiettivi inerenti le seguenti dimensioni:

- dimensione di performance della produzione
- dimensione di performance della qualità
- dimensione di performance della ricerca
- dimensione di performance della sostenibilità
- dimensione di performance dell'innovazione
- dimensione di performance dell'insegnamento
- dimensione di performance dello sviluppo organizzativo

Dimensione di Performance della Produzione

L'attenzione si è anzitutto focalizzata sul ruolo dell'Azienda rispetto alla sostenibilità del sistema sanitario regionale e dunque, individuate le aree a maggior tasso di fuga, sono state messe in atto delle azioni volte al contenimento della mobilità passiva e al recupero dell'attrattività dell'ospedale coerentemente con la sua identità di struttura di rilievo nazionale. Tali azioni hanno riguardato in modo particolare quelle linee di attività per le quali è riconosciuto all'AOU di Parma un ruolo centrale a livello regionale o di Area Vasta. I risultati conseguiti mostrano un miglioramento dei valori 2014 per le aree neurochirurgica, cardiologica-cardiochirurgica e ortopedica.

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. Per le UUOO con casistica medica sono stati osservati valori di degenza media non in linea con le attese per le strutture cardiologiche e per quelle pediatriche, mentre quelle di tipo chirurgico hanno evidenziato una maggiore efficienza rispetto al passato nell'utilizzo dei posti letto di degenza ordinaria. 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" entro 72 ore dall'ingresso in reparto corredata da eventuali variazioni e motivazioni che potessero essere utili nella gestione del turnover dei posti letto: l'utilizzo dell'applicativo da parte delle UUOO può considerarsi soddisfacente e l'obiettivo può considerarsi raggiunto complessivamente al 90%.

Ai fini di una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi all'utenza ci si è focalizzati sulla programmazione delle sedute di sala operatoria con l'obiettivo di incrementare la partecipazione delle diverse strutture chirurgiche a tale attività al fine di ottimizzare l'utilizzo di questa risorsa.



Sono stati 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, ad eccezione in particolare della casistica relativa agli interventi chirurgici per Frattura Tibia/Perone.

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. Le UUOO si sono impegnate nell'azione di trasferimento di tale attività; permangono ancora alcune tipologie di casistica da trasferire soprattutto relativa ai DRG chirurgici di bassa complessità il cui processo di spostamento in regime ambulatoriale continuerà nel 2016.

Dimensione di Performance della Qualità

Nel 2015 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: a tal proposito si è proceduto ad implementare il sistema informativo di sorveglianza SichER, ad aggiornare il documento aziendale per la valutazione del rischio Legionella e a promuovere gli strumenti previsti dal progetto SOS.net.

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. I risultati 2015 mostrano un andamento in linea con le indicazioni regionali per le diverse tipologie di intervento, con un lieve sforamento per il trattamento di pazienti per Protesi d'anca.

Il mantenimento dei tempi nello standard regionale è stato obiettivo di budget anche per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: in questo caso tutte le strutture di erogazione hanno conseguito il 100% di raggiungimento dell'obiettivo.

Dimensione di Performance della Ricerca

Nell'ambito della Ricerca, gli obiettivi di budget negoziati dai Centri di Responsabilità hanno riguardato diversi ambiti: anzitutto è stato loro richiesto di collaborare alla realizzazione della sezione dedicata alla ricerca sul sito web nonché di fornire le informazioni necessarie per consentire la realizzazione anche della sezione dedicata ai cittadini nel sito web aziendale relativamente agli studi clinici in corso. Sempre nell'ottica di migliorare la relazione con l'utenza, è stato richiesto ad alcune specifiche UU.OO. di svolgere almeno un incontro con il pubblico (pazienti e loro familiari, cittadini, associazioni di volontariato, eccetera) volto alla presentazione dei progetti in corso nel reparto e dei risultati di studi conclusi. Quanto infine all'aspetto delle pubblicazioni scientifiche è stato assegnato alle strutture cliniche l'obiettivo di pubblicare, possibilmente su riviste peer-reviewed, i risultati dei progetti conclusi, ideati e attuati dai professionisti del reparto.

Dimensione di Performance della Sostenibilità

Sono state adottate nel corso del 2015 specifiche azioni che hanno permesso una razionalizzazione delle risorse aziendali relativamente soprattutto al consumo di materiale sanitario (principalmente farmaci e dispositivi medici); altre categorie di costo oggetto di programmazione budgetaria sono state le voci di costo di tipo non sanitario, 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).

La quasi totalità dei Centri di Responsabilità ha raggiunto l'obiettivo di razionalizzazione dei costi sostenuti per l'erogazione delle proprie attività mediante l'adozione di azioni virtuose che hanno consentito di confermare la spesa storica sostenuta nel 2014.

Ulteriore aspetto relativo all'area della sostenibilità è quello connesso alla politica del farmaco. Per il 2015 ci si è focalizzati sull'importanza dell'aderenza agli esiti delle gare regionali e di Area Vasta nelle prescrizioni in regime di ricovero e ambulatoriale: il risultato atteso a fine anno come grado di aderenza era del 90% e tutte le strutture hanno conseguito percentuali di raggiungimento superiori a tale soglia.



Dimensione di Performance dell'Innovazione

Nell'ambito del tema di informatizzazione aziendale, in relazione alla partecipazione alla rete SOLE è stato richiesto a tutte le unità operative con attività di ricovero o con attività ambulatoriale 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 netto miglioramento nell'utilizzo dello strumento rispetto all'anno precedente, con un alto grado di partecipazione da parte di quasi tutte le strutture. Quanto alla prescrizione dematerializzata, c'è stata ampia diffusione nell'uso dello strumento informatico, nonostante permangano delle aree dove esso è ancora poco utilizzato.

Dimensione di Performance dello Sviluppo Organizzativo

L'attenzione è stata rivolta alla corretta e tempestiva chiusura della scheda di dimissione ospedaliera al fine della rendicontazione dell'effettiva attività di ricovero dei reparti. In alcune aree, come quella materno-infantile, si sono registrati nel corso del 2015 dei ritardi nella chiusura delle SDO che non hanno permesso l'invio dei flussi in Regione con conseguente mancato riconoscimento della tariffa DRG legata alle prestazioni di ricovero erogate.

Alcuni obiettivi di budget di tale dimensione di performance hanno riguardato il personale del comparto: nell'ottica della valutazione del contributo individuale annuale, è stata richiesta la promozione della cultura della valutazione attraverso il corretto utilizzo degli strumenti a disposizione ed il rispetto della tempistica prevista dall'Azienda. I risultati conseguiti sono stati più che buoni in tutte le articolazioni organizzative dell'azienda.

Sempre con riferimento al personale del comparto, è stata prevista l'adozione di un documento condiviso con i professionisti dell'U.O. sull'applicazione dei criteri per garantire la continuità assistenziale secondo i principi dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa ed assistenziale.

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 2015	
Descrizione Unità Operativa/Struttura Semplice Dipartimentale	Grado di raggiungimento (%)
Dip.EMERGENZA-URGENZA E AREA MEDICA GENERALE E SPECIALISTICA	
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA - B14A	91,80
NEUROLOGIA - B76A	98,00
CLINICA E TERAPIA MEDICA - B10A	96,00
EMATOLOGIA E C.T.M.O. - B11A	93,33
DAY HOSPITAL DIPARTIMENTALE - SDC02	67,50
TRATTAMENTO INTENSIVO DEL DIABETE E SUE COMPLIC. - SD003	99,00
NEUROCHIRURGIA - NEUROTRAUMATOLOGIA - C28A	96,40
ENDOCRINOLOGIA - B12A	96,66
MEDICINA INTERNA, REUMATOLOGIA E SEZ. DETENUTI - SD002	96,66
MEDICINA INTERNA - SD009	93,00
MEDICINA INTERNA A INDIRIZZO ANGIOLOGICO E COAGULA - B64A	97,40
MEDICINA DEL LAVORO E TOSSICOLOGIA INDUSTRIALE - B17A	100,00
DAY HOSPITAL PNEUMOLOGICO - SDE01	100,00
MALATTIE INFETTIVE ED EPATOLOGIA - B50A	100,00
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA - F14A	99,80
MALATTIE DEL RICAMBIO E DIABETOLOGIA - SDC01	96,66
DERMATOLOGIA - C82A	97,60
NEFROLOGIA - B15A	98,00
ONCOLOGIA MEDICA - B54A	90,25
SEMEIOTICA MEDICA - B18A	90,80
CLINICA - PNEUMOLOGICA - B70A	98,40
CHIRURGIA D'URGENZA - C20A	98,66
PNEUMOLOGIA E ENDOSCOPIA TORACICA - B72A	100,00
ATTIVITA' COMUNI Emergenza Urgenza Medica Generale - B69C	99,25
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA - B74A	97,75
1° ANESTESIA E RIANIMAZIONE - F18A	97,33
CENTRALE OPERATIVA 118 - F24A	94,00
TRAPIANTI DI MIDOLLO OSSEO E CELL.STAMIN. EMOP. - SD006	91,66
CENTRO CEFALEE - SDH02	66,66
FUNZIONALITA' POLMONARE - SDE02	100,00
STROKE CARE	92,33


**ESITI VERIFICA OBIETTIVI DI BUDGET INCENTIVATI - DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA
ANNO 2015**

Descrizione Unità Operativa/Struttura Semplice Dipartimentale	Grado di raggiungimento (%)
Dip. CHIRURGICO	
CLINICA CHIRURGICA E TERAPIA CHIRURGICA - C18A	89,83
CARDIOLOGIA - B58A	96,66
OCULISTICA - C70A	100,00
ODONTOSTOMATOLOGIA - C66A	67,33
NEUROCHIRURGIA - C50A	96,80
MAXILLO-FACCIALE - C54A	90,00
OTORINOLARINGOIATRIA E OTONEUROCHIRURGIA - C62A	96,00
CHIRURGIA VASCOLARE - C22A	97,50
COORD. ATTIVITA' SPEC.AMB.CARDIOLOGIE - SD001	100,00
CARDIOCHIRURGIA - C74A	93,66
CHIRURGIA TORACICA - C24A	74,20
CLINICA CHIRURGICA E TRAPIANTI D'ORGANO - C26A	87,00
CLINICA ORTOPEDICA - C40A	94,25
ORTOPEDIA - C44A	96,25
UROLOGIA - C78A	94,00
CHIRURGIA PLASTICA E CENTRO USTIONATI - C80A	91,40
2° SERV.ANESTESIA,RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA - F22A	98,00
DAY SURGERY - SDG01	97,33
CHIR. CUTE E ANNESSI MININVASIVA RIGENER. - SD008	100,00
Dip. MATERNO INFANTILE	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - E10A	99,00
NEONATOLOGIA - E14A	95,66
PEDIATRIA E ONCOEMATOLOGIA - E18A	96,25
PEDIATRIA GENERALE E D'URGENZA - E28A	100,00
CLINICA PEDIATRICA - E22A	97,66
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA - E24A	99,50
CHIRURGIA PEDIATRICA - E26A	99,00
COORD.ATTIVITA' DI DAY HOSPITAL - SD010	85,33
CARDIOLOGIA PEDIATRICA - SDI02	95,00
Dip. MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO	
CLINICA GERIATRICA - B82A	96,00
MEDICINA INTERNA E LUNGODEGENZA CRITICA - B83A	97,00
GERIATRIA - B86A	100,00
MEDICINA RIABILITATIVA - M10A	96,60
Dip. DIAGNOSTICO	
MICROBIOLOGIA - L10A	99,66
VIROLOGIA - L12A	100,00
GENETICA MEDICA - B16A	100,00
RADIOLOGIA PEDIATRICA - SDN01	95,00
DIAGNOSTICA EMATOCHIMICA - L14A	100,00
MEDICINA NUCLEARE - G30A	100,00
NEURORADIOLOGIA - G18A	98,00
RADIOTERAPIA - G34A	100,00
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA - L22A	100,00
IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE - L26A	100,00
BIOCHIMICA AD ELEVATA AUTOMAZIONE - SD007	99,50
SCIENZE RADIOLOGICHE - G10A	100,00
RADIOLOGIA - G14A	100,00

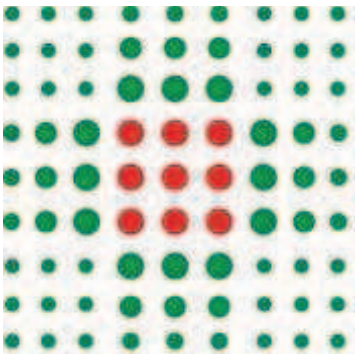
4

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

Il capitolo sviluppa numerosi contenuti in tema di politiche del personale, richiamati qui 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
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- 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 ai dipendenti







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

4.1 La "carta di identità" del personale

All'interno di ogni organizzazione le risorse umane rappresentano un elemento strategico e determinante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. In particolar modo nell'ambito di una azienda sanitaria che eroga servizi alla persona, fortemente connotata dal "fattore umano".

In questa parte del documento vengono evidenziate le caratteristiche del personale che opera all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, sotto il profilo della consistenza numerica, della tipologia contrattuale, della dinamica degli ingressi e delle uscite, nonché sotto un'ottica di genere.

La fotografia del capitale umano restituisce l'immagine di un'azienda composta complessivamente n. 3915 unità al 31.12.2015.

Nel dettaglio, quanto alle tipologie contrattuali, si assiste nell'ultimo anno del triennio considerato, ad una diminuzione della consistenza complessiva del personale, all'interno della quale si conferma la spiccata prevalenza del rapporto di lavoro a tempo indeterminato rispetto alle altre forme di impiego.

Rimane altresì costante il trend in diminuzione del personale universitario che svolge attività assistenziale.

Il ricorso a forme di lavoro flessibile, finalizzato a progettualità temporanee anche correlate ad attività di ricerca, costituisce il 3,47% delle professionalità presenti in Azienda.

Tabella 1 Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2013-2015

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Tempo indeterminato*	31.12.2013	2447	8	947	174	3576
	31.12.2014	2485	8	929	174	3596
	31.12.2015	2464	8	920	166	3558
Tempo determinato	31.12.2013	104	0	47	0	151
	31.12.2014	136	0	52	2	190
	31.12.2015	178	0	39	4	221
Altro personale (incarichi libero-professionali e a rapporto di collaborazione)	31.12.2013	118	2	4	10	134
	31.12.2014	120	1	4	20	145
	31.12.2015	118	1	3	14	136

* 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 2013-2015

	Anni	Personale ruolo sanitario	Personale ruolo professionale	Personale ruolo tecnico	Personale ruolo amministrativo	Totale
Personale universitario	31.12.2013	188	0	6	23	217
	31.12.2014	178	0	6	19	203
	31.12.2015	177	0	5	19	201

* per questa tipologia contrattuale la rilevazione è stata effettuata secondo i criteri utilizzati per il personale ospedaliero



Analisi di genere del personale

La disamina della consistenza organica non può ormai prescindere da una indagine sotto un profilo di genere, che sta assumendo un'importanza sempre crescente all'interno delle strutture aziendali, soprattutto di quelle pubbliche.

Le tabelle e i grafici che seguono illustrano la distribuzione per fascia d'età, genere e categoria del personale che svolge la propria attività nelle strutture aziendali.

Si conferma il dato di netta prevalenza della percentuale di componente professionale femminile (72%) rispetto alla componente maschile. Tale prevalenza motiva il frequente ricorso (soprattutto del personale dell'Area Comparto - 59%) all'istituto del part time per conciliare esigenze di vita familiare con esigenze lavorative.

Al contrario, relativamente al personale universitario, prevale la componente maschile (59%).

Grafico 1 Distribuzione dei dipendenti ospedalieri per età e per genere, anni 2013-2015

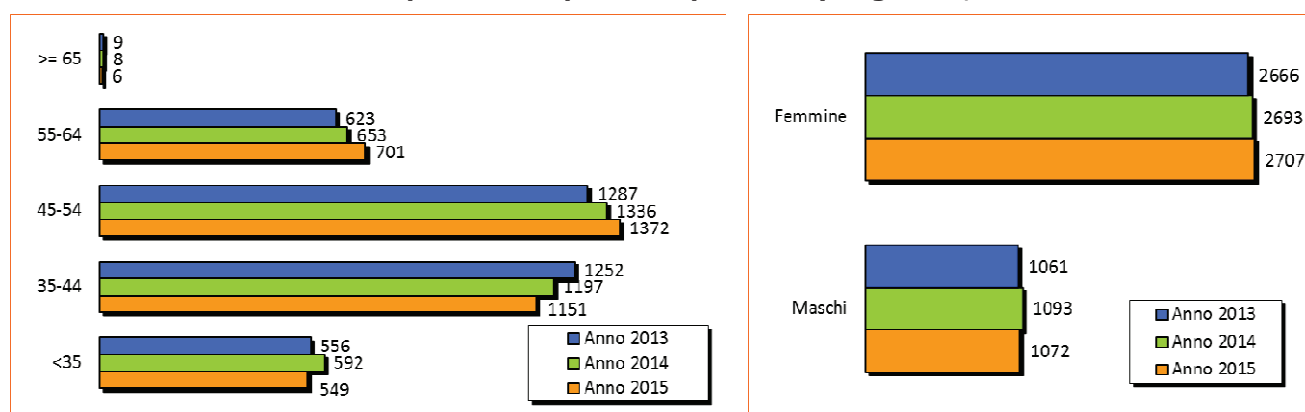


Grafico 2 Distribuzione del personale universitario per età e per genere, anni 2013-2015

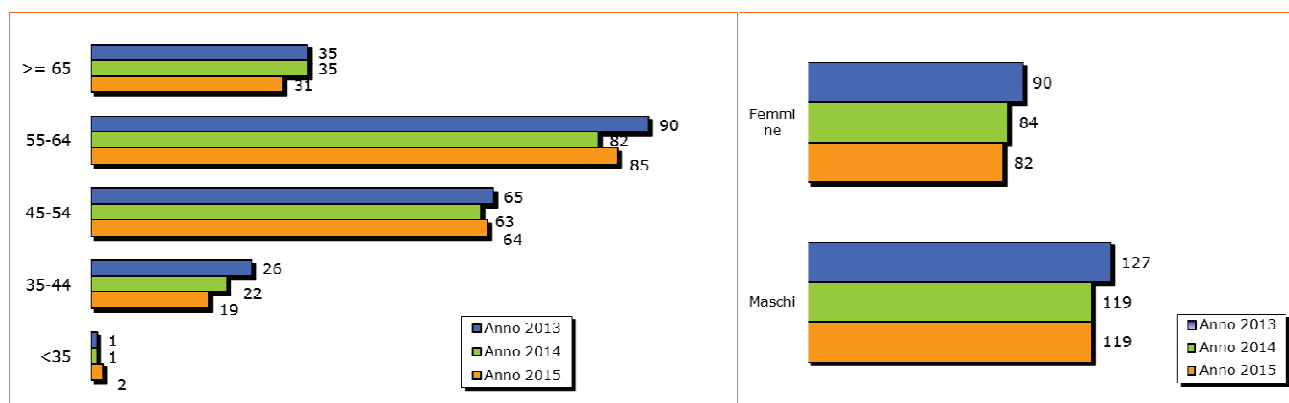
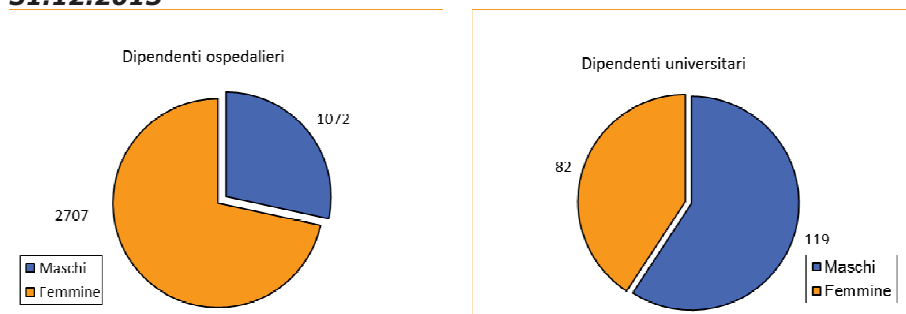


Grafico 3 Distribuzione per genere dei dipendenti ospedalieri e universitari (valori assoluti) al 31.12.2015



L'accesso al part-time resta anche per l'anno 2015 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 2013-2015

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
al 31.12.2015 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	235	196	0	1	0	7	235	204	439
Altri dirigenti (sanitari - APT)	16	55	0	0	0	3	16	58	74
Personale infermieristico	315	964	0	19	10	330	325	1313	1638
Personale della riabilitazione	8	36	0	2	2	7	10	45	55
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	99	166	1	1	0	11	100	178	278
Altro personale ruolo tecnico	138	200	0	0	2	19	140	219	359
Personale OTA, OSS, ausiliario	147	348	0	4	0	60	147	412	559
Personale amministrativo	22	106	1	0	0	27	23	133	156
Totale	980	2071	2	27	14	464	996	2562	3558

Tabella 4 Distribuzione per genere e aree contrattuali dei dipendenti ospedalieri al 31.12.2015

Aree contrattuali	Totale	%Totale	F	%F	M	%M
Comparto	3206	84,83%	2403	88,76%	803	74,90%
Dirigenza	573	15,17%	304	11,24%	269	25,10%
Totali	3779	100,00%	2707	100,00%	1072	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 femminile.

Nell'area del comparto, invece, si rileva una marcata preponderanza di lavoratrici femmine.

Grafico 4 Evoluzione consistenza personale femminile nell'arco temporale 2005- 2015

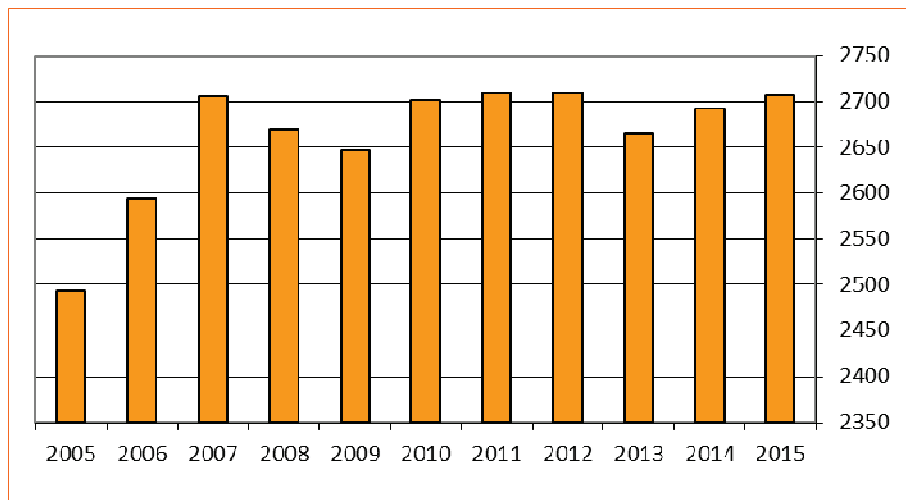
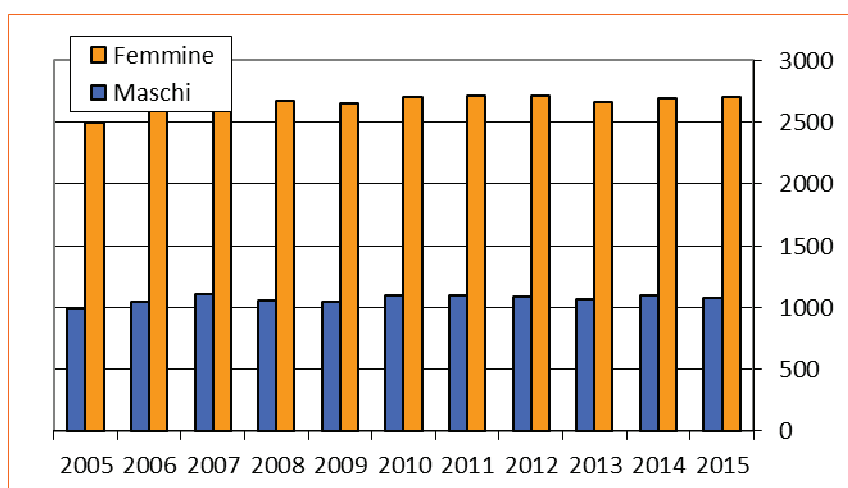


Grafico 5 Evoluzione rapporto tra personale femminile e maschile nell'arco temporale 2005- 2015



Come rappresentato nei grafici 4 e 5, la consistenza della popolazione femminile risulta costantemente più cospicua rispetto a quella maschile nell'arco temporale 2005-2015 e rimane sostanzialmente stabile il rapporto tra lavoratori maschi e femmine negli ultimi anni.

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 31.12.2015

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	2642	69,91%	1911	70,59%	731	68,19%
Professionale	8	0,21%	2	0,07%	6	0,56%
Tecnica	959	25,38%	651	24,05%	308	28,73%
Amministrativa	170	4,50%	143	5,28%	27	2,52%
Totale	3779	100,00%	2707	100,00%	1072	100,00%



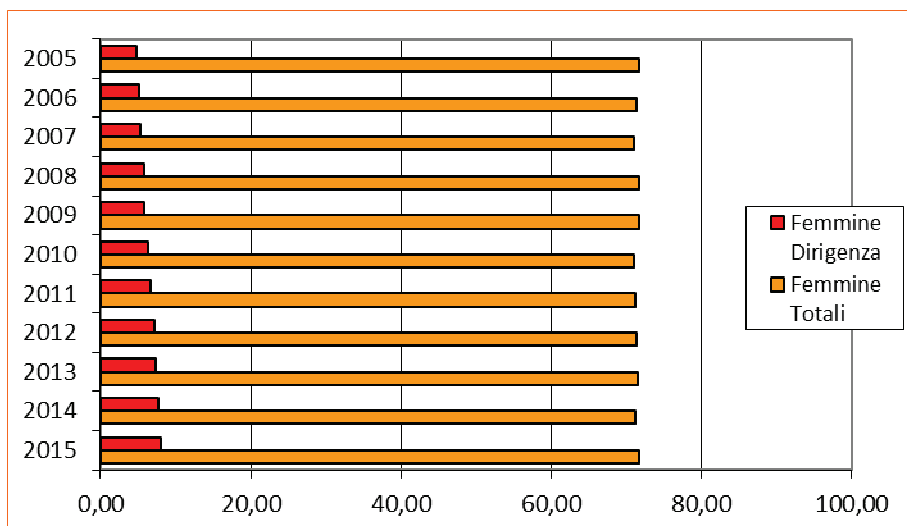
Tabella 6 Distribuzione del personale delle aree dirigenziali a tempo indeterminato e determinato per genere al 31.12.2015

Area	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitaria	553	96,51%	295	97,04%	258	95,91%
Professionale	8	1,40%	2	0,66%	6	2,23%
Tecnica	2	0,35%	0	0%	2	0,74%
Amministrativa	10	1,75%	7	2,30%	3	1,12%
Totale	573	100,00%	304	100,00%	269	100,00%

Tabella 7 Distribuzione dei ruoli del personale del comparto per genere e per ruolo al 31.12.2015

Ruolo	Totale	% totale	F	% F	M	% M
Sanitario	2089	65,16%	1616	67,25%	473	58,90%
Professionale	0	0%	0	0%	0	0%
Tecnico	957	29,85%	651	27,09%	306	38,11%
Amministrativo	160	4,99%	136	5,66%	24	2,99%
Totale	3206	100,00%	2403	100,00%	803	100,00%

Grafico 6 Personale femminile e dirigenti donne nell'arco temporale 2005 – 2015



La distribuzione di genere, osservata nelle tabelle che precedono, evidenzia una maggioranza della componente femminile rispetto a quella maschile per il personale appartenente all'area contrattuale del Comparto ed un sostanziale equilibrio tra maschi e femmine nell'area dirigenziale, pur con una lieve prevalenza delle donne.

Le tabelle sotto riportate permettono invece di approfondire la ripartizione del personale tenendo conto dello sviluppo professionale, in particolare relativamente al conferimento di incarichi nei ruoli dirigenziali o di responsabilità.

Premettendo che il personale dirigente si colloca per oltre il 90% nell'area sanitaria, si evidenzia, sia tra il personale di area sanitaria che tra quello di area amministrativa, una minima prevalenza della componente femminile.

Per quanto riguarda gli 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. 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 31.12.2015

Tipologia incarico	F	%F	M	%M	Totali	% totali
Direttore Dipartimento	0	0,00%	2	0,80%	2	0,39%
Direttore UO/Servizio	14	5,34%	20	7,97%	34	6,63%
Responsabile struttura semplice dipartimentale	3	1,15%	4	1,59%	7	1,36%
Responsabile struttura semplice	11	4,20%	11	4,38%	22	4,29%
Responsabile di programma (struttura semplice dipartimentale)	0	0,00%	7	2,79%	7	1,36%
Incarico di alta specializzazione	20	7,63%	36	14,34%	56	10,92%
Case Manager Esperto	183	69,85%	159	63,35%	342	66,67%
Case Manager	31	11,83%	12	4,78%	43	8,38%
Totale	262	100,00%	251	100,00%	513	100,00%

Tabella 9 Distribuzione incarichi di posizione organizzativa per ruolo e per genere al 31.12.2015

Ruolo	Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
Sanitario	23	0,96%	9	1,12%	32
Professionale	0	0%	0	0	0
Tecnico	4	0,17%	8	1,00%	12
Amministrativo	18	0,75%	2	0,25%	20
Totale	45	1,87%	19	2,37%	64

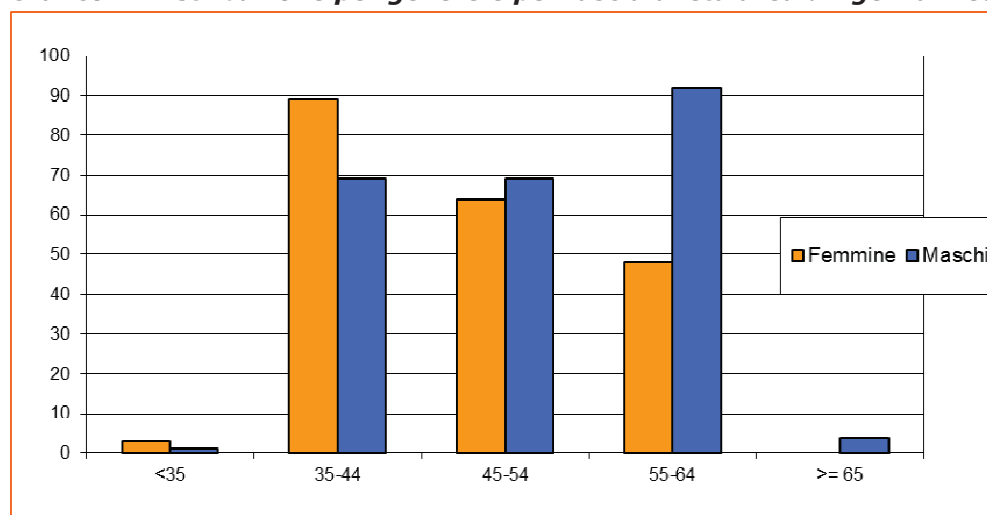
Tabella 10 Distribuzione incarichi di coordinamento per genere al 31.12.2015

Femmine	Femmine %	Maschi	Maschi %	Totale
114	4,74%	25	3,11%	139

Analisi di genere del personale medico

Analizzando in particolare la dirigenza medica ospedaliera anche a tempo determinato, si conferma (grafico 7) la prevalenza della componente femminile tra le giovani generazioni (ossia fra chi ha meno di 45 anni).

Grafico 7 Distribuzione per genere e per fascia di età area dirigenza medica





La distribuzione dei professionisti tenendo conto della disciplina di appartenenza (tabella 11) rileva una marcata 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 31.12.2015

DISCIPLINE AREA MEDICA E DELLE SPECIALITA' MEDICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOLOGIA	43,33%	56,67%
DERMATOLOGIA	66,67%	33,33%
EMATOLOGIA	100,00%	0,00%
GASTROENTEROLOGIA	37,50%	62,50%
GENETICA MEDICA	100,00%	0,00%
GERIATRIA	55,00%	45,00%
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO	40,00%	60,00%
MALATTIE INFETTIVE	46,67%	53,33%
MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	60,71%	39,29%
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	62,50%	37,50%
MEDICINA INTERNA	53,85%	46,15%
NEFROLOGIA	50,00%	50,00%
NEONATOLOGIA	60,00%	40,00%
NEUROLOGIA	71,43%	28,57%
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	100,00%	0,00%
ONCOLOGIA	40,00%	60,00%
PEDIATRIA	80,00%	20,00%
RADIOTERAPIA	60,00%	40,00%
REUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
SUBTOTALI	56,07%	43,93%
DISCIPLINE AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITA' CHIRURGICHE	% Femmine	% Maschi
CARDIOCHIRURGIA	0,00%	100,00%
CHIRURGIA GENERALE	33,33%	66,67%
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	42,86%	57,14%
CHIRURGIA PEDIATRICA	13,33%	86,67%
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	0,00%	100,00%
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	41,67%	58,33%
NEUROCHIRURGIA	18,18%	81,82%
OFTALMOLOGIA	25,00%	75,00%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,00%	100,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	0,00%	100,00%
UROLOGIA	27,27%	72,73%
SUBTOTALI	17,89%	82,11%
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	59,74%	40,26%
MEDICINA LEGALE	0,00%	100,00%
MEDICINA NUCLEARE	80,00%	20,00%
MEDICINA TRASFUSIONALE	33,33%	66,67%
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	100,00%	0,00%
NEURORADIOLOGIA	33,33%	66,67%
PATOLOGIA CLINICA (LAB.ANALISI)	83,33%	16,67%
RADIODIAGNOSTICA	51,52%	48,48%
SUBTOTALI	55,63%	44,37%
DISCIPLINE AREA DI SANITA' PUBBLICA	% Femmine	% Maschi
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	66,67%	33,33%
SUBTOTALI	66,67%	33,33%
Totale	48,47%	51,53%



Relativamente allo sviluppo della professione medica, la distribuzione per genere dei medici in formazione specialistica (tabella 12) evidenzia complessivamente una prevalenza femminile in tutte le aree, da ricondursi alla numerosità della popolazione femminile tra gli iscritti alle scuole di specializzazione, come si evince dal grafico 8.

Grafico 8 Medici in formazione specialistica iscritti alle Scuole di Specializzazione per genere, anno 2015

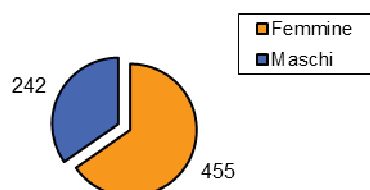


Tabella 12 Distribuzione per genere e per scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Parma, anno 2015

AREA MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Allergologia ed immunologia clinica	4	100,00%	0	0,00%
Dermatologia e venereologia	7	70,00%	3	30,00%
Ematologia	7	70,00%	3	30,00%
Endocrinologia e malattie del ricambio	3	100,00%	0	0,00%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	1	100,00%	0	0,00%
Gastroenterologia	3	60,00%	2	40,00%
Geriatria	13	76,47%	4	23,53%
Malattie dell'apparato respiratorio	17	65,38%	9	34,62%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	15	46,88%	17	53,13%
Malattie dell'apparato digerente	0	0,00%	2	100,00%
Malattie infettive	3	75,00%	1	25,00%
Malattie infettive e tropicali	1	100,00%	0	0,00%
Medicina d'emergenza-urgenza	22	73,33%	8	26,67%
Medicina fisica e riabilitazione	11	68,75%	5	31,25%
Medicina interna	18	66,67%	9	33,33%
Nefrologia	10	66,67%	5	33,33%
Neurologia	12	70,59%	5	29,41%
Neuropsichiatria infantile	23	88,46%	3	11,54%
Oncologia	10	62,50%	6	37,50%
Pediatria	55	91,67%	5	8,33%
Psichiatria	21	84,00%	4	16,00%
Radioterapia	14	70,00%	6	30,00%
Scienza dell'alimentazione	3	75,00%	1	25,00%
Totale	273	73,58%	98	26,42%
AREA DI CHIRURGIA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Cardiochirurgia	1	25,00%	3	75,00%
Chirurgia generale	18	45,00%	22	55,00%
Chirurgia maxillo facciale	8	47,06%	9	52,94%
Chirurgia plastica e ricostruttiva	2	40,00%	3	60,00%
Chirurgia toracica	1	25,00%	3	75,00%
Chirurgia vascolare	3	50,00%	3	50,00%
Ginecologia e ostetricia	22	81,48%	5	18,52%
Oftalmologia	9	60,00%	6	40,00%
Ortopedia e traumatologia	7	30,43%	16	69,57%
Otorinolaringoiatria	5	83,33%	1	16,67%
Urologia	2	66,67%	1	33,33%
Totale	78	52,00%	72	48,00%
AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Anatomia patologica	10	71,43%	4	28,57%
Anestesia rianimazione ter. Intensiva e del dolore	4	30,77%	9	69,23%
Anestesia rianimazione terapia intensiva	27	65,85%	14	34,15%



AREA MEDICA E DELLE SPECIALITÀ MEDICHE				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Medicina legale	2	66,67%	1	33,33%
Microbiologia e Virologia	1	100,00%	0	0,00%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	0	0,00%	1	100,00%
Radiodiagnostica	33	49,25%	34	50,75%
Totale	77	55,00%	63	45,00%
AREA DI SANITÀ PUBBLICA				
Scuola di specializzazione	Femmine	%Femmine	Maschi	% Maschi
Igiene e medicina preventiva	14	87,50%	2	12,50%
Medicina del lavoro	13	65,00%	7	35,00%
Totale	27	75,00%	9	25,00%

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 31.12.2015 –area comparto

Nazionalità	Femmine	Maschi
ARGENTINA	1	0
BRASILIANA	0	1
CUBANA	1	0
GRECA	0	1
MAROCCHINA	1	0
PARAGUAIANA	16	2
POLACCA	5	0
RUMENA	47	3
SPAGNOLA	2	0
SERBA	1	0
LITUANA	1	0
UCRAINA	1	
MOLDOVA	1	0
Totale	77	7

Mobilità del personale

La dinamica degli ingressi e delle uscite del personale negli anni 2013-2015 è riepilogata nella tabella 14, sulla base dei criteri previsti per il conto annuale e tenendo conto del solo personale a tempo indeterminato.

La politica di governo delle risorse umane è stata caratterizzata dal quadro normativo e finanziario volto alla necessità di razionalizzare la spesa pubblica sia all'esigenza di garantire una maggiore trasparenza e un maggior rigore nella governance del sistema sanitario. La programmazione dei fabbisogni di personale delle aziende del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna avviene nel rispetto del Piano Annuale di assunzione approvato dalla Regione stessa.

La gestione degli organici dell'Azienda, nel rispetto degli indirizzi regionali di contenimento del turn over, è stata prevalentemente orientata 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.

Tabella 14 Mobilità del personale a tempo indeterminato, anni 2013-2015

Mobilità in uscita	2013	2014	2015
Limite età	6	9	7
Dimissioni	26	61	73
Passaggio altra amm.ne	58	42	32
Pass. altra amm. Legge 59/97	0	0	0
Altre cause	7	8	9
Mobilità in entrata	2013	2014	2015
Provenienti altre amm.ni	34	16	32
Provenienti altre amm.ni legge 59/97	0	0	0
Procedure concorsuali	18	115	50
Altre cause	1	1	2
Differenza	-44	+12	-37


Tabella 15 Cessati per categorie, 2013-2015.

Categorie	Passati altra amm.ne	Dimissioni	Limite età	Altre cause
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
Anno 2015				
Dirigenti medici	5	17	4	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	0	0	0	0
Personale infermieristico	15	23	2	4
Personale della riabilitazione	0	1	0	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0	0
Personale tecnico sanitario	6	7	0	0
Altro personale ruolo tecnico	0	9	1	4
Personale OTA, OSS, ausiliari	5	8	0	0
Personale amministrativo	1	8	0	0

Tabella 16 Assunti per categorie, 2013-2015

Categorie	Provenienti altre amm.ni	Procedure concorsuali	Altre cause
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
Anno 2015			
Dirigenti medici	4	6	1
Altri dirigenti (sanitari - A.P.T.)	1	1	1
Personale infermieristico	22	17	0
Personale della riabilitazione	0	2	0
Personale tecnico della prevenzione	0	0	0
Personale tecnico sanitario	3	9	0
Altro personale ruolo tecnico	0	0	0
Personale OTA, OSS, ausiliari	2	15	0
Personale amministrativo	0	0	0

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 rappresenta un momento decisionale fondamentale per la direzione aziendale sia nella fase di verifica dei risultati rispetto alla gestione complessiva aziendale, sia nella fase di pianificazione degli obiettivi.

Nel mese di marzo 2015 si è insediata la nuova Direzione Aziendale.



In un'ottica di maggiore integrazione tra Azienda Ospedaliera e Università degli Studi di Parma, si è concordato sulla presenza nelle sedute del Collegio di Direzione sia del Direttore Generale che del Pro-Rettore alla Sanità dell'Università degli Studi di Parma.

Il Collegio di Direzione si è riunito con regolarità e cadenza mediamente mensile.

Le azioni svolte dal Collegio di Direzione dal mese di marzo 2015 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 caratterizzante la Struttura Complessa di Pediatria Generale e d'Urgenza, ai fini dell'incarico di direzione da conferire;
- definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa Urologia, ai fini dell'incarico di direzione da conferire;
- definizione del fabbisogno caratterizzante la Struttura Complessa Oncologia Medica, ai fini dell'incarico di direzione da conferire.

In tema di formazione è stato validato dal Collegio di Direzione il Rapporto annuale sulla Formazione 2014 (R.A.F.): documento di valutazione quali-quantitativa di quanto realizzato nel corso dell'anno, in una logica sistemica, comprendente le principali attività del Provider ECM unico AOU e Università, i principali progetti di formazione anche non ECM, i percorsi progettati con AUSL di Parma, con AVEN e con la Regione, la collaborazione con l'Università rispetto a percorsi tipicamente universitari (corsi di laurea delle professioni sanitarie, master, dottorati) in cui il contributo dell'Azienda è sostanziale. I diversi percorsi e le diverse modalità formative rappresentano infatti, in un'azienda ospedaliero-universitaria, un sistema interconnesso e inscindibile che garantisce il costante progresso della conoscenza finalizzata all'assistenza con l'ulteriore benefit rappresentato dall'integrazione tra il sapere accademico e il sapere pratico. I percorsi formativi non devono rimanere sganciati dalle necessità del mondo del lavoro, ma nello stesso tempo non devono neppure dipendere dalle esigenze del mondo del lavoro. Infatti una formazione slegata dal mondo del lavoro risulterebbe troppo teorica e non applicabile, una formazione esclusivamente legata alle necessità del lavoro non innescherebbe circuiti di innovazione.

Le attività della formazione aziendale sono guidate da quattro principi fondamentali:

- la formazione come processo;
- l'integrazione tra formazione, assistenza e ricerca;
- lo sviluppo del capitale intellettuale;
- l'integrazione con l'Università.

L'integrazione con l'Università ha costituito un principio trasversale che ha caratterizzato tutti i momenti della formazione aziendale.

Sempre in tema di formazione il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla costituzione del nuovo Comitato Scientifico del Provider ECM.

A tale proposito il Collegio di Direzione ha designato i nominativi della nuova composizione del Comitato in questione.

Il Collegio di Direzione 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) in quanto costituisce il luogo di confronto e di coordinamento delle strategie complessive del governo clinico.

A tale proposito ha espresso parere favorevole sul documento Piano delle azioni anno 2015 – Linee guida al budget.

Sono stati condivisi ed approvati dal Collegio il tempogramma, nonché le azioni correlate alla definizione del percorso di budget 2015.

E' stato, inoltre, approvato dal Collegio di Direzione il Piano delle Performance 2015/2017: documento programmatico triennale da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione



delle performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Sono stati presentati, inoltre, al Collegio di Direzione il Bilancio d'Esercizio 2014 e il Bilancio di Previsione 2015.

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.

Al fine di migliorare le condizioni organizzative all'interno di ciascun Dipartimento e di facilitare le attività assistenziali delle singole unità operative afferenti al Dipartimento stesso, sono stati elaborati progetti di riorganizzazione di alcune Unità Operative. In particolare:

- Riorganizzazione della UO Cardiologia – il progetto è stato redatto non solo al fine di una migliore programmazione dei tempi di attesa per l'attività ambulatoriale, ma anche in tema di riorganizzazione della rete ospedaliera come previsto del DM n. 70 del 2015. Le aree prioritarie di intervento, operative all'interno della UO Cardiologia, riguardano:

- Emodinamica
- Elettrofisiologia
- Attività ambulatoriali
- Degenza ordinaria e di Day Hospital
- Attività di pre-ricovero
- Individuazione di nuovi percorsi

- Progetto riorganizzazione ortopedie

Detto progetto comporta la fusione delle due Unità Operative in una sola Struttura sotto la direzione di un unico Direttore universitario.

L'Unità Operativa seguirà i seguenti criteri.

- Il trattamento delle lesioni ortopediche elettive risponderà alle attese, richiederà una dotazione di posti letto adeguata. Risponderà ad obiettivi generali e ad obiettivi specifici quali l'incremento della chirurgia in elezione e protesica, in particolare l'inversione della tendenza alla mobilità extraregionale, l'incremento della capacità attrattiva.
- L'attività traumatologica è solo in parte attesa in base ai dati dello storico, ma è per lo più imprevedibile e richiederà un contenitore variabile che si adatti a fasi di contingente incremento.

- Progetto di riorganizzazione delle aree internistiche

- Progetto di riorganizzazione delle funzioni amministrative

- Piano dell'emergenza posti letto autunno-inverno 2015-2016: L'obiettivo è quello di avere la più alta disponibilità di posti letto per l'area internistica.

- Istituzione Dipartimento Farmaceutico: il Collegio di Direzione è stato coinvolto in merito alla proposta di un Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma. Tale Dipartimento si inserisce nella strategia di politica sanitaria regionale orientata a promuovere una integrazione tra ASL e aziende ospedaliere universitarie, sia in ambito provinciale che di area vasta.

Il Dipartimento Interaziendale per l'assistenza farmaceutica, attraverso i Servizi Farmaceutici delle due aziende sanitarie e del Servizio Farmaceutica Territoriale dovrà assicurare la continuità assistenziale tra l'Ospedale e il Territorio; dovrà inoltre operare in maniera coordinata nell'attività di governo della spesa farmaceutica, intervenendo per favorire l'uso appropriato e corretto dei beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, dietetici, prodotti ad uso diagnostico) secondo i principi della medicina basata sulla evidenza e mediante l'acquisizione delle conoscenze necessarie al processo decisionale di selezione, prescrizione ed uso di tali prodotti.

Tale modello organizzativo consiste:

- nel favorire il processo di programmazione congiunta e coerente delle attività, rispetto agli obiettivi regionali e aziendali, con condivisione delle priorità ed eventuali opportunità;
- nell'utilizzo integrato del personale, con la messa in comune delle competenze ed esperienze;
- nello sviluppo di competenze trasversali e suddivisione delle funzioni;
- nell'implementare in modo coerente il raggiungimento almeno della dimensione provinciale nei principali settori di intervento.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, il Collegio di Direzione ha espresso parere favorevole in merito alla prosecuzione delle convenzioni per attività libero professionale su base



extraprovinciale e alla 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:

- procedura "Scelta del contraente esterno per servizi di formazione";
- procedura standard di riferimento aziendale SOP "AMM10_A: Come avviare e realizzare uno studio nel CoreLAB".

E' stata, inoltre, affrontata in sede di Collegio di Direzione l'applicazione dell'art. 14 Legge 30/10/2014 n. 161.

Suddetta Legge ha introdotto significative novità in materia di orario di lavoro e di durata minima dei riposi della Dirigenza del ruolo sanitario che non possono autodeterminare il proprio orario di lavoro, pur mantenendo la propria autonomia tecnico/professionale.

Tali cambiamenti sono entrati in vigore a partire del 25/11/2015.

In sintesi:

- La durata media dell'orario di lavoro, a qualsiasi titolo prestato, non può superare, per ogni periodo di sette giorni, le 48 ore. La durata media dell'orario di lavoro deve essere calcolata con riferimento ad un periodo non superiore di quattro mesi.
- Il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da regimi di pronta disponibilità.
- Le 24 ore vanno calcolate dall'inizio del turno da cui il dipendente smonta all'inizio del turno successivo.
- Per i servizi che operano sulle 24 ore, il turno di guardia non può essere superiore alle 12 ore.

La durata settimanale dell'orario di lavoro rimane fissata in 38 ore settimanali.

Il mancato rispetto delle disposizioni previste dalla Legge 161 comporterà sanzioni a carico dei dirigenti dell'Azienda.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Promozione della salute, prevenzione delle malattie

Prevenzione del rischio infettivo negli operatori sanitari

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la prevenzione primaria, è rappresentato dalle vaccinazioni. L'obiettivo dei programmi di prevenzione vaccinale è infatti quello di conferire uno stato di protezione a quei soggetti sani, che per alcune condizioni di salute, occupazionali o comportamentali sono esposti al pericolo di contrarre determinate infezioni, nonché quello di ottenere la riduzione e, quando possibile, l'eradicazione di alcune malattie infettive per le quali non esiste una terapia o che possano essere causa di gravi complicazioni.

In linea con gli obiettivi del DGR 901/2015, nel corso del 2015 è stata implementata la campagna di promozione vaccinale morbillo, rosolia, varicella, epatite B per tutti i Dipendenti dell'Azienda Ospedaliera al fine di promuovere la più alta copertura vaccinale possibile e di assicurare lo standard fissato dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 attuando iniziative vaccinali supplementari rivolte ai soggetti a rischio quali gli operatori sanitari.

Un'ampia estensione della copertura vaccinale garantisce una protezione non soltanto a chi si è sottoposto allo specifico vaccino, ma garantisce altresì la tutela di terzi (pazienti ricoverati spesso più suscettibili a patologie infettive) al fine di prevenire l'insorgenza di epidemie nosocomiali.

Inoltre anche il D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii. individua nelle vaccinazioni le misure più efficaci per prevenire le patologie infettive nei lavoratori a rischio; all'articolo 279, comma 2 si legge: "Il datore di lavoro [...] adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali la messa a disposizione di vaccini efficaci [...]".

In particolare, è stata intrapresa una specifica campagna di informazione/formazione allo scopo di sensibilizzare il personale sanitario in forza all'Azienda relativamente alla vaccinologia e alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica.



Successivamente, l'attività si è sviluppata attraverso l'individuazione, dipartimento per dipartimento, degli operatori sanitari suscettibili per morbillo, rosolia, parotite, varicella ed epatite B, o con stato sierologico non noto, e successiva convocazione scritta per sottoporli a vaccinazione o a prelievo ematico per la ricerca anticorpale.

Tra Gennaio e Dicembre 2015 è stata valutata la documentazione sanitaria di 1532 dipendenti e successivamente convocati 157 in quanto risultati con titolo anticorpale negativo o non noto per uno o più patogeni tra quelli sopra elencati. Di questi hanno aderito in 68 ed è stato così possibile procedere con prelievo e/o vaccinazione a seconda delle necessità.

Contestualmente l'ambulatorio vaccinale presso il quale afferiscono tutti i dipendenti, contrattisti ed il personale in formazione (medici specializzandi, frequentatori, laureandi nelle professioni sanitarie, eccetera) ha sottoposto a vaccinazione oltre 300 utenti.

Alla luce del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2016-2018 si ritiene doveroso continuare l'attività di promozione vaccinale all'interno dell'Azienda Ospedaliera. Alcuni degli obiettivi di tale Piano sono infatti raggiungibili esclusivamente con un approccio alla prevenzione delle malattie infettive multidisciplinare con il coinvolgimento di diverse realtà del Sistema Sanitario Nazionale. Alcune priorità del suddetto Piano Nazionale, per le quali risulta fondamentale il nostro contributo sono:

- Raggiungere lo stato morbillo-free e rosolia-free.
- Promuovere nei Professionisti sanitari, una cultura delle vaccinazioni coerente con i principi guida del presente Piano.
- Sostenere, a tutti i livelli, il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN, e la piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali.

La campagna vaccinale iniziata nel 2015 e proseguirà nel corso del 2016.

Nel corso dell'anno è stata realizzata la revisione della procedura aziendale "Gestione campagna vaccinale al personale dipendente". La procedura riconosce come obiettivi principali: la prevenzione delle infezioni occupazionali e la prevenzione del rischio infettivo negli utenti/visitatori della struttura sanitaria. Nel documento in bozza sono contenute le modalità operative per l'identificazione del personale sieronegativo o con stato immunologico sconosciuto, il sistema di convocazione e le azioni per la realizzazione dell'iter-procedurale richiesto in base agli esiti degli accertamenti sierologici. Il documento è al momento in fase di validazione. Sarà formalizzato nel corso del 2016.

Come ogni anno, è stata attivata e realizzata apposita 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. Oltre all'ambulatorio attivo presso la Medicina Preventiva, sono stati creati ambulatori decentrati per favorire l'accesso del personale. Contestualmente è stata garantita la disponibilità di vaccini anche ai pazienti ricoverati nella struttura ospedaliera e considerati a rischio (terapie intensive, geriatrie, eccetera).

E' proseguita l'attività di gestione delle segnalazioni e degli infortuni a rischio biologico occorsi al personale dipendente. In caso di infortunio biologico, in Azienda è operativa la procedura "La gestione degli infortuni a rischio biologico" in cui sono contenute le indicazioni per ridurre il rischio di trasmissione di infezioni virali a seguito di infortunio. La procedura identifica i percorsi, le strutture e i compiti da adempiere per il trattamento degli infortuni.

Si riportano i dati complessivi relativi alle segnalazioni di eventi a rischio e agli infortuni nel 2015. Tutti i professionisti coinvolti hanno completato la profilassi prevista.

Tabella 17 Eventi a rischio biologico

Eventi a rischio biologico	2015
Paziente fonte HCV+	12
Paziente fonte HIV+	4
Pazienti con infezione associata (HCV+ e HIV+)	1
Paziente sconosciuto o sierologia sconosciuta	26
Pazienti con sierologia HIV sconosciuta	2



Modalità di esposizione	2014	2015
Puntura	93	76
Taglio	5	5
Graffio/Morso	3	4
Contatto Muco-Cutaneo	46	29
Errore di Procedura (smaltimento scorretto, reincappucciamento ago, ecc.)	9	1
Totale	156	115

Categoria Professionale	2014	2015
Medico	10	12
Medico Specializzando	13	19
Infermiere	72	46
Ostetrica	3	1
OSS	19	15
Tecnici Sanitari	6	2
Studenti corsi sanitari	18	14
Figure di Supporto	6	6
Totale	156	115

Si evidenzia che, nel corso del 2015, non si è riscontrato nessun caso di sieroconversione.

Rispetto al 2014, anche a seguito dell'introduzione dei DM con dispositivo di sicurezza, si è assistito ad una diminuzione degli infortuni, con un dato abbastanza significativo per quanto riguarda la riduzione delle punture accidentali e degli errori di procedura.

Gestione degli infortuni

Nell'ambito della prevenzione degli eventi infortunistici e in particolar modo per la finalità di disporre di informazioni utili alla comprensione del fenomeno, è stata mantenuta anche nell'anno 2015 l'attività di aggiornamento del data base appositamente realizzato per la rilevazione delle denunce di infortunio in un'ottica di statistica.

Dall'analisi dei dati delle denunce di infortunio del personale dipendente nell'anno 2015 si evidenzia relativamente all'intera Azienda un numero di infortuni complessivo pari a n. 307, per un totale di giornate lavorative perse di n. 9099, con un'assenza media pari a 30.12 giorni.

Rispetto all'anno precedente, si assiste, a fronte di un numero inferiore di infortuni, ad un aumento della durata media degli stessi.

L'incidenza del fenomeno rispetto al numero complessivo di operatori con rapporto di lavoro subordinato (n. 3558) è pari al 8,63% (numero di infortuni denunciati all'INAIL / N° totale dipendenti * 100).

Nei 307 infortuni sono ricompresi:

- n. 69 infortuni la cui natura è riconducibile a "eventi a rischio biologico" di cui 37 eventi che non hanno provocato assenza dal lavoro (cioè a 0 gg), 1 dovuto a ricadute di infortuni precedenti
- n. 26 infortuni non sono riconducibili a "infortunio vero e proprio", ma trattasi di "ricadute di infortuni precedenti" che hanno comportato 1455 giorni di assenza nel 2015.

Le giornate perse per 11 ricadute di eventi accaduti nel 2015 sono 320, mentre per 15 eventi accaduti negli anni precedenti fin dal 1992 le giornate lavorative perse sono 1135. Questo dato ulteriormente indagato ha evidenziato che rispetto agli anni precedenti è aumentata la gravità delle ricadute in termini di durata dell'assenza, fenomeno che concorre a determinare l'indice generale di gravità del fenomeno infortunistico.

Analizzando i dati rispetto al genere, emerge che le Femmine con 226 infortuni superano i Maschi con 81 infortuni; dato da leggere tenendo conto della prevalenza della popolazione femminile rispetto al totale, come rappresentato nella parte del capitolo dedicata alla "carta di identità" del personale.

Gli eventi infortunistici in base al sesso e all'età anagrafica sono così ripartiti:

**Tabella 18 Distribuzione infortuni in base a genere e età anagrafica**

Età	Maschi	Femmine
20-30	9	18
31-40	28	58
41-50	27	99
51-60	16	50
61-65	1	1
Totale	81	226

Analizzando nel dettaglio le modalità di accadimento di infortunio più rilevanti si può osservare quanto segue:

Tabella 19 Numero di infortuni e giornate di assenza per forma di infortunio, anno 2015

Forma	Numero di infortuni	Giornate di assenza
Algie	18	383
Contaminato	21	75
Contusione	82	2414
Distorsione	63	2385
Ferita	13	142
Ferita da tagliente	2	1
Frattura	22	1498
Imprecisato	1	2
Lesione da sforzo	41	1921
Sciatalgia	4	137
Si è punto con Ago	37	56
Trauma Cranico	3	85
Totale	307	9099

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 2015 sono, come peraltro già sottolineato negli anni precedenti, prevalentemente dovute a fenomeni legati alla movimentazione (lesione da sforzo, contusione, distorsione).

In particolare, la parte del corpo maggiormente colpita risulta essere la seguente:

Tabella 20 Parte del corpo maggiormente colpita dall'evento infortunistico

Sede	Eventi
Arto Inferiore	72
Arto Superiore	72
Bacino - Addome	12
Capo (faccia - testa)	16
Collo	10
Cute	28
Occhi	10
Plurima	29
Torace - Tronco - Colonna	58
Totale	307



Anche per l'anno 2015 le categorie di lavoratori maggiormente coinvolte nel fenomeno infortunistico appartengono a quelle più numerose all'interno dell'Azienda e più esposte al rischio infortunistico: si tratta infatti principalmente di personale addetto all'assistenza alla luce delle specifiche mansioni svolte. Nella tabella che segue si rappresentano le categorie di operatori maggiormente interessate dal fenomeno infortunistico.

Tabella 21 Giornate di assenza per infortunio e numero infortuni per categorie di operatori maggiormente interessate

Qualifica	N. Infortuni	Giorni
DIRIGENTE MEDICO	20	146
COLLABORATORE PROF.SANITARIO – INFERMIERE CAT. D	139	3429
OPERATORE SOCIO SANITARIO CAT. BS	79	2845
OPERATORE TECNICO AUSILIARIO SPECIALIZZATO CAT. B	8	758
AUSILIARIO SPECIALIZZATO CAT. A	9	365
Totale	372	8633

Nella tabella che segue si rappresenta invece come gli eventi infortunistici si distribuiscono all'interno dei Dipartimenti dell'Azienda.

Tabella 22 Distribuzione eventi infortunistici nei Dipartimenti

Dipartimento	N. Eventi	Giorni
EMERGENZA-URGENZA e AREA MEDICA GENERALE e SPECIALISTICA	106	2553
DIAGNOSTICO	41	2131
CHIRURGICO GENERALE e SPECIALISTICO	87	2105
MEDICO GERIATRICO E RIABILITATIVO	16	629
MATERNINO-INFANTILE	35	899
DIREZIONE	20	733
TECNICO E DELLE TECNOLOGIE	2	49
Totale	307	9099

Sulla base degli ambiti lavorativi (UU.OO.) nei quali gli eventi si sono verificati, la tabella successiva riporta i dati di quelli che registrano un più elevato numero di eventi associato ad un elevato corrispondente numero di giornate lavorative perse.

Tabella 23 Giornate lavorative perse per unità operativa

Unità Operative	Giornate perse	Eventi
SCIENZE RADIOLOGICHE - DIAGNOSTICHE	698	5
PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE	384	22
RADIOLOGIA - DIAGNOSTICHE	370	7
CHIRURGIA D'URGENZA - DEGENZA	308	2
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA - DEGENZA	297	3
LABORATORIO DI VIROLOGIA	254	3
NEUROCHIRURGIA DEGENZA	242	5
DEGENZA TRAUMATOLOGIA CLINICA ORTOPEDICA	239	5
OSTETRICIA GINECOLOGIA – SALA PARTO	231	9
CDC CHIUSO (ricaduta infortunio del 2008)	227	0
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	219	1
CLINICA E IMMUNOLOGIA MEDICA – DEGENZA SEZ. ACUTI	207	10
DEGENZA PROGRAMMATA ORTOPEDIA	177	7
OSTETRICIA GINECOLOGIA – AMB. ACCETTAZIONE	168	3
SIAT – TERAPIA INTENSIVA	160	3
CARDIOLOGIA TORRE MEDICINE – DEGENZA	139	7

Nell'anno 2015 la movimentazione, pur continuando ad essere una delle fonti di rischio che genera infortuni significativi, registra un calo di eventi; allo scopo è proseguito da parte del Servizio Prevenzione



e Protezione Aziendale il percorso formativo, già iniziato nel 2013 nei reparti in cui la valutazione del Rischio da movimentazione evidenziava carenze strutturali, organizzative e di ausiliazione.

Si sono svolti specifici incontri con il personale a tale riguardo, seguiti 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 e si sono raccolte le impressioni dei lavoratori ed i suggerimenti rispetto al percorso fatto. 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 proseguire con questo tipo di attività formativa dando la priorità alle UU.OO. che presentano, a fronte delle valutazioni del rischio movimentazione condotte, maggiori criticità rispetto al rischio da movimentazione.

Un'altra importante iniziativa è stata proposta a 42 operatori di vari ambiti lavorativi che hanno potuto frequentare 3 edizioni di un corso di back school di 6 ore ciascuna, durante i quali, con la guida di un Fisioterapista Esperto, hanno potuto apprendere le tecniche di rilassamento muscolare e le modalità per eseguire esercizi mirati al rafforzamento della colonna vertebrale da eseguire poi anche a domicilio; in ragione di ciò può affermarsi che gli operatori sono stati indirizzati a modificare anche il loro stile di vita.

Tale iniziativa ha raccolto molto consenso fra i frequentatori e molti operatori, venuti a conoscenza di questo tipo di corsi, si sono proposti per frequentare quelli predisposti anche per il 2016.

A completamento può ritenersi rilevante anche l'avanzamento del percorso di sostituzione graduale ed integrazione dei letti elettrici da distribuire alle varie UU.OO. che sono progettati in funzione di un approccio decisamente più ergonomico per l'operatore coinvolto e che pertanto può contribuire a mitigare in maniera sensibile l'esposizione degli stessi al rischio movimentazione. Il completamento delle forniture di che trattasi dovrebbe attuarsi nel corso del 2016.

Sono stati inoltre affrontati temi formativi riguardanti l'esposizione al rischio chimico e le modalità per operare in sicurezza con l'ausilio di idonei dispositivi di protezione, sia individuali che collettivi al fine di mitigare esposizioni a sostanze chimiche pericolose.

In conclusione, nonostante il confronto statistico con gli anni precedenti evidenzia una diminuzione del numero di infortuni, di fatto le giornate lavorative perse sono aumentate, tenuto conto tuttavia del peso assunto dalle ricadute di infortuni di anni precedenti.

Nel computo totale degli infortuni sono compresi infortuni che non hanno comportato l'abbandono dal 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 poiché porta ad una crescita del numero di infortuni; in realtà consente di adottare tempestivamente - e quindi efficacemente - i sistemi di prevenzione necessari ad evitare conseguenze dannose per l'operatore.

Con la collaborazione dei diversi servizi aziendali coinvolti nella gestione della sicurezza, si ritiene anche per gli anni prossimi di poter migliorare la gestione del fenomeno infortunistico, proseguendo con i produttivi processi di sensibilizzazione e informazione/formazione del personale al fine di ottenere un loro più efficace monitoraggio.

Valutazione del rischio, gestione delle emergenze e piani formativi

Obiettivi

Per l'anno 2015 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:

- Ottimizzazione dei processi di gestione delle emergenze (non cliniche) attraverso la sensibilizzazione del personale e la predisposizione di specifiche procedure e di organigrammi definiti da attivare in casi di emergenza.
- Analisi dei processi lavorativi e degli ambienti fisici evincibili dal documento di valutazione dei rischi, oltre che da un'adeguata applicazione degli incarichi di gestione degli spazi e delle risorse umane.
- Attività di formazione per la sicurezza per i lavoratori con particolare riferimento ai Rischi Specifici, in applicazione degli accordi con l'Organismo Paritetico Provinciale.



Risultati raggiunti

In considerazione dell'apertura ad attività assistenziali di nuovi edifici o spazi lavorativi specifici, si è concentrata l'attenzione sull'ottimizzazione della gestione di eventuali possibili scenari incidentali che possano interessare una struttura di nuova realizzazione. Pertanto, in assenza di uno storico che possa costituire da base di riferimento per il miglioramento delle prestazioni da garantire in casi di emergenza, è stato condotto uno studio approfondito mirato a definire con immediatezza adeguati lay-out finalizzati alla più corretta gestione delle emergenze non cliniche. Le procedure da attuare in caso di emergenza da parte di tutti gli attori coinvolti costituiscono parte integrante dello specifico documento di pianificazione redatto (Piano Emergenza Interno).

L'art.17 del D. Lgs. 81/08 prevede l'obbligatorietà della stesura del documento di valutazione dei rischi lavorativi presenti. Tale obbligo va ovviamente esteso anche ai casi di attività assistenziali ospitate in edifici di proprietà Universitaria; per tale ragione le esposizioni dei lavoratori ai rischi sono state analizzate e classificate con conseguente assegnazione di priorità di attivazione dei relativi programmi di miglioramento, al fine di mitigare puntualmente le criticità che sono emerse. E' sempre auspicabile, nei casi di nuovi insediamenti, affrontare già in fase di progettazione l'attribuzione delle relative destinazioni d'uso, tenendo conto che i lavori di adeguamento/ristrutturazione vanno concordati con il proprietario dell'edificio (qualora diverso dall'AOU). Nei casi di attività ospitate in ambienti di proprietà universitaria, questa, dal punto di vista degli obblighi normativi sulla sicurezza, risponde solo di quei lavoratori che risultano dedicati ad attività didattica e di ricerca. Considerando quindi le rispettive distribuzioni degli spazi, mai sovrapponibili, oltre che la gestione inevitabilmente comune delle procedure da attuare in caso di emergenza, i relativi lay-out sono condivisi con l'Ente proprietario ed i titolari degli spazi lavorativi ivi afferenti.

Come da Accordo Stato-Regioni che obbliga tutti i lavoratori a seguire un piano formativo sulle tematiche della sicurezza per ambienti di lavoro, è stato promosso, nel contesto delle attività formative su rischi specifici (RS), lo svolgimento di una serie di progetti mirati a fornire le corrette informazioni e indicazioni operative sulle modalità di svolgimento degli incarichi in materia di sicurezza nel contesto ospedaliero riguardanti attività di ambito assistenziale. Uno di tali progetti è stato condiviso con l'Azienda USL di Parma, prevedendo, oltre ai principi di accordo in sede di Organismo Paritetico Provinciale, l'istituzione di giornate formative condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Usl di Parma. Esse sono state rivolte al personale dipendente con debito formativo sulla sicurezza e si sono sviluppate in particolare sulla parte dei Rischi Specifici. In tale ottica sono stati organizzati alcuni corsi, della durata di 4 ore cadauno, attraverso i quali sono state trattate alcune tematiche riguardanti: ruoli e funzioni dei RLS Aziendali, compiti dell'Organismo Paritetico Provinciale (OPP) Sanità, le Organizzazioni Sindacali; Rischio Biologico e Dispositivi di Protezione Individuale da utilizzare per la mitigazione delle esposizioni dei lavoratori.

Interventi realizzati nel corso del 2015

- Adeguata diffusione delle procedure da adottare nei casi di emergenza non clinica, attraverso incontri mirati, programmati per singoli contesti lavorativi (UU.OO. /Servizi) ai quali sono invitati a partecipare tutti i lavoratori afferenti a ciascuno di essi.
- Aggiornamento dei Documenti di Valutazione del Rischio, specificatamente per le strutture di nuova realizzazione.
- Proseguimento dell'attività formativa, indirizzata soprattutto alle figure di neoassunti, sulla base di progetto formulato dall'OPP Sanità per il completamento del percorso formativo di legge stabilito per attività a Rischio Alto.

4.4 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

Per quanto riguarda la retribuzione di risultato per il personale dell'area dirigenziale, che si fonda su principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e in ambito aziendale in correlazione 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, nell'anno 2015 si è



mantenuto l'impianto generale 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 2015;
- 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 rassegna 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 2015:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera
- Sviluppo ICT
- Sviluppo rete clinico-organizzativa del paziente oncologico
- Facilitazione accesso alle prestazioni di ricovero
- Facilitazione accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Razionalizzazione e contenimento della spesa

Per l'anno 2015 viene prevista la valutazione dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa e Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale in ordine alla verifica dell'andamento e del conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget, che si esplica mediante l'analisi della reportistica di monitoraggio infrannuale e mediante l'effettuazione di incontri direzionali con il Comitato di budget, con particolare riferimento ad obiettivi ritenuti critici, e mediante l'eventuale inoltro di relazioni esplicative richieste dalla Direzione aziendale in caso di mancato conseguimento, nonché mediante l'inoltro di relazione annuale di andamento e conseguimento degli obiettivi di budget.

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.

L'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), costituito con atto n. 124 del 11.03.2015, sulla base delle indicazioni regionali 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 riscontrare la conformità rispetto al processo in essere in Azienda e agli accordi con le OOSS e trasmette all'OIV regionale gli esiti di tale processo.

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

Il sistema di incentivazione del personale dell'area comparto per l'anno 2015 conferma, relativamente alle 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.

Il percorso valutativo connesso agli obiettivi aziendali prefissati in sede di negoziazione di budget per l'anno 2015 è così strutturato:

- da parte della Direzione Strategica Aziendale per tutti gli operatori del Comparto circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni di riferimento;
- l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), costituito con atto n. 124 del 11.03.2015, sulla base delle indicazioni regionali 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 riscontrare la conformità rispetto al processo in essere in Azienda e agli accordi con le OOSS e trasmette all'OIV regionale gli esiti di tale processo.

Il complessivo premio di produzione, correlato al raggiungimento degli obiettivi, è:

- parziale e proporzionale alla percentuale di raggiungimento se conseguiti fino all'89%;
- totale se conseguiti tra 90% e 100%.

4.5 Formazione

I dati di attività

Per quanto concerne l'erogazione della formazione interna, l'anno 2015 può essere considerato un anno di transizione, in cui si sono concluse le iniziative programmate nel biennio precedente e si è delineato un riposizionamento della formazione in relazione ai nuovi obiettivi strategici aziendali. Inoltre, pur conservando la qualità dell'offerta formativa orientata allo sviluppo delle principali competenze cliniche, tecniche, manageriali e relazionali dei professionisti presenti in Azienda, si nota un orientamento finalizzato alla razionalizzazione delle proposte formative attraverso la riduzione della loro frammentazione.



Dato da rilevare è inoltre che il Settore Formazione ed Aggiornamento ha sostenuto nel Giugno 2015 la visita di accreditamento per la funzione di governo della formazione e per le funzioni di Provider (si veda il successivo paragrafo *Il processo di accreditamento della funzione di governo della formazione e della funzione di provider*).

Con riferimento alla premessa sopra esposta, il 2015 è stato caratterizzato dal decremento dell'attività formativa erogata direttamente dall'Azienda rispetto all'anno 2014, mentre la formazione esterna ha registrato solo una leggera flessione.

Tuttavia, è necessario tenere presente che nel 2014, invertendo la tendenza rispetto agli anni 2012 e 2013, vi era stato un incremento considerevole di ore di formazione interna, riconducibili all'aumento delle iniziative formative promosse a livello trasversale a supporto dei diversi cambiamenti organizzativi (intensità di cura, centrale 118 unificata, formazione sui rischi generali).

Come illustrato nella tabella sottostante, il numero delle iniziative formative (comprese le riedizioni degli eventi) erogate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è diminuito rispetto all'anno precedente (- 32,00%).

Le iniziative complessivamente realizzate sono state 561 di cui 424 eventi residenziali, 136 eventi di formazione sul campo e 1 formazione a distanza, corrispondenti al 66% eventi programmati.

Tabella 24 Numero e tipologia di eventi formativi realizzati nel 2015 messi a confronto con l'attività svolta nel 2014

	Anno 2014	Anno 2015	%
RES	639	424	-33,64%
FSC	186	136	-26,88%
FAD	Dato n.p.	1	
	825	561	-32%

Tabella 25 Numero e tipologia di iniziative formative realizzate nel 2015

	Tipologia di formazione		
RES	Formazione residenziale (1-200 partecipanti)	287	51,16%
RES	Formazione residenziale interattiva	115	20,50%
RES	Convegno / Congresso (oltre 200 partecipanti) con valutazione apprendimento	9	1,60%
RES	Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti)	7	1,25%
RES	Convegno / Congresso (oltre 200 partecipanti) senza valutazione apprendimento	6	1,07%
FSC	Gruppi di miglioramento	66	11,76%
FSC	Training individualizzato	55	9,80%
FSC	Audit clinico e/o assistenziale	10	1,78%
FSC	Attività di ricerca	5	0,89%
FAD	FAD senza tutoraggio	1	0,18%
Totale		561	100%

Per quanto concerne la sola formazione residenziale realizzata, si evidenzia che il 27,12% riguarda la formazione residenziale interattiva, per cui risulta ancora prevalente l'utilizzo di metodologie frontali ed attive. Infatti, la formazione residenziale rappresenta il 67,68% di tutta la formazione effettuata in aula.

Alla osservata diminuzione del numero di eventi corrisponde un decremento delle ore di formazione (- 44,75% rispetto al 2014).

Il numero complessivo delle ore di formazione nel 2015 si attesta intorno alle 79.003 ore, di cui 55.374 ore di aggiornamento interno e 23.629 ore di aggiornamento presso strutture esterne all'Azienda. Quest'ultimo dato risulta sostanzialmente in linea con le ore di formazione all'esterno effettuate negli anni 2012 e 2013 (fonte: RAF 2012 e RAF 2013), pur evidenziando una diminuzione pari a -1,73% rispetto al 2014.

Tabella 26 Ore di formazione erogate ripartite fra formazione all'interno e formazione all'estero, anni 2014 e 2015

Ore di formazione	Anno 2014	Anno 2015
FORMAZIONE INTERNA	118.925	55.374
FORMAZIONE ESTERNA	24.046*	23.629
Totale	142.997	79.003

* NB Dato aggiornato rispetto a quello riportato nel BdM 2014, incompleto a causa di un errore di elaborazione informatica



Al 31/12/2015 il numero complessivo di professionisti dipendenti con obbligo ECM presenti in Azienda erano 2.658 unità, ossia il 69,98 %, rispetto al totale dei dipendenti.

Il numero di professionisti che hanno frequentato corsi interni erogati direttamente dall'Azienda è stato di 3032 unità, di cui 2334 con obbligo ECM e 698 senza obbligo ECM.

Il numero medio di ore di formazione frequentate, dato che include la formazione interna ed esterna, è stato in media di 21,10 ore pro capite.

Per quanto concerne l'accesso alla formazione, i professionisti che hanno frequentato corsi interni all'Azienda sono stati 3032 e quelli autorizzati a frequentare iniziative realizzate da strutture esterne sono stati 711. Gli accessi alla formazione esterna attraverso le sponsorizzazioni individuali per la partecipazione a iniziative formative si attesta a 62 unità.

Si evidenzia che, nonostante la forte diminuzione delle ore di formazione interna erogate, il numero degli accessi è rimasto pressoché equivalente a quello del 2014. Quindi, la diminuzione di ore di formazione avrebbe inciso prevalentemente sul numero di ore pro capite frequentate e non sulla possibilità di accedere alle iniziative formative. La tabella di seguito riporta il numero di professionisti dell'Azienda che hanno avuto accesso alla formazione.

Tabella 27 Numero complessivo di dipendenti che hanno avuto accesso alla formazione

Numero di operatori formati	Anno 2014	Anno 2015	%
FORMAZIONE INTERNA erogata direttamente	3059	3032	81%
FORMAZIONE ESTERNA corsi autorizzati all'esterno in altre strutture	728	711	19%
Totale	3787	3743	100%

Per quanto concerne l'erogazione dei crediti ECM, nel 2015 sono stati attribuiti 47.984 crediti ECM, di seguito ripartiti: 41928 erogati attraverso la partecipazione ad iniziative interne e 6056 conseguiti attraverso l'attività di docenza, di tutorato e di coordinamento nelle iniziative formative ECM. In particolare, i tutor aziendali alle iniziative formative si attestano a 168 unità per un totale di 1340 crediti ECM erogati, mentre il numero di Coordinatori di Formazione sul Campo e di responsabili scientifici che hanno acquisito crediti ECM sono stati 112 ed hanno conseguito 1569 crediti ECM.

Nella tabella sotto riportata viene descritta la ripartizione dei crediti ECM, conseguiti attraverso la partecipazione a iniziative organizzate direttamente dall'Azienda e suddivisi per le varie professioni sanitarie.

Tabella 28 Crediti ECM erogati per la partecipazione ad iniziative formative interne suddivisi per professione, anni 2014 e 2015

Profilo professionale	N. crediti ECM		%	
	2014		2015	
ASSISTENTE SANITARIO	16	0	0	0
BIOLOGO	853,85	0,0135	993,2	0,0237
CHIMICO	13,3	0,0002	0	0
DIETISTA	72,9	0,0012	18	0,0004
EDUCATORE PROFESSIONALE	5	0,0001	0	0
FARMACISTA	133,25	0,0021	180,7	0,0043
FISICO	287,3	0,0045	160,5	0,0038
FISIOTERAPISTA	2568,35	0,0406	478,6	0,0114
INFERMIERE	32800,25	0,5186	23704,3	0,5654
INFERMIERE PEDIATRICO7	71,2	0,0011	114	0,0027
LOGOPEDISTA	935,8	0,0148	74,2	0,0018
MEDICO	17362,8	0,2745	10004,3	0,2386
ODONTOIATRA	397,5	0,0063	31,9	0,0008
ORTOTTISTA	156,4	0,0025	22	0,0005
OSTETRICA/O	1323,5	0,0209	858,1	0,0205
PSICOLOGO, MEDICO PSICOLOGO	1601,6	0,0253	68,8	0,0016
TECNICO AUDIOMETRISTA	1,5	0	13,5	0,0003
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	234,3	0,0037	195	0,0047
TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA	241,95	0,0038	68,55	0,0016
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	1208,35	0,0191	2303,8	0,0549
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	2965,9	0,0468	2638,55	0,0629
	63251	1	41928	1



Per quanto concerne i costi, l'importo per l'aggiornamento interno ammonta 343.715,00 € e l'importo per l'aggiornamento esterno è pari a 47.133,00 €.

Tabella 29 Costi sostenuti per la formazione ECM relativamente all'anno 2015

Costi della formazione	Valore in Euro	%
FORMAZIONE INTERNA	343.715,00	87.94%
FORMAZIONE ESTERNA*	47.133,00	12,06%
Totale	390.848,00	100%

* Gli importi non includono gli accessi alla formazione esterna attraverso sponsorizzazioni o finanziamenti dedicati.

Progetti principali attivati

Il processo di accreditamento della funzione di governo della formazione e della funzione di provider

Nel corso della prima parte dell'anno i professionisti del Settore hanno proseguito con le attività di preparazione della visita di verifica per l'accREDITamento definitivo della Funzione di Governo Aziendale della Formazione Continua e della Funzione di Provider ECM. La visita dei valutatori regionali si è svolta il 24 Giugno del 2015 e ha avuto come finalità la valutazione del livello di conformità ai requisiti previsti dal modello di accREDITamento deliberato dalla RER.

Tutte le osservazioni evidenziate dai valutatori sono state accolte e condivise dai professionisti del Settore e hanno rappresentato, a partire dal secondo semestre del 2015, spunti di riflessione e di approfondimento per l'attivazione di azioni di miglioramento e di soluzioni organizzative riscontrabili nel corso del 2016.

In particolare, sono stati strutturati progetti di miglioramento relativi alla definizione dei profili di competenze del Settore, alla revisione della Carta dei Servizi della Formazione, alla ridefinizione della Relazione annuale e, in sede regionale, ad un nuovo modello di Dossier Formativo.

Per definire i profili di competenze del personale afferente al Settore e declinare le competenze necessarie per le responsabilità assegnate è stato strutturato un progetto di miglioramento che ha prodotto un'evidenza utilizzabile anche come strumento per la ridefinizione della nuova organizzazione del lavoro, in previsione dell'integrazione tra le due funzioni formative delle due aziende sanitarie di Parma. Questa azione di miglioramento rappresenta inoltre una prima fase di un progetto più ampio, che avrà lo scopo di mappare le competenze degli attori coinvolti nel processo della Formazione, per rilevare, gestire e sviluppare le competenze.

Le recenti modifiche all'impianto organizzativo del Settore e dell'intera organizzazione dipartimentale, da 11 a 5 dipartimenti e con una rimodulazione dei referenti della formazione, hanno reso necessaria una revisione della Carta dei Servizi della Formazione, già deliberata nel 2013, che nel progetto di miglioramento impostato per il 2016, prevede anche il suo utilizzo come strumento di diffusione sui canali di comunicazione, anche on line, di tutte le informazioni relative alle attività del Settore.

Il Dossier Formativo che dovrà essere riorganizzato sui nuovi dipartimenti ed essere comprensivo della fase di valutazione sarà ridefinito all'interno di un progetto di miglioramento, che coinvolgerà anche le altre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna nell'ambito del programma di creazione di un unico sistema informativo condiviso.

Anche la relazione annuale del Settore è stata ripensata come un'analisi complessiva dell'esito delle attività svolte e conseguenti approfondimenti e/o riflessioni che portino alla pianificazione di azioni di miglioramento con riferimento alle "Linee Guida di indirizzo per la stesura del piano aziendale della formazione e del rapporto annuale della Formazione (PAF e RAF)", approvate dalla Commissione Regionale per la Formazione Continua, nel mese di luglio 2015.

A tal fine è stato anche ripensato un piano di verifica periodica strutturato, che ridefinisca oggetti e tempi delle verifiche dei risultati come attività sistematica e finalizzata a monitorare le attività del Settore in un'ottica di PDCA (Plan, Do, Act, Check).

La valutazione della formazione: sviluppo delle competenze dei referenti della formazione

Nel 2015 è risultato fondamentale investire su un aspetto strategico della formazione, ossia lo sviluppo di strumenti e metodologie di valutazione che consentano di governare l'efficacia della formazione. In tal senso, i professionisti maggiormente coinvolti nel governo della formazione e i referenti aziendali della formazione si sono formati nell'utilizzo delle principali metodologie utilizzate nell'azione valutativa dei principali progetti formativi.



L'evento formativo organizzato al fine di aumentare le competenze dei referenti aziendali della formazione, intitolato "Elementi metodologici per la valutazione degli eventi formativi sul piano della ricaduta", svolto presso l'Azienda nel mese di Marzo 2015 ha coinvolto 10 Referenti di Formazione Dipartimentale e 11 Referenti della Formazione Trasversale.

Il Corso è stato articolato in 4 incontri per un totale di 19 ore complessive, finalizzate a:

- potenziare le conoscenze sui principali livelli di valutazione dei risultati formativi: gradimento, apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
- potenziare le competenze relative alla progettazione di eventi formativi ai fini della valutazione dei risultati di apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
- potenziare le conoscenze sui principali strumenti metodologici per la valutazione dei risultati di apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
- sviluppare le competenze metodologiche in merito alla pianificazione di un sistema di valutazione dei risultati di ricaduta formativa e ricaduta organizzativa/impatto.

In particolare durante il corso ci si è soffermati sulla valutazione di un evento formativo nei suoi risultati. Tale approccio pone l'attenzione su due piani di osservazione: il piano della valutazione del progetto formativo (inteso quale progetto ben definito nei suoi obiettivi, metodologie, fasi, strumenti di valutazione) e il piano della valutazione dei suoi esiti (inteso quali risultati prodotti dall'evento formativo in termini di gradimento, apprendimento, ricaduta).

Le aree di approfondimento teorico hanno riguardato:

- o il modello della valutazione per livelli e il modello della valutazione per fasi di processo;
- o i livelli della valutazione, quali la valutazione di gradimento (L1), di apprendimento a fine evento (L2), della ricaduta formativa (L3) e della ricaduta organizzativa/impatto (L4);
- o i principali strumenti/modalità di valutazione dell'apprendimento a fine evento (L2);
- o i principali strumenti di valutazione della ricaduta formativa (L3);
- o i principali strumenti di valutazione della ricaduta organizzativa/impatto (L4);
- o gli elementi metodologici in tema di pianificazione della valutazione di ricaduta (L3 e L4);
- o i criteri di scelta per individuare progetti da sottoporre alla valutazione di ricaduta.

I referenti aziendali della formazione hanno apprezzato l'applicazione della parte teorica attraverso due casi studio. Sono stati analizzati quattro progetti formativi già realizzati in Azienda e individuati in collaborazione con il Settore Formazione e Aggiornamento al fine di una riprogettazione che includesse la valutazione di efficacia. I progetti sono stati rivisitati nella impostazione della micro-progettazione e migliorati sul piano metodologico, in particolare nella definizione dei loro obiettivi specifici, al fine di individuare la valutazione di ricaduta più adeguata. Successivamente, a seguito dell'approfondimento teorico in tema di pianificazione della valutazione, su due progetti è stata definita una ipotesi di pianificazione per la valutazione della loro ricaduta formativa e ricaduta organizzativa.

Bilancio delle competenze dei professionisti del Settore Formazione e aggiornamento

La visita di accreditamento ha evidenziato la necessità di meglio definire i profili di competenze del personale afferente al Settore Formazione, in particolare declinati per le responsabilità assegnate. A tal fine nel secondo semestre del 2015 si è strutturato un progetto di miglioramento che ha prodotto un'evidenza utilizzabile anche come strumento per la ridefinizione della nuova organizzazione del lavoro, in previsione dell'integrazione tra le due funzioni formative delle due aziende sanitarie di Parma. Questa azione di miglioramento rappresenta inoltre una prima fase di un progetto più ampio, che avrà lo scopo di mappare le competenze degli attori coinvolti nel processo della Formazione, per rilevarne, gestirne e svilupparne le competenze.

Nello specifico il progetto intende definire i profili di competenze del personale afferente al Settore Formazione e gli indicatori di valutazione delle medesime relativamente alle attività attualmente in essere.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo sopra indicato il progetto ha previsto tre fasi:

- Fase 1 Mappatura dei ruoli e delle attività
Obiettivo: esaminare i ruoli e le attività dei professionisti afferenti al Settore Formazione e Aggiornamento.
Metodologia: analisi organigramma e mappatura del ruolo attraverso l'utilizzo di interviste semistrutturate.
Strumento: l'organigramma e l'intervista individuale. Tale intervista semistrutturata si focalizza su due aree principali: attività e aspettative.
 - Area Attività: indaga le attività svolte da chi ricopre il ruolo e delle figure professionali con cui entra in relazione.



- Area aspettative: indaga le aspettative di ruolo sia da parte di chi ricopre il ruolo, sia da parte delle varie figure coinvolte.
- Fase 2 Definizione delle competenze dei profili professionali
Obiettivo: definire le competenze sulla base sia delle attività che delle aspettative di ruolo emerse dall'intervista e confrontandole con le definizioni emerse in letteratura.
- Fase 3 Gli indicatori di valutazione delle competenze
Obiettivo: delineare gli indicatori di valutazione delle competenze sulla base delle attività dei professionisti emerse dall'intervista e confrontandole con le definizioni emerse in letteratura.
- Risultati
Sono state condotte 11 interviste semi-strutturate che hanno coinvolto tutti i professionisti afferenti al Settore Formazione e Aggiornamento.
Sono stati raggruppati i profili professionali che vertono sulle medesime attività.
Tutte le attività sono state declinate e categorizzate in base alla competenza specifica, dopo avere revisionato la letteratura nazionale e internazionale.
Le competenze sono state declinate in competenze tecnico professionali e competenze trasversali.
Le competenze tecnico professionali sono le capacità distintive, identificate da diverse funzioni in base alla figura professionale che caratterizzano.
Per competenze trasversali si intendono le capacità comunicative e relazionali che ogni professionista dovrebbe possedere in qualunque settore professionale e che acquisisce durante l'arco della vita in contesti di educazione formale, non formale e informale. Queste ultime riguardano l'area gestionale, innovativa e relazionale.

Corso di Formazione Manageriale per dirigenti di struttura complessa dell'A.V.E.N. dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma – II Edizione

Con riferimento al "Documento sulla formazione manageriale", approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni in data 10 luglio 2003, che prevede la realizzazione dei corsi di formazione manageriale per i dirigenti sanitari nel territorio regionale, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha realizzato il Piano programma 2011 -2013 per la formazione rivolta all'Alta Dirigenza. La stessa Agenzia ha effettuato l'analisi dei bisogni formativi nelle aziende sanitarie della Regione. Tale analisi ha evidenziato la necessità di sviluppare competenze gestionali, organizzative e relazionali per i ruoli di direzione di struttura, per cui propone dal 2012 l'inizio di attività di formazione manageriale. La Regione ha autorizzato le Aziende Sanitarie e gli IRCCS della Regione Emilia-Romagna, che risultino accreditati in qualità di Provider ECM, a realizzare, i "Corsi di Formazione Manageriale", limitatamente ai dirigenti già titolari di incarichi di secondo livello dirigenziale presso le Aziende/IRCCS medesime.

Il Format-Programma nella sua seconda edizione, elaborato dalle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e approvato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, 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 adeguate conoscenze e competenze. Infatti, la managerialità si deve esprimere in coerenza con i nuovi scenari socio-economici, tecnologici e assistenziali e con l'evoluzione del quadro normativo che richiede competenze e abilità interdisciplinari, 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), di carattere organizzativo e gestionale (risorse umane, clinical governance, quality e risk management).

La qualità delle attività di management nelle aziende sanitarie 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.

Alla seconda edizione, realizzata nel 2015, hanno partecipato 16 Direttori di Struttura Complessa dell'Azienda (5 ospedalieri e 11 universitari).

Il corso ha previsto 120 ore di frequenza, di cui 100 da certificare ed effettuare in aula e 20 ore di seminari e laboratorio di gruppo per la preparazione dei project work.

Per le docenze sono stati selezionati esperti di alto profilo, coadiuvati da discussant aziendali, per l'approfondimento dei temi nelle dinamiche interne all'Azienda. Per l'elaborazione dei Project Work sono stati inoltre coinvolti tutor, che hanno affiancato i discenti nel lavoro di ricerca.

E' stato attivato inoltre un ambiente dedicato al corso, denominato CHIRONE, sulla piattaforma e-learning dell'Azienda. In tale ambiente i partecipanti hanno potuto trovare i materiali didattici messi loro a disposizione dai docenti e uno spazio interattivo per la condivisione.

Il 30 Novembre 2015 ha avuto luogo la prova di valutazione finale, durante la quale i partecipanti hanno discusso, davanti alla Commissione di nomina regionale, i project work elaborati durante il corso, relativi a 4 tematiche:



- "Le complessità del paziente pre-chirurgico con PDS di tessuti e/o frattura. Un percorso in miglioramento"
- "Continuità assistenziale per i pazienti oncologici afferenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma"
- "Appropriatezza nella struttura poli-ambulatoriale per la cura del diabete mellito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: focus su nefropatia e neuropatia"
- "La valutazione del personale medico in area chirurgica"

Tutti i partecipanti hanno superato la prova e hanno ottenuto il "Certificato di Formazione Manageriale" ai sensi dell'art. 16- quinquies del D.Lgs 229/99 e sono stati iscritti all'Albo pubblico dei dirigenti sanitari in possesso del suddetto certificato di formazione manageriale.

4.6 Sistema informativo del personale

Nell'ambito del sistema informativo del personale, nell'anno 2015, a seguito dell'aggiudicazione della gara per acquisizione di software unico regionale per la gestione del personale, è stato intrapreso fattivamente il percorso per la realizzazione del sistema unitario di gestione informatizzata delle risorse umane delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

L'attività relativa nel corso dell'anno 2015 si è sostanziata nella partecipazione a diversi incontri in Assessorato ed in Area Vasta, nonché nella collaborazione in Area Vasta alla raccolta e al confronto dei dati sia di area economica sia di area giuridica, finalizzati a predisporre l'impianto anagrafico dell'"Azienda Zero". Detta attività prosegue in maniera più intensa nel 2016 e 2017, in relazione allo stato di avanzamento del progetto, considerando che l'avvio del nuovo sistema per l'Area Vasta Emilia-Nord è previsto per il 1 gennaio 2018.

Tale progetto sarà basato sulla realizzazione di una anagrafe regionale dei dipendenti del SSR, che renderà più semplici ed immediati tutti gli adempimenti procedurali collegati allo scambio di personale tra le Aziende, offrirà la disponibilità di un insieme di statistiche e indicatori gestionali ed economici in grado di migliorare i processi decisionali relativi alla gestione delle risorse umane.

E' altresì proseguita l'attività di aggiornamento della sezione della Intranet Aziendale dedicata al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, al fine di rendere facilmente accessibili e disponibili al personale le informazioni e le novità relative al rapporto di lavoro, nonché la modulistica necessaria per la presentazione delle diverse istanze e richieste (ad esempio ferie, aspettative, permessi, eccetera).

Infine, 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.

4.7 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Relazioni sindacali

Il Sistema delle Relazioni Sindacali è fondato sul principio di favorire la collaborazione tra le parti affinché congiuntamente - pur nel rispetto della distinzione di ruoli e responsabilità - si pervenga alla realizzazione di un unico obiettivo che è quello di contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale, con l'esigenza dell'Azienda tesa all'incremento della efficacia ed efficienza dei servizi erogati, nonché con l'interesse dell'utenza al soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute in maniera qualitativamente adeguata.

Il confronto tra l'Azienda e le organizzazioni sindacali sulle tematiche del lavoro è proseguito anche nel 2015, sia sulla gestione corrente, sia su processi di riorganizzazione, pur in un quadro di relazioni sindacali condizionato da vincoli normativi sempre più stringenti, dal ridimensionamento degli ambiti della contrattazione e dal perdurare del blocco dei rinnovi contrattuali che 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

L'ambito negoziale 2015 si è sviluppato attraverso incontri di consultazione inerenti processi di razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, nonché attraverso 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.

E' stato inoltre condiviso l'avvio del processo di integrazione di attività e funzioni di staff e tecnico-amministrative tra le Aziende sanitarie della Provincia di Parma per condividere le professionalità, razionalizzando risorse tecnologiche e umane.

A seguire si indicano i principali documenti negoziali siglati e le relative materie trattate per ogni area.

Accordo aziendale in materia di funzioni e competenze dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in attuazione del decreto legislativo 81/2008 sottoscritto con le Rappresentanze sindacali delle Aree contrattuali Comparto, Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa in data 17 settembre 2015.

AREA DEL COMPARTO

- Revisione del protocollo di intesa sottoscritto in data 24.01.2013 in materia di mappatura degli incarichi di coordinamento e la graduazione delle relative funzioni
- Protocollo di intesa in ordine all'assetto aziendale delle posizioni organizzative e dei coordinamenti afferenti ai corsi di laurea delle professioni sanitarie – Laurea triennale – Laurea magistrale

AREA DIRIGENZA MEDICA

- Verbale di intesa in merito alle modalità di utilizzo delle risorse economiche residue 2014 del fondo di perequazione di cui all'art. 57 del CCNL 1998/2001;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2015;
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato 2015.

AREA DIRIGENZA SPTA

- 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 – esercizio 2014;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2014
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato 2014.
- Verbale di intesa in merito alle modalità di utilizzo delle risorse economiche residue 2014 del fondo di perequazione di cui all'art. 57 del CCNL 1998/2001 – esercizio 2015;
- Accordo aziendale concernente la quantificazione dei fondi contrattuali per l'esercizio 2015
- Accordo aziendale concernente la retribuzione di risultato 2015.

Libera professione

L'istituto della Libera Professione Intramoenia nelle strutture dell'Azienda rappresenta un'opportunità di grande rilievo per il Servizio Sanitario e per gli operatori coinvolti, in quanto:

- rafforza il legame di appartenenza del dirigente medico alla propria azienda;
- garantisce l'esercizio delle prestazioni libero professionali e consente una modalità di erogazione delle stesse, in particolare per quelle in costanza di ricovero, più funzionale e di maggior garanzia per l'utente rispetto all'esercizio extramoenia della libera professione;
- assicura un'ulteriore opportunità assistenziale per il cittadino e concorre indirettamente al miglioramento degli standard di erogazione delle prestazioni istituzionali, anche attraverso la riduzione dei tempi di accesso ai servizi;
- fornisce all'azienda un utile riferimento assistenziale per migliorare l'organizzazione dei servizi.

L'accesso alle prestazioni erogate in regime libero professionale rappresenta, per il cittadino, una libera scelta che consente all'utente di scegliere un professionista di propria fiducia consolidando in tal modo anche il complessivo rapporto con il nosocomio.



La Libera Professione intramuraria è un diritto 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 mai comportare, per ciascun dirigente, un volume orario superiore a quello assicurato nell'ambito istituzionale.

L'andamento della Libera professione nell'anno 2015 ha visto, rispetto all'anno precedente, una leggera flessione del numero di prestazioni erogate in regime di libera professione pari al 4,60%.

	2014	2015	Diff. 2014/15	Diff. %
TOTALE PRESTAZIONI EROGATE	37.450	35.726	-1.724	-4,60%
VISITE	21.849	19.880	-1.969	-9,01%
RELAZIONI	158	144	-14	-8,86%
STRUMENTALI	12.076	12.217	141	+1,17%
VISITE CONTROLLI	3.012	3.182	170	+5,64%
CONSULTI	141	85	-56	-39,72%
INTERVENTI CHIRURGICI	175	187	12	+6,86%
INTERV. CHIR. ESTETICA	39	31	-8	-20,51%

Il dato inerente le visite vede un calo complessivo del 9,01% causato soprattutto da una diminuzione delle visite cardiologiche pari al 26% e una contrazione delle visite neurochirurgiche del 18% e delle visite ortopediche del 13%.

In positivo i dati inerenti le visite urologiche + 8% e soprattutto le visite oculistiche +18 %.

A3545	VISITA OCULISTICA	1452	1701	+249
A3536	VISITA NEUROCHIRURGICA	2055	1678	-377
A3563	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	1526	1507	-19
A3583	VISITA UROLOGICA	1373	1483	+110
A3463	VISITA CARDIOLOGICA	1980	1455	-525
A3560	VISITA ORTOPEDICA	1563	1353	-210
A3537	VISITA NEUROLOGICA	1299	1293	-6
A3509	VISITA GASTROENTEROLOGICA	1326	1266	-60
A3471	VISITA CHIRURGICA	932	935	+3

Leggermente in crescita il dato relativo alle altre due voci significative per l'offerta della LP quali l'attività strumentale (+ 1,17%) e le visite di controllo (+ 5,64 %).

Positivo anche il risultato complessivo dell'attività chirurgica erogata in libera professione (+ 6,86%) mentre risulta in calo la sola attività chirurgica con finalità estetiche (-20,51%).

Gestione del contenzioso

Nell'anno 2015 sono stati attivati i seguenti procedimenti:

a) Contenzioso del lavoro avviato da personale dipendente e/o assimilato:

- n. 3 domande di tentativo facoltativo di conciliazione innanzi la Direzione Territoriale del Lavoro, di cui due respinte e una conciliata;
- n. 7 ricorsi innanzi al Tribunale di Parma, Sez. Lavoro, di cui n. 2 conciliate in sede giudiziale, n. 1 conclusasi con sentenza e n. 4 pendenti. Le quattro procedure pendenti riguardano vertenze inerenti medici Docenti Universitari esercenti attività assistenziale presso l'Azienda aventi tutte identico oggetto;
- n. 1 ricorsi innanzi la Corte d'Appello di Bologna, Sez. Lavoro, conclusosi con sentenza.

b) Contenzioso amministrativo:

- n. 4 ricorsi innanzi al TAR, Sez. di Parma, di cui n. 2 conclusi con sentenza e n. 2 ancora pendenti, ma per i quali si attende l'emissione del provvedimento di perenzione, si precisa che tali ricorsi possono assimilarsi a contenzioso del lavoro, in quanto aventi ad oggetto l'annullamento di procedura concorsuale per assunzione di personale dirigente.

c) Tribunale Civile ordinario:

- n. 3 cause, di cui n. 2 innanzi al Tribunale di Parma ancora pendenti (n. 1 opposizione a decreto ingiuntivo e n. 1 atto di citazione per riconoscimento di credito) e n. 1 innanzi al Giudice di Pace di Parma (opposizione a cartella di pagamento);



- o n. 30 cause relative alla cd. Medicine malpractice: nell'anno 2015 il Direttore Generale ha affidato n. 30 incarichi difensivi ad avvocati esterni. Tali incarichi sono tuttora pendenti.

Sono stati affidati altresì n. 21 incarichi nell'ambito del procedimento di mediazione prodromico alle cause relative alla malpratica sanitaria.

d) Procedure concorsuali:

- o nel 2015 SACE (società di riassicurazione) ha promosso innanzi al Tribunale di Genova, Sez. Fallimentare, ricorso in opposizione allo stato passivo di Faro assicurazioni in liquidazione coatta amministrativa, chiamando quale convenuta anche l'Azienda. La vertenza si è conclusa favorevolmente.

e) Procedure penali:

- o nel 2015 l'Azienda si è costituita parte civile in procedura penale presso il Tribunale di Parma, ancora pendente, nei confronti di società aggiudicataria di contratto di fornitura.

4.8 Le azioni in tema di servizi alla persona e ai dipendenti

Il nido aziendale

Il Nido Interaziendale delle Aziende Sanitarie di Parma "Gelsomino" situato in Via Sanremo 2/A, rappresenta una consolidata realtà educativa che già da alcuni anni arricchisce l'offerta di servizi per l'infanzia in città.

La struttura modernamente concepita e facilmente accessibile, anche rispetto alla sede lavorativa, rappresenta un risultato importante raggiunto e mantenuto grazie alla costante sinergia fra Comune di Parma, Gestore ed Aziende Sanitarie.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma favorisce la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, anche in un'ottica volta a rinforzare le pari opportunità delle lavoratrici ospedaliere, mettendo a disposizione, per i genitori dipendenti, la possibilità di armonizzare al meglio il ruolo di genitore con quello di professionista della sanità.

La struttura gestita da ParmaInfanzia S.p.A., Società Gestore del servizio individuata dal Comune di Parma, consente di dare risposte concrete alle esigenze delle famiglie dei dipendenti dell'Azienda che, con maggiore facilità, possono trovare un equilibrio tra l'attività lavorativa e la cura dei loro figli in tenerissima età.

Il nido, riservato ai figli dei dipendenti aventi un'età compresa tra i 12 e i 36 mesi, destina 33 dei 55 posti disponibili ai figli dei professionisti dell'Azienda ed è aperto cinque giorni la settimana dal lunedì al venerdì.

L'orario di apertura standard (07.30 -16.00) soddisfa le prevalenti esigenze dei piccoli utenti e dei loro genitori.

E' comunque prevista la possibilità di concordare con il gestore del nido un orario più ampio e maggiormente sovrapponibile a quello lavorativo, articolato su due turni che coprono la fascia dalle 6.30 alle 19.00, favorendo le specifiche necessità del personale turnista.

Per venire ulteriormente incontro alle esigenze dei dipendenti turnisti, è inoltre prevista la possibilità di attivare l'apertura al sabato mattina, purché in presenza di un numero minimo di richieste.

La pausa estiva, nel corso dell'anno trascorso, è stata limitata al solo mese di agosto, risultando quindi di durata inferiore rispetto a quella realizzata in altri asili presenti sul territorio comunale.

I servizi alla persona

Anche nel corso dell'anno 2015, l'Azienda ha rinnovato le agevolazioni rivolte al personale dipendente, già attive da diversi anni e positivamente sperimentate, per facilitare gli spostamenti casa-lavoro nonché la sosta del proprio autoveicolo durante l'orario di lavoro.

Nello specifico, per quanto riguarda il tragitto casa-ospedale, è stata mantenuta l'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. Nell'ambito di tale convenzione,



nell'anno 2015 in particolare sono stati previsti sconti su tutti i nuovi abbonamenti attivati per il 2015, riservati ai dipendenti (di aziende pubbliche e private) che negli ultimi due anni non siano stati intestatari di abbonamenti annuali o semestrali. Gli sconti, pensati per facilitare l'approccio al trasporto pubblico locale a chi attualmente non lo utilizza riguardano l'abbonamento annuale urbano e l'abbonamento annuale interurbano. La sottoscrizione dell'abbonamento da parte dei dipendenti interessati avviene mediante compilazione di apposito modulo messo a disposizione sulla pagina Intranet aziendale da far pervenire alla segreteria del Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, che provvede ad inviarlo a Tep nelle modalità e nella tempistica previsti.

Una volta avuto conferma da TEP della assegnazione dell'abbonamento agevolato, gli interessati sono informati delle modalità di emissione dell'abbonamento e, una volta sottoscritto, la cifra corrispondente viene trattenuta nella prima busta paga utile.

Nell'anno 2015 hanno beneficiato di tale facilitazione 90 dipendenti, con le seguenti tipologie:

Abbonamenti annuali urbani	N. 59
Abbonamenti annuali extraurbani	N. 22
Abbonamenti semestrali urbani	N. 9

Per quanto riguarda invece il parcheggio, oltre ai parcheggi riservati ai dipendenti, è stata mantenuta la convenzione con Infomobility e Comune di Parma per l'abbonamento a tariffa agevolata per la sosta nelle aree limitrofe all'ospedale delimitate dalle righe blu, fruibile dai dipendenti che osservano un orario di lavoro non disagiato. Gli operatori ad orario disagiato (intendendosi tali coloro il cui orario di lavoro inizia o finisce tra le ore 00.00/7.00 e tra le 20.00/24.00) possono invece accedere all'area ospedaliera con le modalità previste dal vigente regolamento in materia.

L'abbonamento agevolato per le righe blu, assegnato in base al criterio della distanza dalla residenza (o dal domicilio) al luogo di lavoro, è stato utilizzato nell'anno 2015 da n. 51 dipendenti.

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, con un incremento delle fermate che ricomprendono ora anche l'Ala Sud, dopo il trasferimento dei reparti nel nuovo padiglione.

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.

Il servizio è gratuito ed è attivo tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle 7.00 alle 15.00; le corse partono dalla fermata di via Gramsci ai minuti 00, 15, 30, 45.

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 Volturno, 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 2015, 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 2015

Assenze per malattia figlio			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	193	2271	COMPARTO
M	60	535	COMPARTO
F	22	129	DIRIGENZA
M	1	2	DIRIGENZA
Assenza per congedo parentale			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	229	8728	COMPARTO
M	59	845	COMPARTO
F	29	1284	DIRIGENZA
M	1	26	DIRIGENZA
Congedo non retribuito per gravi motivi di famiglia			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	7	162	COMPARTO
M	1	14	COMPARTO
Congedo retribuito art. 42 D. Lgs. 151/01			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	66	6180	COMPARTO
M	8	1365	COMPARTO
F	0	0	DIRIGENZA
M	1	50	DIRIGENZA
Assenza per aspettativa non retribuita assistenza figli minori di anni 6			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	4	131	COMPARTO
F	2	185	DIRIGENZA
Assenze per permesso legge 104/92			
Sesso	Unità	Giorni assenza	Area Contrattuale
F	236	4953	COMPARTO
M	42	779	COMPARTO
F	9	103	DIRIGENZA
M	6	139	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
63,59%	femmine comparto	80,19	38,11	77,32	11,77	82,92	20,99	92,05	23,14	81,36	93,64	41,45	32,75
21,25%	maschi comparto	7,76	14,32	18,21	8,92	13,04	18,55	7,95	14,00	17,97	170,63	0,00	0
8,04%	femmine dirigenza	11,79	44,28	4,39	5,86	1,72	11,44					58,55	92,50
7,12%	maschi dirigenza	0,26	26,00	0,08	2,00	2,32	23,17			0,67	50,00	0,00	0

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).



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

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), cosa serve, consigli e servizi disponibili.

Raggiungere l'ospedale



Cerca

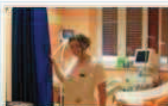
L'agenda

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 Cardiogenica

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

Menu Principale

- Home
- Il sito www.ao.pr.it
- Rassegna Stampa
- News
- Bilancio di Missione
- Direzione
- Servizio Attività Tecniche e Logistiche
- Servizio di Medicina Preventiva Igiene Ospedaliere
- 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 8.00 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 11:40

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	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
- CRAL





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 2015, 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 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.

Una conferma dell'utilizzo del sito internet www.ao.pr.it da parte dell'utenza dell'Azienda arriva dai dati sugli accessi, in aumento del 37,04% nel 2015, con 779.720 visite rispetto alle 568.967 dell'anno precedente. In aumento del 39% anche i singoli utenti, 431.181 nel 2015 a fronte dei 310.129 nel 2014, e le pagine visitate con 2.118.367 visualizzazioni nel 2015, con un aumento del 31,07%.

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 Stampa e Comunicazione aziendale nel corso del 2015, ha riguardato l'aggiornamento e la creazione di nuovi contenuti in tutte le rispettive sessioni.

Per rendere più immediata ai visitatori la percezione e l'individuazione della via da seguire per giungere alle informazioni che interessano il sito internet è, infatti, suddiviso in 6 principali sessioni: Chi siamo, Curarsi, Lavorare, Ricerca, Formazione, Contatti. In home page sono inoltre direttamente presenti quattro collegamenti alle informazioni più richieste dagli utenti: Raggiungere l'ospedale, Reparti e servizi, Visite ed esami, Ricovero, con un immagine di richiamo per ognuno dei collegamenti, in modo da renderne più facile l'accesso.



Ufficio Relazioni con il Pubblico

Nel corso dell'anno 2015 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) ha garantito un corretto flusso di informazioni capace di migliorare la qualità del servizio e il rapporto di fiducia tra il cittadino-utente e azienda collaborando alle politiche per l'accoglienza e la partecipazione mantenendo saldamente il suo peculiare stile di rapporto con gli utenti. Per quanto concerne la comunicazione e le relazioni esterne ed interne, l'esercizio dell'attività istituzionale verso gli Enti di riferimento ed i diversi soggetti portatori di interessi nei confronti dell'attività istituzionale l'U.R.P. ha supportato efficacemente la Direzione Generale. Ha agito in modo diretto sull'immagine e sulla cultura dell'Azienda, in qualità di strumento integrante nello sviluppo aziendale, consentendo, da un lato, lo sviluppo di un sistema di relazioni dirette ai cittadini-utenti e alle associazioni di volontariato e, dall'altro, il rafforzarsi delle capacità di relazioni interne tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari al fine di garantire una comunicazione corretta ed il più possibile esaustiva.

Ha continuato ad occuparsi degli aspetti relativi all'accesso ai servizi al fine di soddisfare prioritariamente la domanda di informazione sul come muoversi per risolvere un determinato problema, soddisfare una determinata richiesta, affrontare uno specifico percorso di salute. Ha concretizzato relazioni più forti con la cittadinanza incrementando la fedeltà e la fiducia dell'utente, a cui l'Azienda intende fornire tutte le occasioni utili per riceverne reclami, rilievi, elogi e suggerimenti, al fine di incidere sul miglioramento della qualità del servizio erogato. Le problematiche più complesse del cittadino-utente sono state analizzate e verificate, sono stati elaborati i dati pervenuti ed attuate le strategie al fine di ottimizzare i servizi e soddisfare i bisogni sanitari e sociali emersi.

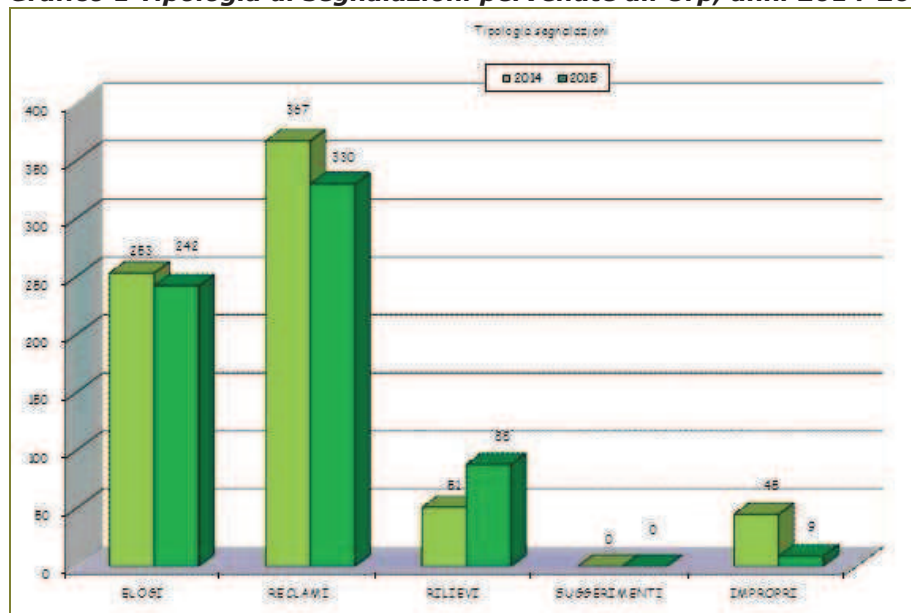
L'attività di diffusione di materiali informativi delle campagne di informazione regionali è proseguita anche nel 2015 con la distribuzione capillare di pieghevoli e locandine in tutti i luoghi di maggiore affluenza di cittadini (terapia del dolore e il controllo del dolore post-operatorio, fascicolo sanitario elettronico e ricetta elettronica, vaccinazione antinfluenzale, donazione sangue del cordone ombelicale, eccetera).

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 e dell'inserimento nella banca dati regionale. Nel 2015 le segnalazioni possono essere riassunte nello schema sottostante e relativo grafico interpretativo.

Tabella 1 Le segnalazioni pervenute all'Urp, nel 2015

Totale segnalazioni
242 elogi (36,2%)
330 reclami (49,3%)
88 rilievi (13,1%)
0 suggerimenti (0,0%)
9 impropri (6,3%)

Grafico 1 Tipologia di segnalazioni pervenute all'Urp, anni 2014-2015





Per quanto concerne la mediazione dei conflitti l'U.R.P., in collaborazione con il Medico Legale, ha gestito incontri mirati a ristabilire il dialogo tra utenti e professionisti, allo scopo di giungere ad un processo di riattivazione delle relazioni riducendo il rischio di conflittualità con i pazienti e i loro familiari e giungendo così ad una diminuzione di procedure giudiziarie e richieste di risarcimento.

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.

Alcuni operatori dell'U.R.P. hanno partecipato al percorso formativo "Strumenti per l'Urp di domani", in linea con quanto previsto dalla L. 150/2000 e D.P.R. N. 422/01 organizzato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna. Il corso di formazione è stato suddiviso in due moduli:

- "Strumenti per l'Urp di domani: punti di forza e sviluppo" con l'obiettivo di fornire conoscenze teoriche e competenze pratiche per la gestione corretta delle segnalazioni (il sistema di ascolto dei cittadini, l'istruttoria, il sistema informativo e i principi della classificazione, il sistema di gestione del rischio, la reportistica).
- "La relazione con i cittadini, con i professionisti e con la comunità" con lo scopo di fornire conoscenze teoriche e competenze pratiche sui temi della normativa rilevante per l'attività degli Urp e della comunicazione pubblica, organizzativa e interpersonale (trasparenza, semplificazione amministrativa, privacy, comunicazione pubblica in Sanità, on-line o via Web, l'uso dei social media, semplificazione della comunicazione istituzionale, partecipazione del cittadino in Sanità, relazione con il cittadino, con gli operatori interni e la comunità).

Il percorso ha visto alternarsi lezioni frontali, simulazioni, esercitazioni individuali o di gruppo e momenti discussioni in plenaria con esercitazioni a distanza attraverso la piattaforma "Self-Pa".

Numero verde

L'Azienda nel corso del 2015 ha aggiornato costantemente le informazioni contenute nella banca dati del Numero Verde regionale, al fine di soddisfare i bisogni specifici, soprattutto in tema di accesso ai Servizi e con particolare attenzione verso le prestazioni di specialistica ambulatoriale maggiormente richieste dagli utenti.

La garanzia di dati esatti e validi ha consentito una corretta attività informativa del call center e una proficua consultazione on-line da parte dei cittadini sul portale "Saluter" della Regione Emilia-Romagna. L'Urp ha inoltre garantito le risposte alle domande di secondo livello pervenute dal call center regionale gestendo con la consueta attenzione informazioni complesse che hanno richiesto specifici approfondimenti

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 2015 la predisposizione di brochure e materiale informativo.



La comunicazione per l'accoglienza



Tra le azioni di comunicazione intraprese nel corso del 2015 quelle a supporto dell'accoglienza agli utenti dell'Azienda hanno avuto un ruolo di rilievo.

I progetti sono stati avviati a giugno 2015 con l'inizio di un servizio di prima informazione rivolto a tutti i frequentatori dell'Ospedale, nell'area di parcheggio esterno di via Volturno e sono poi proseguiti con l'avvio dei punti informativi mobili, il potenziamento del sistema di video sorveglianza e la rivisitazione della segnaletica (cfr. il paragrafo).

Le iniziative nate dalle esigenze segnalate dagli utenti dell'ospedale proseguiranno proprio per aiutare il cittadino a raggiungere più agevolmente i servizi sanitari e aumentarne il senso e la percezione di sicurezza. Comunicati e interviste radiotelevisive hanno lanciato il progetto aziendale che si è poi

sviluppato con singole note stampa per ogni azione prevista. Una comunicazione che ha dato ampio spazio oltre ai messaggi aziendali anche alle associazioni di volontariato che collaborano con l'ospedale sui progetti dell'accoglienza e che ha voluto mettere al centro l'utente che si accinge ad utilizzare i servizi sanitari dell'Azienda ospedaliera.

I cento anni dell'Ospedale di Parma

Nel corso del mese di ottobre le attività di comunicazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria si sono focalizzate sulle celebrazioni per la posa della prima pietra dell'ospedale Maggiore, avvenuta il 31 ottobre 1915.

La ricorrenza è stata un'occasione importante per parlare di sanità, assistenza, ricerca anche al di fuori dei contesti strettamente ospedalieri e, attraverso l'organizzazione di mostre, presentazioni di libri, conferenze, convegni, per aprire la realtà ospedaliera alla città.

La presentazione del fitto calendario di iniziative organizzate dall'Azienda è avvenuto in conferenza stampa a metà ottobre ed è stato poi rilanciato in occasione di ogni singolo evento, con alcuni momenti di maggior rilevanza come per la mostra fotografica e documentaria "Una pietra per il futuro", il convegno "1915 nasce il nuovo Ospedale di Parma" sulla storia delle istituzioni sanitarie cittadine, la giornata del 31 ottobre, apice delle celebrazioni, e il lancio del concorso creativo "L'Ospedale del 2115" (cfr. i paragrafi immediatamente successivi).

La divulgazione all'esterno si è sviluppata con comunicazioni alla stampa, interviste, servizi radiotelevisivi e approfondimenti giornalistici. Gli articoli usciti sui principali quotidiani locali in tutto il periodo delle celebrazioni sono stati una settantina. Particolarmente intensa è stata, inoltre, la comunicazione sul sito internet dell'azienda e quella ai dipendenti attraverso la intranet aziendale.



Inaugurazione Ala Sud



Nel giorno del centesimo anniversario della posa della prima pietra dell'Ospedale Maggiore di Parma, avvenuta il 31 ottobre 1915, l'inaugurazione dell'Ala sud ha riempito di sostanza una cerimonia che è stata volutamente e concretamente orientata al futuro.

L'Ala sud (cfr. per maggiori informazioni il capitolo 7) è il completamento della parte nuova dell'ospedale, tassello di un percorso di ristrutturazione e riorganizzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La struttura, 9.312 metri quadrati complessivi, è stata finanziata dalla Regione Emilia-Romagna con un investimento pari a 14.550.000 di euro.

La giornata del 31 ottobre, oltre all'inaugurazione dell'Ala sud, ha visto la realtà sanitaria, sia ospedaliera-universitaria che territoriale, impegnata nel convegno "L'Ospedale diffuso, oltre i confini del luogo".



L'iniziativa con relatori di risonanza nazionale è stata un momento importante di confronto per pensare e costruire la sanità di domani recuperando i valori dell'accoglienza, coniugando l'alta complessità tecnologica della cura con la prossimità al paziente e alla sua famiglia.

La giornata del 31 ottobre è stata preparata, come del resto tutti gli eventi svolti in occasione della posa della prima pietra, in maniera integrata con Università degli studi, Azienda Usl, Ctss, Comune, Provincia e Comitato consultivo misto. I momenti di comunicazioni sono stati molteplici attraverso articoli e interviste e opinioni a ridosso dell'evento. Il sito internet è stato strumento essenziale per veicolare le informazioni sia all'esterno che all'interno della struttura ospedaliera e ha funzionato come strumento di raccordo sia con la stampa sia con gli operatori sanitari.

L'Ospedale del 2115". Creatività, originalità per la sanità del futuro

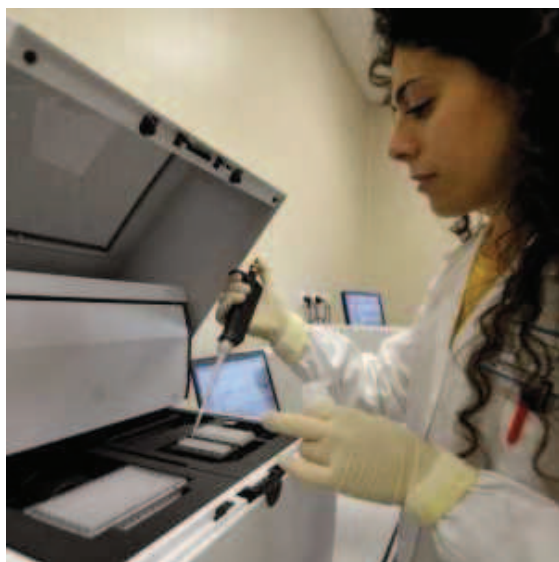
In occasione delle celebrazioni per la posa della prima pietra dell'Ospedale Maggiore, l'Azienda ha lanciato un bando di concorso pubblico "L'Ospedale del 2115", iniziativa rivolta alla cittadinanza ed in particolare ai giovani per condividere con la città, a cento anni dalla nascita della Struttura, le aspettative sulla sanità di domani.

Il concorso presentato in conferenza stampa, è inteso come occasione per concretizzare idee sull'Ospedale del futuro, attraverso la realizzazione di disegni, rappresentazioni grafiche, creazioni multimediali e brevi narrazioni.

L'iniziativa è stata aperta a giovani e adulti del territorio suddivisi per fasce d'età: dai 6 ai 10 anni, dagli 11 ai 15 anni, a partire dai 16 anni. Ogni partecipante è stato chiamato a proporre un'idea, immagine o suggestione futuristica e le proposte più originali, creative ed interessanti concorreranno alla vincita dei premi in palio quali Tablet, PC o strumenti multimediali per ognuna delle tre categorie proposte.



Inaugurazione del Centro Comune di Ricerca



A Novembre l'Azienda ha inaugurato il Centro Comune di Ricerca, polo strategico nato dallo sforzo congiunto di Azienda Ospedaliera, Università e Fondazione Cariparma per favorire l'attuazione di innovativi progetti di ricerca clinica, grazie alla concentrazione in un'unica sede di competenze, conoscenze e tecnologie avanzate (cfr. il capitolo 7).

L'area inaugurata si compone di 7 laboratori di ricerca (denominata CoreLab), dove sono disposte strumentazioni importanti e complesse, affiancata dai nuovi spazi della Genetica medica, con 5 laboratori e 2 studi medici, fortemente integrata con l'area CoreLab. Questa collocazione strategica favorirà il trasferimento tempestivo dei risultati della ricerca sui pazienti seguiti in regime assistenziale, che potranno così avere accesso a cure personalizzate.

Il Centro comune di ricerca è la prima struttura del suo genere creata in un ospedale italiano. Oltre ad assicurare lo svolgimento di ricerca di alto livello, rappresenta

un'ottima opportunità per i giovani professionisti, che potranno apprendere dai colleghi più esperti nuove competenze e abilità, e trasferirle poi ai loro pazienti.

L'Ufficio Stampa si è occupato degli aspetti organizzativi e ha curato le attività legate allo svolgimento della giornata inaugurale, seguendo la produzione di filmati ed interviste, la comunicazione interna ed esterna, a mezzo stampa, oltre alla realizzazione e la pubblicazione della pagina web dedicata ai laboratori CoreLab e inserita nella sessione Ricerca del sito internet.



La comunicazione per la ricerca

L'inaugurazione del CCR non è stata la sola attività portata avanti a sostegno della ricerca, nel corso dell'anno è infatti proseguita la serie di incontri rivolti al pubblico dal titolo "La ricerca Scientifica spiegata ai pazienti", si contano nel 2015 10 incontri organizzati con cadenza generalmente mensile e prevalentemente al sabato mattina. Ogni appuntamento è stato diffuso dall'Azienda attraverso la redazione e l'invio ai media locali del comunicato stampa e la successiva pubblicazione della notizia sul sito web, per quel che riguarda la comunicazione interna è stata elaborata e pubblicata la news sulla intranet aziendale e la divulgazione in Ospedale del materiale informativo. La collaborazione con la Ricerca e Innovazione ha consentito infine la redazione e pubblicazione delle pagine web dedicate alle attività di ricerca di 20 unità operative.

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 2015 si registra un aumento della presenza dell'Azienda sui principali organi di informazione locali. Gli articoli che citano in modo diretto l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di

Parma sono 1256 a fronte dei 1172 del 2014 e 1120 nel 2013. Nello specifico circa 950 articoli sono passati attraverso la gestione dall'Ufficio Stampa con comunicati, conferenze stampa, predisposizioni di servizi o contatti telefonici.

Pur confermandosi sostanzialmente in linea rispetto agli anni precedenti la produzione di comunicati stampa, 130 nel 2015, si registra un aumento delle comunicazioni agli organi di informazione tra inviti per conferenze, comunicati, annunci di convegni e comunicati post conferenza stampa, con 195 comunicazioni nel 2015 contro le 138 del 2014.

Per la parte relativa alla comunicazione aziendale, non filtrata quindi dai mass-media, gli accessi al sito www.ao.pr.it nel corso del 2015 sono in netto aumento del 37,04% rispetto al 2014 (vedi i dati completi riportati nel precedente paragrafo "La comunicazione per l'accesso ai servizi- Sito Web"). Sempre nel 2015 si confermano sostanzialmente stabili le notizie pubblicate nel web. Nell'anno oggetto di rendicontazione sono stati 151 i comunicati pubblicati sulla home page del sito, nel 2014 erano 154, in crescita rispetto alle 123 pubblicate nel 2013 e le 77 del 2012. Infine sul versante della comunicazione interna, nel 2015 le notizie pubblicate sulla Intranet aziendale sono state 225 a fronte delle 246 pubblicate nel 2014, le 225 del 2013 e le 185 del 2012.

Giornata della trasparenza

Anche l'anno 2015 ha visto un incremento delle attività di comunicazione rivolte all'assolvimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione delle informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione sul sito aziendale, sia per quanto riguarda la sezione Amministrazione Trasparente che la sezione Anticorruzione.

La piena attuazione degli adempimenti di pubblicità sul sito aziendale sono stati evidenziati nella giornata della trasparenza, convegno aperto ad utenti, cittadini, istituzioni, associazioni, comitati consultivi misti, organizzazioni sindacali e di categoria. Nel 2015 la giornata è stata organizzata in modo congiunto con l'Università degli Studi di Parma e l'Azienda Usl di Parma.





La comunicazione integrata tra aziende sanitarie

Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Le attività di comunicazione realizzate in modo integrato dalle due Aziende sanitarie parmensi sono proseguite anche nel 2015, raggiungendo l'obiettivo di comunicare opportunamente tutte le iniziative del Servizio sanitario regionale che a livello provinciale hanno coinvolto entrambe le Aziende. È il caso, ad esempio, delle numerose campagne di informazione e prevenzione realizzate nel corso dell'anno dalla Regione Emilia-Romagna tra le quali si ricordano quelle sugli screening oncologici, l'emergenza caldo, la donazione del sangue, la donazione e il trapianto di organi, la lotta all'Aids.

Altre iniziative congiunte di comunicazione sono state realizzate in collaborazione con alcune associazioni di volontariato parmense, aderendo a campagne nazionali o locali, oltre che per intervenire sulla stampa con chiarimenti o approfondimenti anche su richiesta dei cittadini (per esempio le 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 servizi di comunicazione specifici quali comunicati e conferenze stampa, locandine ed opuscoli (è il caso dell'evento interaziendale del Centenario della fondazione dell'Ospedale di Parma).

I percorsi integrati di comunicazione, che già da alcuni anni costituiscono una realtà operativa consolidata, nel 2015 si sono ulteriormente rafforzati e intensificati con l'avvio della progettazione dell'integrazione dell'area tecnico-amministrativa delle due Aziende decisa dalle Direzioni aziendali. In questo ambito, d'intesa con le rispettive Direzioni, sono state condivise funzioni e attività del futuro sistema di comunicazione interaziendale integrato.

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.

I contenuti, aggiornati quotidianamente e accompagnati da un'immagine grafica, hanno reso il sito vera e propria "vetrina" delle attività aziendali. **Nel 2015 sulla Intranet aziendale si contano 225 news** pubblicate. Nell'home page è stato dato ampio spazio alle notizie relative a informazioni come i trasferimenti delle strutture, la modifica della viabilità interna ospedaliera, le chiusure dei servizi in particolari periodi dell'anno e gli avvisi per le selezioni interne al fine di informare i dipendenti della possibilità di partecipare a bandi di concorso. Numerose sono state inoltre le informazioni in merito all'aggiornamento professionale dei professionisti: convegni, corsi, incontri per i quali è previsto l'accreditamento di Educazione Continua in Medicina e le iniziative benefiche che vedono i reparti dell'Azienda impegnati nell'organizzazione. Nel portale aziendale è infine disponibile la rassegna stampa quotidiana degli articoli di interesse sanitario che compaiono sui principali quotidiani locali e nazionali.



5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

6

Governo della ricerca e innovazione

La promozione della ricerca è uno dei principi fondanti del Sistema Sanitario Regionale.

In questo capitolo vengono illustrate le azioni promosse per favorire 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







Governo della ricerca e innovazione

La ricaduta e l'impatto in termini produttivi della ricerca scientifica è un tema ormai ampiamente studiato. Per traslare in modo efficiente le evidenze nella pratica e ottenere benefici reali sulla salute dei pazienti in maniera economicamente sostenibile, è ormai riconosciuta la necessità della condivisione di risorse e la collaborazione tra esperti di diverse discipline e di diverso background [Quaderni dell'Osservatorio "Infrastrutture di Ricerca in Italia", n.14 2014]. In particolare, la crescente complessità degli studi, sempre più basati su approcci di medicina personalizzata, comprendenti l'analisi di enormi quantità di dati, rendono la concentrazione di know-how ed expertise, anche non clinico (di tipo statistico, metodologico, data management, bioinformatico, ecc.) una priorità per le Aziende pubbliche, e non solo [Rubio et al. Stat Med. 2011]. L'utilità della ricerca collaborativa e della condivisione di risorse può apparire una constatazione banale, eppure persiste tutt'oggi una elevata dispersione di tecnologie e competenze, causa di duplicazioni e di sprechi di denaro e di lavoro, una criticità presente sia a livello macro (nazionale e transnazionale), sia a livello locale (Aziende sanitarie ed enti di ricerca). Iniziative per combattere la frammentazione della ricerca e promuovere una efficiente collaborazione sono pertanto in corso a molteplici livelli.

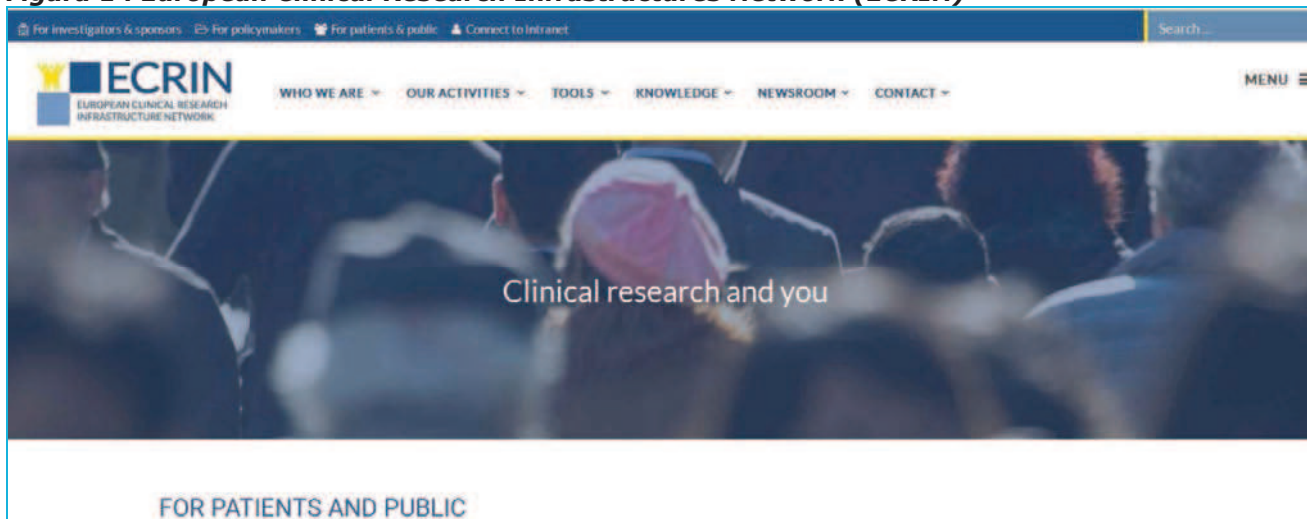
Sul fronte internazionale, l'Unione europea già affrontava la questione nel 2000, con l'ambizioso progetto di creare uno Spazio Europeo per la ricerca (European Research Area – ERA) [Makarow M. Bioessays 2010]. L'ERA è stato definito un "mercato interno della scienza e della tecnologia" che incentiva l'eccellenza scientifica, la competitività e l'innovazione attraverso la promozione di una cooperazione ed un coordinamento migliore tra gli operatori della ricerca [<http://www.apre.it/ricerca-europea/>]. Una delle modalità di realizzazione di questo obiettivo è il collegamento in rete dei centri d'eccellenza esistenti in Europa e la creazione di centri virtuali. Con queste premesse è stato costituito nel 2002 il Forum Strategico Europeo per le Infrastrutture di Ricerca (ESFRI), con ruolo di supporto allo sviluppo di un approccio coerente nelle decisioni politiche sulle infrastrutture di ricerca in Europa, e di incubatore per agevolare le iniziative multilaterali e le negoziazioni internazionali volte a migliorare l'utilizzo e lo sviluppo di infrastrutture [Calzolari et al. Ann Ist Super Sanità 2014]. In particolare per la ricerca biomedica, un approccio coordinato, tramite la creazione di una infrastruttura di ricerca paneuropea, può consentire di attingere a un ampio bacino di popolazione per identificare pazienti e di sfruttare il potenziale scientifico e l'expertise clinica che spesso rimane latente [Demotes-Mainard & Kubiak. Ann Oncol 2011].

Le infrastrutture di ricerca sono un fattore determinante della qualità della ricerca scientifica, oltreché della possibilità stessa di fare ricerca. Possono intendersi sia strutture per l'analisi, il calcolo, la sperimentazione e lo svolgimento di attività attinenti alla ricerca (laboratoristiche e non), sia l'insieme di competenze o funzioni specializzate e dedicate a realizzare studi clinici di qualità, o una combinazione di entrambe le componenti. Possono essere concentrate in un unico luogo, essere dislocate in più sedi o fornire servizi virtuali, e rappresentano anche un'occasione preziosa di crescita per i giovani professionisti fornendo opportunità di formazione sul campo e contatto con ricercatori più esperti [Quaderni dell'Osservatorio Infrastrutture di Ricerca in Italia, n. 14 2014, Calzolari et al. Ann Ist Super Sanità 2014].

Nella sua Roadmap, ESFRI prevede la realizzazione di reti paneuropee dedicate a diverse aree di ricerca. In ambito biomedico è stato istituito l'European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN), che mette in collegamento infrastrutture, hub o network di ricerca clinica situati in Paesi della UE [<http://www.ecrin.org/>; Demotes-Mainard & Kubiak. Ann Oncol 2011]. All'interno di ECRIN vengono poi create reti di infrastrutture a livello nazionale; in Italia è stata istituita ItaCRIN, dedicata alla realizzazione di studi clinici multinazionali no-profit, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su mandato del Ministero della Salute.



Figura 1 *l'European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN)*



La partecipazione a ECRIN dimostra la volontà del nostro Paese di perseguire gli obiettivi di armonizzazione e collaborazione posti a livello europeo, ma non è l'unica evidenza di questo impegno. Di fatti, da anni i bandi ministeriali sono orientati al rafforzamento della collaborazione multicentrica e multidisciplinare e tendono sempre più a favorire l'aggregazione tra aziende diverse per catalizzare le competenze e tecnologie di cui ogni centro dispone. In particolare, il nuovo Bando di Ricerca Finalizzata contiene un'intera sezione dedicata ai Programmi di Rete, iniziative di ricerca articolate su work projects coordinati da diversi centri (fino a 8), relativi a tematiche individuate dalle Regioni quali prioritarie e perseguibili in base alle competenze presenti nella Regione stessa. I programmi di rete hanno appunto lo scopo di "creare dei gruppi di ricerca e innovazione (Consorzi) per lo sviluppo di ricerche altamente innovative e caratterizzate dall'elevato impatto sul Servizio Sanitario Nazionale rivolte a soddisfare le esigenze di programmazione regionali e di sviluppo dei servizi per il miglioramento dell'assistenza e delle cure offerte dal SSN."

Figura 2 *Network ricerca*





A livello locale, è essenziale che le aziende sanitarie sappiano rispondere alle indicazioni e agli stimoli offerti dagli enti internazionali e nazionali, e riescano a cogliere le varie opportunità per migliorare le forme di collaborazione e di condivisione. A tal fine, gli ospedali devono da una parte mirare a entrare in network di ricerca già esistenti, o contribuire alla loro istituzione, dall'altra dovrebbero ottimizzare l'utilizzo delle risorse di cui già dispongono al loro interno, concentrando tecnologie e competenze in un unico spazio dedicato alla ricerca. La Regione Emilia-Romagna sostiene questa politica ormai da un decennio, quando istituì le Unità di Ricerca e Innovazione, al fine di contribuire al miglioramento della qualità assistenziale attraverso la promozione, il sostegno e il coordinamento dell'attività di ricerca delle aziende, favorendo l'integrazione della funzione scientifica con l'attività assistenziale [DGR 1066/2009].

Nell'ambito delle aziende ospedaliero-universitarie in particolare, è fondamentale saper sfruttare le potenzialità presenti in ambito accademico e clinico, un connubio vincente in quanto la fusione di diverse prospettive e la condivisione di conoscenze consente di trovare soluzioni ai problemi e sviluppare strategie affinché la ricerca sia veramente utile ai pazienti [Daly et al. Collegian 2011].

In accordo con questa visione, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOUPR) ha iniziato, ormai da anni, un percorso di integrazione con l'Università che si è concretizzato nel 2011 con la realizzazione del network LABMAR (Laboratori BioMedici di Analisi in Rete), una rete di laboratori di ricerca situati in diverse unità operative [<http://www.ao.pr.it/ricerca/il-sostegno-supporto-aiuto-alla-ricerca/rete-laboratori-di-ricerca-labmar/>]. Successivamente è stata avviata la pianificazione del Centro Comune di Ricerca (CCR), progetto pluriennale comprendente tre aree strettamente connesse tra loro: l'area dei laboratori, l'area degli ambulatori e l'area dei servizi a supporto della ricerca.

Nel 2015, grazie al cofinanziamento della Fondazione Cariparma, è stata avviata la realizzazione della prima parte del CCR, che ha raggiunto il primo grande traguardo con l'inaugurazione del CoreLAB. Il CoreLAB è un complesso di laboratori di alta tecnologia, gestiti da personale esperto e qualificato, all'interno dei quali sono state trasferite grandi strumentazioni. Il CCR ha come scopo principale la realizzazione di ricerca di qualità e sempre più competitiva, soprattutto in ambiti innovativi, come la medicina personalizzata, e la sperimentazione clinica di Fase I. Nei paragrafi successivi verranno illustrate le attività svolte nel 2015 al fine di perseguire gli scopi summenzionati.

6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

La convinzione della Direzione aziendale sull'importanza della ricerca ha portato negli ultimi anni alla costituzione del Board della Ricerca, con componenti aziendali e universitari esperti in ricerca scientifica, e al rafforzamento della Unità Operativa Ricerca e Innovazione, che ha ampliato e qualificato le proprie attività per far fronte alle molteplici necessità dei ricercatori e promuovere ricerca di qualità. Dal 2015, difatti, l'infrastruttura per la ricerca aziendale è diventata una realtà più diffusa, che si avvale del contributo di professionisti afferenti a diversi Dipartimenti, e della condivisione e collaborazione tra Ospedale e Università delle scelte strategiche inerenti l'attività di ricerca.

Uno dei frutti di questo lavoro è l'inaugurazione, in dicembre 2015, del CoreLAB (cfr. Scheda Obiettivo *"Unire le forze per migliorare la ricerca"*), nuovo complesso di laboratori dotato delle più alte tecnologie e gestito da personale specializzato, con l'obiettivo di favorire progetti di ricerca nell'ambito della medicina personalizzata (linea di ricerca strategica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma) e di attrarre finanziamenti, indispensabili anche per realizzare ricerca "spontanea" finalizzata al miglioramento della pratica clinica.

Un altro aspetto saliente che ha coinvolto in maniera rilevante l'infrastruttura per la ricerca aziendale è l'opera di adeguamento dell'AOUPR ai requisiti della Determina AIFA per la conduzione di studi di fase I, avviata nel 2015 a seguito della sua pubblicazione in luglio 2015 (cfr. Scheda Obiettivo *"Realizzare studi di fase precoce: il primo passo dal laboratorio al paziente"*). La possibilità di effettuare ricerca di fase precoce, generalmente poco frequente negli ospedali pubblici, oltre a rendere l'AOUPR attrattiva per ricercatori e sponsor, offrirà anche un'opportunità importante ai pazienti della città e della Regione di ricevere trattamenti innovativi.

In conseguenza a tale riorganizzazione, nel 2015 anche le attività della UO Ricerca e Innovazione si sono ulteriormente intensificate e diversificate, acquisendo anche nuove competenze in organico. Per gli studi



no-profit (progetti spontanei non a fini di lucro) viene ora fornito supporto durante tutte le fasi di realizzazione, svolgendo attività analoghe a quelle delle CRO (Organizzazioni di Ricerca a Contratto) generalmente private e molto costose. In particolare, nel 2015, la UO Ricerca e Innovazione ha collaborato come unità di ricerca alla realizzazione di 8 progetti di ricerca, sia attuati da professionisti della AOUPR, sia promossi da enti no-profit (cfr. Scheda Obiettivo *"Fornire le competenze non cliniche necessarie alla realizzazione di ricerca di qualità"*).

Degno di nota è, inoltre, il lavoro di sensibilizzazione dei cittadini sull'importanza di partecipare attivamente agli studi clinici e promuovere, a tutti i livelli, una visione della ricerca in ambito sanitario come una delle possibili forme di assistenza (cfr. Scheda Obiettivo *"Incoraggiare la partecipazione dei cittadini alla ricerca tramite la comunicazione"*).

Preme rimarcare, infine, il notevole lavoro volto a favorire il dialogo tra Comitato Etico e ricercatori. Come sottolineato anche nella DGR 1066/2009, infatti, pur garantendo sempre l'autonomia del CE, è stata avviato un iter per creare "un luogo formale di raccordo tra Aziende e CE". Un'iniziativa importante verso questa "apertura" del CE in particolare, è stato il Convegno organizzato il 1 dicembre 2015, dove esperti hanno risposto direttamente alle domande degli sperimentatori (cfr. Scheda Obiettivo *"Favorire il dialogo tra il comitato etico e i ricercatori"*).

Accanto a queste attività, si è inoltre proseguito con l'attuazione delle 5 azioni prioritarie previste dalla DGR n.1066 del 29 luglio 2009, con le seguenti modalità.

Azione 1: E' stato avviato il lavoro propedeutico alla realizzazione del Piano triennale delle Attività di Ricerca 2016-2018, che partirà in primavera 2016. Si è deciso di seguire modalità analoghe a quelle del Piano precedente, ma, su suggerimento del Board della Ricerca e dei Referenti Dipartimentali della Ricerca durante incontri dedicati, verranno raccolti dati aggiuntivi che consentiranno di identificare figure con competenze specifiche nella ricerca operanti nei diversi team (es. infermiere di ricerca, clinical trial coordinator, eccetera) e di raccogliere il bisogno di risorse, umane e tecnologiche, per l'attuazione delle proposte inserite nel Piano.

Azione 2: Oltre a procedere con l'inserimento nel database dell'Anagrafe Regionale della Ricerca dei progetti avviati nell'arco dell'anno, anche nel 2015 è stata prestata particolare attenzione alla qualità dei dati inseriti, con il perfezionamento del database locale che ha permesso il caricamento automatico dei dati sul database regionale (cfr. sezione 6.3. [Garanzie di trasparenza "Anagrafe della Ricerca"](#)).

Azione 3: Nel 2015 è stato prodotto il Regolamento del secondo Board Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione, che ha un ruolo centrale anche nelle decisioni relative all'orientamento della ricerca aziendale. In particolare al Board sono assegnate le seguenti funzioni:

- ✓ Promuovere la qualità della ricerca
- ✓ Favorire l'integrazione tra componente ospedaliera ed universitaria nella ricerca scientifica
- ✓ Valorizzare l'impegno scientifico dei professionisti
- ✓ Diffondere le opportunità di finanziamento
- ✓ Individuare le aree più competitive
- ✓ Sostenere le aree dove la ricerca è più carente
- ✓ Vigilare sull'impatto organizzativo della ricerca

Azione 4: Anche quest'anno, il processo di valorizzazione delle competenze presenti in Azienda e del loro potenziale si è espresso nell'offerta formativa in materia di metodologia della ricerca, con l'attuazione della terza Edizione del programma formativo "Una Guida per Cominciare", che ha saputo incontrare le esigenze di professionisti diversi, con differenti bisogni formativi (cfr. sezione 6.2 [Sviluppo di un ambiente culturale favorevole "Attività di formazione del personale"](#))

Azione 5: per promuovere una ricerca di qualità in linea con i requisiti internazionali, nel 2015 sono state redatte 4 SOP 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 Obiettivo *"Semplificare i processi e garantire la qualità degli studi"*).



UNIRE LE FORZE PER MIGLIORARE LA RICERCA

Obiettivi

E' fondamentale, particolarmente in un'azienda ospedaliero-universitaria, saper sfruttare l'esistenza di competenze qualificate e tecnologie all'avanguardia, utilizzandole per finalità comuni. Il Centro Comune di Ricerca (CCR) è un 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 progetto, cofinanziato da Fondazione Cariparma, prevede fondamentalmente la creazione di un'area laboratoristica (CoreLAB) e di un'area ambulatoriale dedicata alla ricerca clinica (Trial Unit).

Obiettivo per il 2015, come previsto dal protocollo del progetto, era l'avvio delle attività del CoreLAB.

Risultati raggiunti

Il Board per la Ricerca ha dedicato diverse sedute al CoreLAB, ufficializzando in Settembre 2015 il "Regolamento del Centro Comune di Ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma". Il documento stabilisce funzioni e attività del CCR, responsabilità e ruoli, e modalità di utilizzo della struttura e dei finanziamenti. L'istituzione del CCR e l'adozione del regolamento sono sancite con Delibera del Direttore Generale n. 315 del 30/09/2015. In Ottobre il Direttore Sanitario ha istituito un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei Servizi Tecnici/Amministrativi aziendali e dai Direttori delle UO che hanno messo a disposizione le tecnologie, al fine di definire gli aspetti riguardanti le modalità organizzative del trasferimento delle tecnologie dalle UO al CoreLAB. Sono stati attuati quattro incontri che hanno portato al completo trasferimento delle tecnologie.

E' stato quindi possibile inaugurare il CoreLAB (primo elemento del CCR) nei tempi prefissati, il 1° dicembre 2015.

E' stato inoltre individuato il personale autorizzato all'accesso e all'utilizzo delle tecnologie, assegnando diversi livelli di responsabilità e autorizzazione. Con nota prot. 46099 del 21/12/2015, il Direttore Sanitario ha nominato il Team di Specialisti, professionisti dell'AOUPR delegati dai Direttori delle Unità Operative, che hanno allocato risorse nel CoreLAB, alla gestione delle relative tecnologie, supervisione delle attività e corretta adozione degli standard di sicurezza.

Per rendere possibile il tempestivo avvio delle attività, la UO R&I ha predisposto la prima SOP aziendale AMM10-A "Come avviare e realizzare uno studio nel CoreLAB", entrata in vigore il 18/01/2016, e il training dei professionisti interessati. Nella SOP sono state definite le modalità d'accesso, di utilizzo e rendicontazione.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

E' in fase di pubblicazione sul sito aziendale la pagina internet dedicata al CoreLAB, con una presentazione dettagliata delle sue attività, rivolta principalmente ai ricercatori, con l'obiettivo di attrarre nuovi studi e costituire reti di collaborazione. Si prevede inoltre di attuare visite guidate aperte al pubblico (open-day) al fine di far conoscere e promuovere le attività del CoreLAB, e di realizzare eventi di condivisione, dove i gruppi di ricerca possono presentare i loro progetti attuali e le idee per sviluppi futuri.

Il passo successivo per il completamento del CCR sarà la realizzazione degli ambulatori di ricerca (Trial Unit), attigui al CoreLAB e fortemente integrati, al fine di consentire l'attuazione di studi clinici in un ambiente accogliente e riservato. In particolare, quest'area sarà realizzata in accordo con le normative vigenti per permettere la conduzione di studi di fase I, una tipologia di ricerca estremamente importante che solo centri in possesso di specifici requisiti possono attuare, coinvolgendo anche volontari sani arruolati in progetti no-profit (cfr. Scheda Obiettivo "Realizzare studi di fase precoce: il primo passo dal laboratorio al paziente").

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.

Anche la definizione del regolamento ha richiesto un confronto durante diverse sedute del Board, al fine di conciliare i diversi punti di vista, in particolare relativamente agli aspetti organizzativi e all'inquadramento della struttura in Azienda.

**REALIZZARE STUDI DI FASE PRECOCE: IL PRIMO PASSO DAL LABORATORIO AL PAZIENTE***Obiettivi*

Le sperimentazioni cliniche di Fase I sono studi in cui potenziali forme terapeutiche vengono testate per la prima volta sull'uomo, e pertanto possono essere definiti il collegamento tra la ricerca scientifica e la pratica clinica. Nonostante la cruciale importanza, in Italia la loro realizzazione è ancora limitata, a causa di diversi fattori, tra cui lunghi iter burocratici, ostacoli di natura culturale, ma anche la necessità delle specifiche competenze e di alte tecnologie, che poche strutture ancora possiedono. Questa fase delicata di ricerca richiede, più di ogni altra, la creazione di network di professionisti, laboratori di ricerca e strumentazione, operanti in un rapporto altamente collaborativo, e l'istituzione di una struttura dedicata con caratteristiche specifiche, stabilite da linee guida internazionali, recepite dalla Determina AIFA n.809/2015. L'AOUPR possiede un enorme potenziale di svolgimento di ricerca anche nelle fasi precoci, in quanto è sede di Università e in essa coesiste la quasi totalità di strutture specialistiche, quindi sono disponibili tutte le competenze e il know-how indispensabili a produrre dati scientifici di qualità pienamente compatibili con gli attuali standard regolatori. L'istituzione del CoreLAB, inoltre, ha ulteriormente rafforzato questa collaborazione e lo scambio tra i ricercatori, aprendo nuovi scenari di opportunità e attrazione di fondi.

Risultati raggiunti

La Direzione Aziendale, accogliendo la proposta del Board per la Ricerca, ha avviato nel 2015 una serie di azioni volte all'adeguamento delle strutture dell'AOUPR secondo i requisiti stabiliti dalla Determina AIFA, necessari per avviare studi di Fase I. A tale scopo sono stati avviati interventi per l'adeguamento strutturale (tecnologie, dotazioni e collocazione dei locali, eccetera), di tipo organizzativo-procedurale, di formazione/aggiornamento del personale. Come primo passo, il Direttore Generale ha istituito il Gruppo di Lavoro (nota prot. n. 7150 del 29/02/2016) per la verifica dei requisiti della Determina AIFA e per l'attuazione delle azioni necessarie all'accreditamento dell'AOUPR come unità autorizzata all'esecuzione di ricerca clinica di Fase I. Il gruppo è composto da personale clinico, afferente ai servizi aziendali e alla UO R&I. In base alle competenze richieste, sono stati identificati i componenti dell'organigramma, personale in staff alla struttura di Fase I. Sono state identificate le UUOO dove verranno svolti gli studi di Fase I, in regime di degenza e ambulatoriale. Le attività principali richieste per l'adeguamento comprendono la produzione di oltre 60 Procedure Operative Standard (SOP), molte specifiche per la ricerca di Fase I, l'acquisizione di apparecchiature per il monitoraggio dei pazienti, e la garanzia di formazione (sulle linee guida di Good Clinical Practice, per tutto il personale in organigramma, e sulle tecniche di supporto delle funzioni vitali per il personale clinico).

Interventi in fase di sviluppo o in corso

E' in atto un percorso formativo rivolto sia al personale incaricato di svolgere ricerca di Fase I, sia in generale per istruire i professionisti su come prepararsi e partecipare alle visite di monitoraggio degli studi. La formazione sarà effettuata in collaborazione con un autorevole esperto di audit. E' stato redatto il piano di formazione comprendente 6 eventi da effettuarsi nell'arco dell'anno.

In merito alle 36 SOP redatte, è stato definito un programma di training per tutti i referenti della ricerca delle UUOO successivamente al quale le SOP entreranno in vigore.

Il complesso e impegnativo lavoro effettuato in Azienda ha comportato vantaggi che vanno oltre la possibilità di condurre ricerca di fase I. Si è infatti instaurata una forte collaborazione tra i diversi servizi aziendali coinvolti e il gruppo dei clinici, migliorando le sinergie e consentendo di condividere prospettive differenti. Inoltre, le modifiche apportate sono in gran parte previste dalla normativa europea in materia di sperimentazioni cliniche.

Preme segnalare che, nonostante l'AOUPR fosse già in possesso di gran parte dei requisiti della Determina, gli interventi di adeguamento in tempi stretti hanno richiesto un rilevante sforzo da parte di tutte le figure coinvolte, per assicurare il rispetto della tempistica.



FORNIRE LE COMPETENZE NON CLINICHE NECESSARIE PER ATTUARE RICERCA DI QUALITA'

Obiettivi

Grazie ai progressi tecnologici e scientifici degli ultimi anni, la ricerca clinica diventa sempre più complessa, riguarda aspetti sempre più specialistici (medicina personalizzata, studi di genetica, eccetera), e implica l'analisi di enormi quantità di dati. E' evidente che studi di questo tipo, spesso ampi e multicentrici, non possono essere svolti senza il coinvolgimento di personale esperto non clinico, che effettua attività indispensabili alla corretta pianificazione, conduzione e analisi dello studio. Occorre, ad esempio, la partecipazione al team di progetto di un biostatistico fin dalle fasi di pianificazione, per assicurare il rigore metodologico. Inoltre, servono competenze specifiche per la creazione della scheda raccolta dati e relativo database, per la analisi dei dati raccolti e per la loro presentazione. Spesso i ricercatori si rivolgono ad aziende private esterne che offrono questi servizi, chiamate CRO (Organizzazioni di Ricerca a Contratto). La UO Ricerca e Innovazione (R&I) opera da tempo per acquisire l'expertise necessaria, tramite un continuo processo formativo dei suoi professionisti e la partecipazione a network nazionali e internazionali. Lo scopo è fornire, per studi no-profit, un contributo qualificato durante tutte le fasi di realizzazione di uno studio.

Risultati raggiunti

Nel 2015, i professionisti della R&I hanno collaborato alla realizzazione di numerosi progetti di ricerca sia sperimentale (clinica e di laboratorio) sia epidemiologica. In particolare la UO è stata unità di ricerca in 12 progetti no profit in cui ha svolto il seguente ruolo:

- Stesura di protocolli scientifici, in particolare nella revisione della letteratura (background scientifico) e nella definizione del disegno dello studio, della dimensione campionaria e dell'analisi statistica.
- Redazione del piano economico e management amministrativo e finanziario
- Programmazione, realizzazione della eCRF (scheda cartacea e elettronica) e relativo training per gli operatori
- Definizione del Piano di Analisi Statistica (SAP), applicazione di metodologie avanzate per l'analisi statistica e interpretazione dei risultati
- Data management sia attraverso tecniche automatizzate di quality assurance che mediante visite in loco per controllare la qualità dei dati raccolti confrontandoli con la documentazione clinica (quality control)
- Monitoraggio dei centri per favorire l'adesione alle norme internazionali di Buona Pratica Clinica (Good Clinical Practice)
- Collaborazione alla stesura degli articoli scientifici e alla disseminazione dei risultati

Inoltre ha organizzato e attuato interventi formativi in materia di metodologia della ricerca (dai brevi corsi di 3 ore fino a un Master annuale di II livello), soprattutto rivolto a professionisti più giovani.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

E' in fase di realizzazione un modulo online che permetterà ai professionisti di inoltrare richieste di supporto/collaborazione alla UO Ricerca e Innovazione, selezionando tra diverse tipologie di attività: Biostatistica, Quality Assurance, eCRF, Budget eccetera. Ciò faciliterà la comunicazione dei bisogni e consentirà una più tempestiva risposta.

Per individuare le competenze non cliniche a supporto della ricerca presenti in Azienda ma distribuite nei diversi reparti, inoltre, verrà effettuato un censimento di tali expertise, con l'obiettivo finale di attuare un network che permetterà sia di offrire ai ricercatori un punto di riferimento per le diverse esigenze connesse alla realizzazione dei loro studi, sia ai professionisti stessi di conoscersi e collaborare, condividendo risorse e competenze.

Eventuali problematiche riscontrate

La richiesta di collaborazione avviene spesso in una fase avanzata dello studio, rendendo più difficoltosa la collaborazione tra i ricercatori clinici e i professionisti non clinici. Ciò può essere dovuto anche al fatto che non sempre i ricercatori sono a conoscenza della necessità di collaborare con esperti in metodologia della ricerca e delle opportunità offerte in Azienda. Occorrerà dare più risalto alle attività svolte e favorire la richiesta del coinvolgimento fin dalla fase di ideazione dello studio.



INCORAGGIARE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA RICERCA TRAMITE LA COMUNICAZIONE

Obiettivi

La conduzione di ricerca di buona qualità consente l'avanzamento delle conoscenze scientifiche, con potenziali effetti positivi sulla salute, e rappresenta l'opportunità per i pazienti in studio di usufruire di trattamenti innovativi, tanto che autorevoli esperti ormai la definiscono una delle possibili forme di assistenza. Per questo, la possibilità di partecipare a uno studio clinico è un diritto, sancito nella Carta Europea dei Diritti del Malato (<http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/europa/1955-carta-europea.html>). Ancora oggi, tuttavia, la letteratura [Treweek 2010, Cochrane Database Syst Rev] sottolinea la difficoltà ad arruolare pazienti negli studi, dovuta a diverse cause, alcune delle quali possono essere affrontate con una corretta comunicazione ai cittadini, volta a far comprendere l'importanza della ricerca, i vantaggi che comporta e ad informare sugli studi clinici in corso e sui risultati dei progetti conclusi. Sono state ideate una serie di strategie, messe in atto al fine di aumentare la conoscenza delle attività di ricerca e la consapevolezza dell'importanza dell'adesione ad uno studio clinico da parte dei cittadini e dei professionisti sanitari, per favorire la crescita delle competenze in ambito scientifico e l'impiego presente e futuro delle migliori terapie.

Risultati raggiunti

Nel 2015 è proseguita la realizzazione del ciclo di incontri informativi rivolti al pubblico "La ricerca scientifica spiegata ai pazienti", inseriti anche negli obiettivi di Budget. 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 e relativi studi clinici in atto presso il reparto. L'UO R&I ha promosso, coordinato e supportato la realizzazione degli eventi, curando in particolare la predisposizione del materiale informativo distribuito durante gli incontri - l'opuscolo "Studi Clinici: le informazioni utili per i pazienti" e la brochure del progetto europeo ECRAN - oltre alla diffusione degli eventi, svolta in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione. Sono stati realizzati 10 incontri, della durata di circa 3 ore ciascuno, con cadenza generalmente mensile, in collaborazione con 10 Unità Operative che svolgono una considerevole attività di ricerca.

Il numero dei partecipanti è stato di circa 340, la presenza è stata variabile (da 10 a 80 per incontro), condizionata da aspetti quali la patologia trattata, il periodo di realizzazione e la presenza delle associazioni di volontariato in ospedale e sul territorio. Il grado di coinvolgimento dei partecipanti, invece, è sempre stato ottimo, come rilevato dal numero di domande poste ai ricercatori, dalla durata della discussione al termine degli incontri e dai giudizi positivi formulati nel questionario di valutazione dell'evento.

Grazie alla collaborazione fattiva dei ricercatori dell'Azienda, nel 2015 è stato inoltre possibile redigere e pubblicare le pagine web dei 20 reparti in cui si svolge un'attività di ricerca rilevante. Nelle pagine sono descritte le principali linee di ricerca (medicina personalizzata, miglioramento della qualità assistenziale, sperimentazioni cliniche con farmaco, eccetera), definite le patologie oggetto di interventi terapeutici sperimentali e le innovazioni tecnologiche impiegate dal team di ricercatori per il trattamento delle malattie più severe. Un'altra sezione è dedicata ai progetti di ricerca in corso con un set minimo di informazioni necessarie quali lo sperimentatore principale, il range di età di riferimento e la dimensione dello studio clinico. Infine, è stata realizzata una pagina dedicata agli articoli scientifici pubblicati nell'ultimo triennio dai ricercatori sulle principali riviste nazionali ed internazionali.

Molti ricercatori hanno contribuito alla preparazione della pagina sulla ricerca svolta nel loro reparto, manifestando interesse e apprezzamento, in quanto spesso la ricerca svolta in reparto non è nota né apprezzata.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Nel 2016 saranno realizzati ulteriori incontri per i pazienti, in collaborazione con le UO e dedicati alla ricerca; si è deciso di coinvolgere attivamente nell'organizzazione degli eventi le associazioni di volontariato, per favorire la partecipazione dei cittadini e loro familiari, ed i medici di famiglia, figure di riferimento a supporto del paziente nel momento in cui deve decidere se aderire o meno allo studio e durante tutto il percorso terapeutico sperimentale. Sono in fase di pubblicazione nuove pagine web dedicate alla ricerca scientifica, al fine di rappresentare esaurientemente tutte le attività svolte dai professionisti



Figura 3 Iniziative messe in atto dall'Azienda per incoraggiare la partecipazione dei cittadini alla ricerca

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA C ASL ROMA C

La ricerca in Oncologia medica

Il tuo aiuto è importante perché contribuisce al progresso della ricerca e alla cura di nuove terapie oncologiche. Partecipando a progetti di ricerca, contribui a migliorare la qualità della vita dei pazienti e a ridurre i costi della cura.

Progetti in corso in Oncologia medica

- Studio di fase I della combinazione di farmaci anticancro con immunoterapia in pazienti con carcinoma della mammella in stadio avanzato.
- Studio di fase II della combinazione di farmaci anticancro con immunoterapia in pazienti con carcinoma della mammella in stadio avanzato.

Responsabile: Dott. Antonio Santoro
Indirizzo: Via delle Messiadi, 155 - 00138 Roma

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA C ASL ROMA C

STUDI CLINICI

le informazioni utili per i pazienti

Un incontro con gli esperti per discutere di nuove terapie e di nuove frontiere della ricerca.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA C ASL ROMA C

La ricerca scientifica spiegata ai pazienti: Fictus cerebrale e le nuove frontiere di cura

Premessa
L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Roma ha il piacere di invitare ai pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

A chi è rivolto
A tutti i pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

Obiettivo
L'obiettivo della giornata è quello di fornire ai pazienti informazioni utili per partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA C ASL ROMA C

La ricerca scientifica spiegata ai pazienti: Novità del presente e prospettive future nella cura dell'emofilia

Premessa
L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Roma ha il piacere di invitare ai pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

A chi è rivolto
A tutti i pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

Obiettivo
L'obiettivo della giornata è quello di fornire ai pazienti informazioni utili per partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ASL ROMA C ASL ROMA C

La ricerca scientifica spiegata ai pazienti: Dolore acuto e cronico: le novità terapeutiche

Premessa
L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Roma ha il piacere di invitare ai pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

A chi è rivolto
A tutti i pazienti che desiderano partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

Obiettivo
L'obiettivo della giornata è quello di fornire ai pazienti informazioni utili per partecipare a progetti di ricerca scientifica, a una giornata di incontro con gli esperti della ricerca.

**FAVORIRE IL DIALOGO TRA IL COMITATO ETICO E I RICERCATORI***Obiettivi*

Il Comitato Etico (CE) è un organo indipendente, chiamato a valutare l'eticità e la rigurosità metodologica degli studi, al fine di garantire l'affidabilità dei risultati e la tutela dei pazienti. Questa essenziale caratteristica, tuttavia, rischia di rendere il CE un'entità misteriosa, separata dai ricercatori, mentre è importante che CE e ricercatori lavorino insieme per conseguire gli stessi obiettivi. A tal fine, è necessario che, sempre nel rispetto dell'autonomia del CE, si instauri un dialogo con i professionisti impegnati in ricerca, volto allo scambio di punti di vista e dubbi. Con queste finalità, il Comitato Etico per Parma ha organizzato un Simposio dal titolo: "IL FUTURO DEI COMITATI ETICI: PROSPETTIVE E CONTROVERSIE", che si è tenuto il 1 Dicembre 2015 presso l'Azienda.

Risultati raggiunti

Il Simposio si è svolto in due parti: la prima dedicata al nuovo "Regolamento Europeo n. 536/2014 del Parlamento Europeo", che entrerà in vigore nel 2018 e che comporterà modifiche sostanziali nelle procedure di sottomissione delle sperimentazioni cliniche da parte dei Promotori e delle richieste di parere ai Comitati Etici; nella seconda parte è stata realizzata una Tavola rotonda che ha permesso ai ricercatori di Parma (Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda USL e Università degli Studi) di avere un confronto diretto con i componenti del CE, ponendo domande aperte sui problemi localmente rilevati.

Il Simposio ha generato un confronto di opinioni sui diversi aspetti che riguardano il futuro dei Comitati Etici e le implicazioni per la ricerca e l'assistenza. Le relazioni sono state tenute da autorevoli esperti in ambito nazionale ed internazionale:

- "Comitato Etico 2016, sarà unico e nazionale?" tenuta dal Prof. Pozza Vice-Presidente del Comitato Etico dell'Ospedale San Raffaele.
- "Comitato Etico ideale" tenuta dal Dott. Caruso Responsabile Area Ricerca di Farindustria e dal Prof. Spinsanti Direttore dell'Istituto Giano.
- "Esperienza regionale ed europea" tenuta dal Prof. Tognoni Presidente del Comitato Etico per le Sperimentazione Cliniche APSS Trento e dal Prof. Quintana della Commissione Europea.

Nella Tavola rotonda i componenti del CE hanno risposto alle seguenti 5 domande poste dai ricercatori:

- 1) Come viene condotta la valutazione di un protocollo e perché il Comitato Etico entra nel merito della metodologia?
- 2) Credo sia utile e proficuo uno scambio tra il proponente di uno studio ed il CE, come mai non è sempre previsto?
- 3) Al fine di ridurre i tempi di preparazione della domanda per il PI ed i tempi di approvazione, è possibile prevedere almeno per gli studi con disegno osservazionale e retrospettivo, vie più rapide (fast track) di sottomissione al CE che prevedano modulistica più contenuta e tempi di approvazione più rapidi?
- 4) E' possibile avere una definizione definitiva sulla differenza tra studi sperimentali e osservazionali?
- 5) Recentemente, autorevoli esperti hanno manifestato perplessità circa l'opportunità "etica" della randomizzazione dei pazienti che partecipano a studi di ricerca clinica. A fronte di indubbi benefici scientifici ed epidemiologici di tale procedura, la randomizzazione presenta alcuni profili etici particolarmente delicati relativamente alla libertà e ai diritti primari degli individui. Qual è il parere del nostro Comitato Etico in merito a questa problematica?

Il Simposio ha visto la partecipazione delle autorità delle tre istituzioni locali e di oltre 150 persone, alcune delle quali provenienti da fuori provincia e regione.

Interventi in fase di sviluppo o in corso

Visto l'elevato interesse suscitato dall'evento e la partecipazione dei ricercatori locali, si è auspicato di ripetere momenti di incontro analoghi con i componenti del Comitato Etico, con cadenza annuale.

Inoltre, in seguito a quanto discusso durante la Tavola Rotonda dai ricercatori, il CE ha dimostrato la sua apertura verso le necessità esposte, proponendo soluzioni mirate, quali ad esempio l'audizione con il ricercatore riservata ad alcune tipologie di studi più complesse; la pubblicazione sul sito internet del CE di check list dedicate per gli studi osservazionali, per aiutare i ricercatori nella predisposizione della documentazione da far valutare.

Altri elementi di interesse

I componenti del Comitato Etico pur avendo risposto in modo articolato alle domande poste dai ricercatori, proponendo in modo collaborativo, eventuali soluzioni per venire incontro alle loro necessità, hanno manifestato preoccupazione in merito al rischio di ridurre l'indipendenza nello svolgere la propria attività, fondamentale per garantire un giudizio scevro da influenze anche a volte non evidenti.



Figura 4 Locandina del Simposio "IL FUTURO DEI COMITATI ETICI: PROSPETTIVE E CONTROVERSIE" del 1 Dicembre 2015



IL FUTURO DEI COMITATI ETICI: PROSPETTIVE E CONTROVERSIE

Parma **1 Dicembre 2015**

Ore 14.30 – 18.30

Sala Congressi

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Via Gramsci, 14

RAZIONALE

Il Simposio ha l'obiettivo di approfondire la discussione in merito all'applicazione del nuovo Regolamento europeo sulla sperimentazione clinica. Il Programma prevede il confronto di opinioni di autorevoli esperti, sui diversi aspetti che riguardano il futuro dei Comitati Etici e le implicazioni per la ricerca e l'assistenza. E' previsto inoltre uno spazio in cui i membri del Comitato Etico per Parma rispondono alle domande dei ricercatori, al fine di favorire il dialogo e l'interazione nell'intento comune di favorire la ricerca di buona qualità.

L'evento segue l'inaugurazione del CoreLAB, nuovo complesso di laboratori dedicati alla ricerca, con tecnologie di avanguardia e professionisti altamente qualificati.

Evento Accreditato ECM per tutte le professioni sanitarie

Antonio Balestrino
Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Umberto Bertazzoni
Presidente Comitato Etico per Parma

Ettore Brianti
Direttore Sanitario Aziende USL di Parma

Furio Brighenti
Pro Rettore con delega per l'area ricerca

Caterina Caminiti
Direttore UO Ricerca e Innovazione

Giuseppe Caruso
Responsabile Area ricerca di Farminindustria

Guido Pozza
Vice-Presidente Comitato Etico S. Raffaele

Sandra Petraglia
Direttore Ufficio Ricerca e Sperimentazione Clinica AIFA

Octavi Quintana
Commissione Europea, Bruxelles

Sandro Spinsanti
Direttore dell'Istituto Giano

Gianni Tognoni
Presidente del Comitato Etico per le Sperimentazioni Cliniche APSS Trento

PROGRAMMA

Saluti delle autorità: Massimo Fabi, Elena Saccenti

Moderatori: Antonio Balestrino, Ettore Brianti, Furio Brighenti

14.30 **Introduzione**

Umberto Bertazzoni
Caterina Caminiti

15.00 **Comitato etico 2016, sarà unico e nazionale?**

Sandra Petraglia
Guido Pozza

15.45 **Il Comitato Etico ideale**

Giuseppe Caruso
Sandro Spinsanti

16.30 **Esperienza regionale ed europea**

Gianni Tognoni
Octavi Quintana

17.15 **I componenti del Comitato Etico per Parma**

Incontrano i ricercatori

Discussione e domande dalla platea

18.15 **Chiusura dei lavori**

Responsabili Scientifici

Umberto Bertazzoni, Caterina Caminiti

Segreteria Scientifica e Organizzativa

UO Ricerca e Innovazione e Segreteria Comitato Etico per Parma
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Via Gramsci 14, 43126 Parma

Tel. 0521 703697/3013

Email arearicerca@ao.pr.it comitatoetico@ao.pr.it

Immagine tratta da:

<http://www.ecranproject.eu/it/content/naviga-con-james-lind>

**SEMPLIFICARE I PROCESSI E GARANTIRE LA QUALITÀ DEGLI STUDI***Obiettivi*

Il rispetto della buona pratica clinica garantisce la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti ed assicura la credibilità dei dati concernenti la sperimentazione clinica stessa.

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' 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 ai 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.

Anche nel 2015 si è perseguito l'obiettivo di attuare visite sistematiche di monitoraggio e sostegno alla ricerca in corso per il miglioramento della qualità della ricerca stessa.

Risultati raggiunti

Nel 2015 è proseguita l'attività di monitoraggio, dapprima sono stati individuati i reparti attraverso l'attribuzione di un risk-score (tratto dalla letteratura e volto a individuare progetti di ricerca ad elevato rischio di errore) e definita la lista di priorità. Nel corso dell'anno sono state realizzate 4 visite di monitoraggio nelle UO selezionate, che hanno coinvolto i componenti dello staff impegnati in studi clinici. Per ogni visita è stato redatto un report, contenente gli aspetti verificati e le raccomandazioni per il miglioramento. Il problema maggiormente rilevato, emerso durante le visite, riguardava il procedimento attraverso il quale è stato ottenuto il consenso informato, non sempre adeguatamente realizzato (mancanza di firme, data, eccetera). A tal fine si è deciso di predisporre nel 2016 una SOP dedicata, che fornisse ai ricercatori l'iter corretto (tempi, modalità, eccetera) e raccomandazioni per la raccolta del consenso informato, in modo che il paziente possa esprimere la propria volontà a partecipare in modo veramente consapevole e non come un atto "dovuto".

Inoltre sono state redatte 4 SOP, AMM04_C "Autorizzazione all'avvio di uno studio. Come descrivere uno studio osservazionale e quale iter seguire per l'avvio", AMM09 "Richiesta di prestazioni a fini di ricerca ad altre UO/Servizi dell'AOU di Parma", AMM10_A "Come avviare e realizzare uno studio nel CoreLAB", CLI01 "Come scrivere un protocollo scientifico"; per ogni SOP è stato effettuato il training a tutti i professionisti interessati e tutte sono state diffuse sia in forma cartacea sia elettronica sulla intranet aziendale. Di particolare importanza è la SOP AMM10_A che definisce l'iter da seguire per poter avviare uno studio nel CoreLAB e che ha coinvolto per la stesura il Team degli specialisti.

Nel 2016 saranno realizzati interventi formativi per i ricercatori, volti a migliorare la qualità degli studi e in particolare l'adesione alle Good Clinical Practice. Verrà inoltre svolta l'attività di audit, come richiesto dalla Determina AIFA per gli studi di Fase I.

Sarà effettuata la progettazione per la realizzazione di un Clinical Trial Quality Team (CTQT), personale opportunamente addestrato e formato, al fine di rendere possibile la ricerca spontanea di Fase I e su volontari sani.

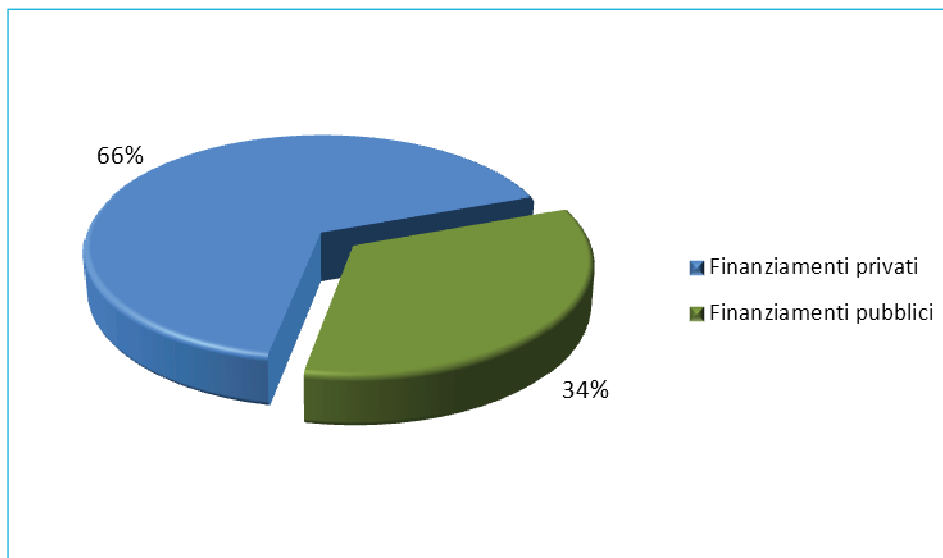
Si provvederà inoltre all'aggiornamento delle SOP in vigore, che deve avvenire almeno una volta all'anno come stabilito dal relativo regolamento.



Capacità di attrazione da parte della Azienda di risorse finanziarie

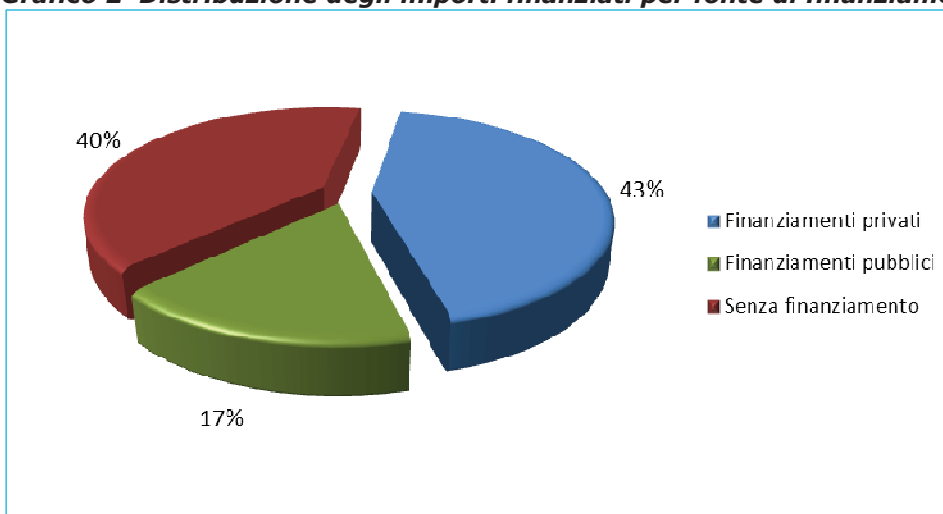
Come riportato nel capitolo 2 (paragrafo 2.4 "Attività di ricerca"), nel 2015 il numero di progetti avviati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato di 150, registrando un incremento pari al 27% rispetto ai due anni precedenti. In merito ai finanziamenti, come evidente nel Grafico 1, il 40% dei progetti avviati è fortemente integrato alla pratica clinica e non ha avuto necessità di ulteriori finanziamenti per essere condotto. I restanti studi sono prevalentemente stati finanziati con fondi privati.

Grafico 1 Distribuzione dei progetti avviati per fonte di finanziamento, anno 2015



Nel grafico 2 viene riportata la distribuzione degli importi, quelli derivati da bandi pubblici rappresentano una minor quota (34% del totale).

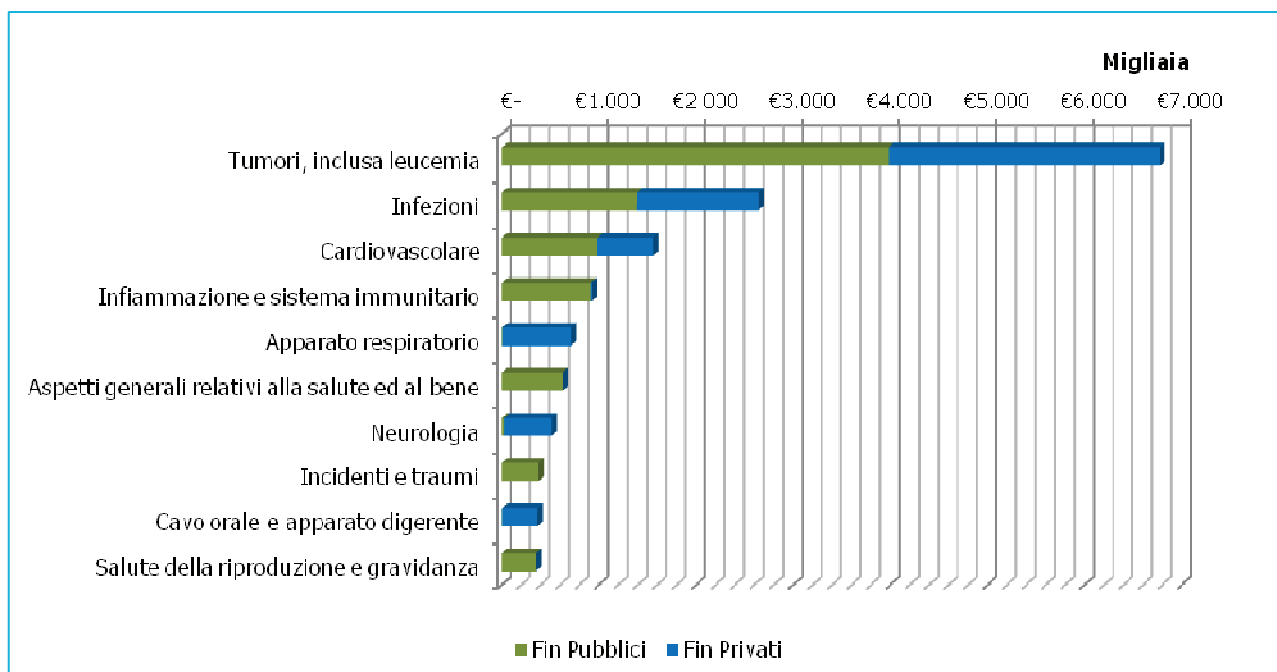
Grafico 2 Distribuzione degli importi finanziati per fonte di finanziamento, anno 2015



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 2013-2015

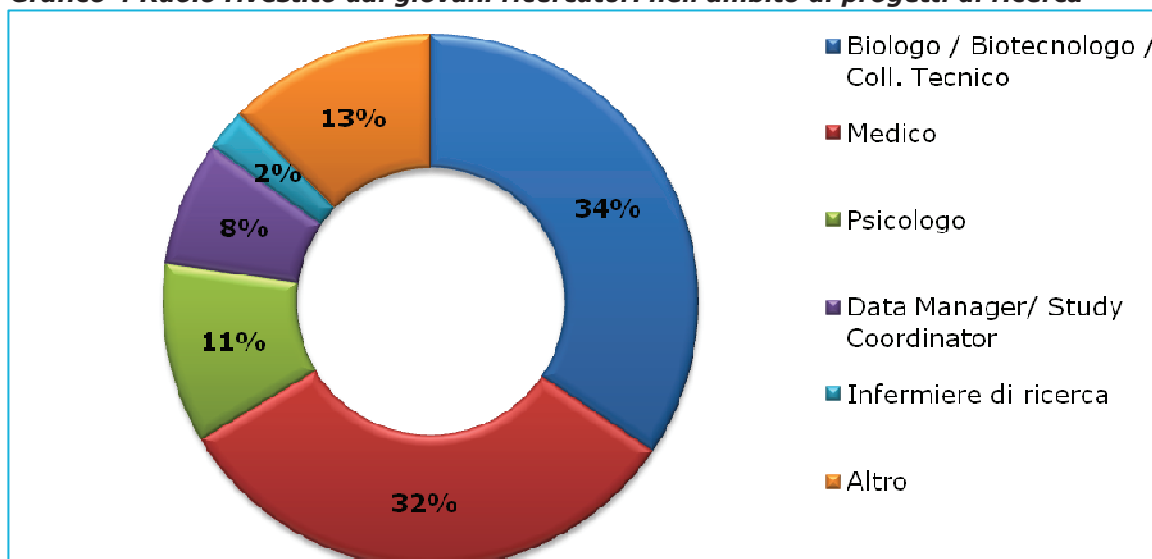


Nota: sono riportate le prime 10 Aree Tematiche

Fonte classificazione Aree tematiche: Health Research Classification System

E' inoltre interessante il dato relativo all'acquisizione di personale deputato ad attività di ricerca remunerato con fondi derivati dalla ricerca. Da una ricognizione effettuata nell'AOU di PR risulta che in media ogni anno vengono finanziati circa 120 giovani ricercatori, che rappresentano il 10% dei laureati in organico. Di seguito, la suddivisione per ruolo rivestito nell'ambito del progetto.

Grafico 4 Ruolo rivestito dai giovani ricercatori nell'ambito di progetti di ricerca





6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

Attività di formazione del personale

Fornire opportunità di formazione è una delle attività centrali delle strutture dedicate alla ricerca. In generale, le infrastrutture di ricerca, come affermato dal Forum Strategico Europeo per le Infrastrutture di Ricerca (ESFRI), devono saper essere un "campo di addestramento per nuove generazioni di scienziati e di sviluppatori capaci di trasformare le conoscenze apprese in innovazione". [<http://www.esfri.eu/roadmap-2016>].

In campo biomedico, assume particolare importanza la formazione volta a far apprendere o a rafforzare le competenze in materia di metodologia della ricerca e di norme di buona pratica clinica, in quanto solo studi disegnati e realizzati in maniera rigorosa, seguendo gli standard internazionali, produrranno risultati affidabili, quindi realmente utili per l'avanzamento della scienza e, allo stesso tempo, per la tutela dei diritti dei pazienti in studio. Per questo la UO Ricerca e Innovazione pone da sempre la massima priorità sull'offerta formativa rivolta ai professionisti aziendali già impegnati o interessati ad avviare attività di ricerca. In particolare, nel 2015 è stata attuata la terza Edizione del Programma Formativo "Metodologia della ricerca: una guida per cominciare", costituito da brevi eventi (di circa 4 ore pomeridiane ed effettuati con cadenza generalmente mensile) tenuti da personale docente afferente alla UO Ricerca e Innovazione e alla Segreteria del Comitato Etico. Sono stati effettuati sei corsi, di cui alcuni replicati per l'elevato numero di richieste, per un totale di nove edizioni e circa 270 partecipanti (in prevalenza giovani medici e biologi). Per la prima volta quest'anno è stato somministrato il breve test di valutazione sia prima dell'inizio del corso, sia a conclusione delle lezioni, consentendo di verificare l'impatto della formazione sulle conoscenze dei partecipanti. Nella Tabella 1 sono riassunti gli esiti della valutazione per singolo modulo, prima e dopo le lezioni. La percentuale di errore nel pre-test è stata del 55%, mentre nel post test del 10%, un dato che suggerisce l'utilità dell'iniziativa formativa. Gli esiti del test iniziale sono stati visionati in tempo reale dai docenti, che quindi hanno potuto orientare la loro lezione in base alle esigenze rilevate. Il gradimento per tutti gli eventi è stato molto buono, dato costante rispetto alle edizioni precedenti.

Tabella 1 Programma Formativo "Metodologia della ricerca: una guida per cominciare", percentuale di risposte corrette.

	PRE	POST
Scrivere un buon protocollo scientifico	38%	73%
Le evidenze scientifiche	73%	89%
Cercare fondi per una buona idea progettuale	42%	88%
Creare una scheda elettronica per la raccolta dati (eCRF)	32%	92%
Conoscere i fondamenti dell'analisi statistica	75%	99%
Aspetti etici e iter autorizzativo	48%	96%

Come parte del processo di adeguamento ai requisiti della Determina AIFA per la conduzione di studi di Fase I, inoltre è stata avviata la pianificazione di formazione specifica per gli operatori coinvolti nell'Unità di Fase I, da svolgersi all'inizio del 2016.

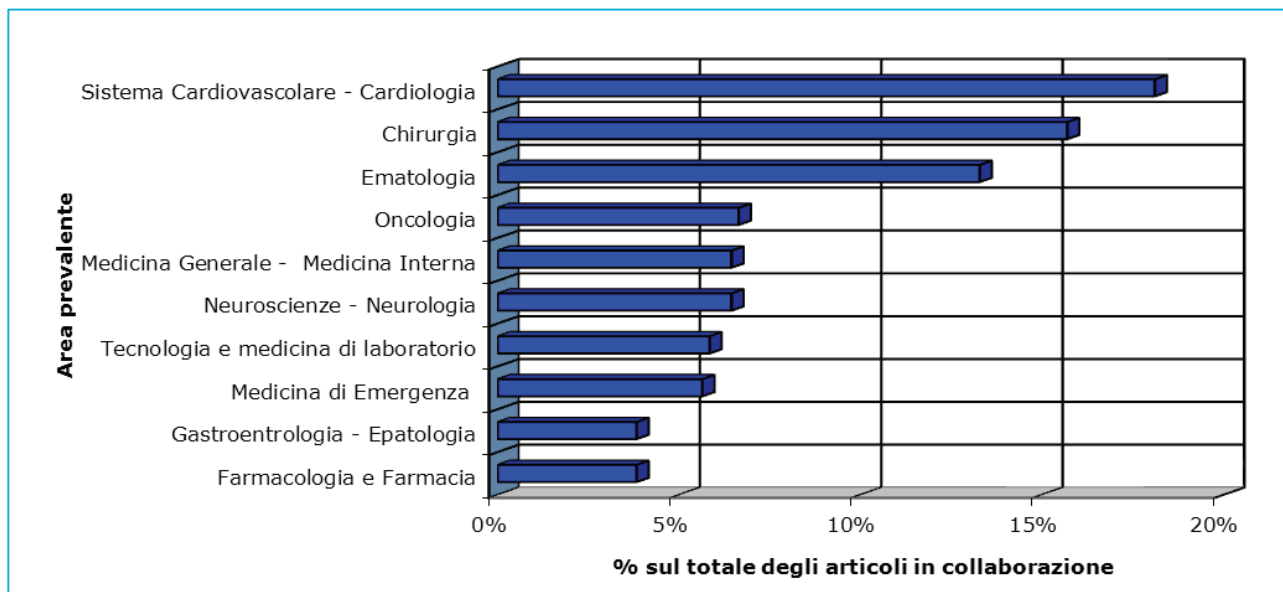


Progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie internazionali

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 497 articoli pubblicati in rete (pari al 36% delle pubblicazioni nel triennio 2013-2015).

Le aree prevalenti delle pubblicazioni scritte con collaboratori internazionali risultano essere la Cardiologia, la Chirurgia e l'Ematologia, rispettivamente al 18%, 16% e 13% (Grafico 5).

Grafico 5 Aree tematiche prevalenti degli articoli che presentano almeno una collaborazione internazionale, anni 2013-2015



A. Progetti europei

La partecipazione ad ampi studi multicentrici internazionali rappresenta una grande opportunità, consentendo di condividere competenze e tecnologie al di fuori dei confini locali e nazionali, di scambiare opinioni e informazioni con leader e team autorevoli nel campo della ricerca. Inoltre, i progetti transnazionali permettono di poter attingere a un bacino più ampio di pazienti, favorendo così il reclutamento di soggetti e la diffusione di trattamenti innovativi.

L'AOU di Parma partecipa attualmente a 5 progetti europei (in due di essi in qualità di coordinatore internazionale), di seguito si riporta una sintesi.

A 1. BD2DECIDE - Big Data and models for personalized Head and Neck Cancer Decision support

Finanziamento: Horizon2020, anno 2015

Coordinatore: UO Maxillo-Facciale, AOU di Parma

Durata: 2016-2019

Sito web: http://cordis.europa.eu/project/rcn/200298_en.html

BACKGROUND

I carcinomi del distretto testa-collo (HNC) sono associati a mortalità particolarmente elevata, soprattutto perché vengono spesso diagnosticati in fase avanzata e per la loro eterogeneità intrinseca. Attualmente la decisione del trattamento è guidata dal sistema stadiale denominato TNM (Tumore-Linfonodi regionali-Metastasi a distanza) che fornisce proiezioni prognostiche basate solo su pochi fattori di rischio. Ciò può determinare la somministrazione di trattamenti a pazienti che in realtà non ne avranno beneficio, ma che a causa della loro tossicità possono causare anche gravi morbidità. Emerge quindi la necessità di poter disporre di una più precisa previsione prognostica rispetto all'attuale sistema TNM, al fine di ottimizzare il trattamento di prima linea massimizzando il risultato terapeutico e riducendo al minimo gli effetti negativi della terapia.



OBIETTIVI

- Individuare modelli paziente-specifici in grado di migliorare la cura e favorire la determinazione di linee guida di trattamento su misura, valutando l'importanza di nuovi marcatori prognostici
- Rafforzare il processo decisionale multidisciplinare e di decisione condivisa dal paziente attraverso la visualizzazione avanzata dei dati e la fruibilità del sistema da parte del team multidisciplinare coinvolto nella gestione del paziente

METODI

Il progetto metterà a punto e validerà un sistema integrato di supporto decisionale che collega tra loro dati epidemiologici di popolazione (comportamentali e ambientali) e dati specifici del paziente (clinici, di genomica e di imaging).

BD2Decide è composto da 2 distinti progetti (retrospettivo e prospettico). La UO Maxillo-facciale della AOU di Parma coordina l'intero progetto e partecipa attivamente sia nella raccolta retrospettiva e nell'analisi dei dati, sia nell'arruolamento dei nuovi casi.

A 2. "ORAMOD - VPH based predictive model for oral cancer reoccurrence in the clinical practice"

Finanziamento: Settimo Programma Quadro, anno 2013

Coordinatore: UO Maxillo-Facciale, Università degli Studi di Parma

Durata: 2013-2016

Sito web http://cordis.europa.eu/project/rcn/110909_en.html

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.

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

METODI

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

Il completamento delle analisi statistiche sui dati retrospettivi, messi a disposizione dai 3 centri clinici (Parma, Amsterdam, Dusseldorf), ha reso possibile nel 2015 la selezione di 12 geni promettenti per la possibile correlazione con il rischio di recidiva, lo stato linfonodale e la sopravvivenza. Tali geni rappresentano la "firma genetica" dei pazienti ad "alto rischio", utilizzabile nella pratica clinica per individuare i casi eleggibili alla terapia chirurgica (ed eventuali trattamenti adiuvanti successivi) personalizzata per ogni singolo paziente (tailored therapy). Tali geni nel 2016 saranno oggetto di validazione su una coorte prospettica di pazienti al fine del consolidamento della gene signature (firma genetica). Parallelamente i partner tecnici dovranno



implementare un software dedicato per supportare, nella pratica clinica quotidiana, le decisioni dei clinici, sia terapeutiche che di follow up grazie a modelli predittivi.

A 3. UTILITY OF OMIC-BASED BIOMARKERS IN CHARACTERIZING OLDER INDIVIDUALS AT RISK OF FRAILTY, ITS PROGRESSION TO DISABILITY AND GENERAL CONSEQUENCES TO HEALTH AND WELL-BEING – THE FRAILOMIC INITIATIVE

Finanziamento: Settimo Programma Quadro 2012

Coordinatore: Servicio Madrilenio de Salud

Partecipante AOU: Diagnostica Ematochimica

Durata: 2013-2017

Sito web: http://cordis.europa.eu/project/rcn/106299_en.html

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.

OBIETTIVI

Il progetto, a cui partecipano 21 Gruppi di Ricerca provenienti da più di 10 Paesi Europei, è volto alla ricerca, identificazione e validazione clinica di marcatori biologici predittivi di "frailty", al fine di integrare la modalità attuale di identificazione dei pazienti fragili, basata su criteri clinici e biomarcatori di laboratorio.

METODI

In base al confronto dei dati clinici e di laboratorio relativi a 75.000 partecipanti, verranno creati modelli predittivi, diagnostici e prognostici, applicabili alla popolazione anziana in generale e sui soggetti con fattori di rischio di fragilità.

RISULTATI INTERMEDI

Nel corso del 2015, terzo anno di studio, il pannello dei biomarcatori definito nel 2013, e testato nel 2014 su campioni di siero e/o plasma, è stato sottoposto ad analisi statistica per validare prospetticamente i test risultati promettenti quali marker di "frailty".

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.

A 4. EU-CaRE - A EUROPEAN study on effectiveness and sustainability of current Cardiac Rehabilitation programmes

Finanziamento: Programma Horizon 2020 anno 2014

Coordinatore: Isala, Paesi Bassi

Partecipante AOU: UO Cardiologia

Durata: 2015-2019

Sito web: http://cordis.europa.eu/project/rcn/193287_en.html

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.

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

Il progetto sarà avviato nel 2016 dopo parere favorevole del Comitato Etico per Parma. Nell'ambito del progetto Eucare, la UO di Cardiologia dell'AOU di Parma partecipa a uno studio osservazionale, che prevede il confronto dell'efficacia di diverse strategie di reclutamento in un contesto reale e di diversi programmi di riabilitazione cardiaca attuati presso gli otto centri partecipanti. L'endpoint principale è il consumo massimo di ossigeno. I soggetti (circa 200 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.

A 5. PAINOMICS - Multi-dimensional omics approach to stratification of patients with low back pain

Finanziamento: bando Settimo Programma Quadro 2013

Coordinatore: Università Parma

Partecipante AOU: 2° Servizio anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica

Durata: 2013-2018

Sito web: http://cordis.europa.eu/result/rcn/175881_en.html

BACKGROUND

La lombalgia è uno dei problemi di salute più comuni nella popolazione, causa di disagi e assenza dal lavoro e rappresenta un grave costo economico per le società occidentali. Nonostante la rilevanza del problema, sono ancora insufficienti le conoscenze relative alla complessa fisiopatologia del dolore cronico lombo-sacrale (CLBP), e non si dispone di predittori del rischio di sviluppo della malattia e delle 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 rivelare biomarcatori del dolore cronico che determinano le differenze nelle risposte individuali alle terapie.

Nel quadro del progetto PAINOMICS, la UO 2° Servizio Anestesia partecipa ai seguenti tre sottoprogetti.

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

E' uno studio di coorte monocentrico, condotto a Parma su 130 pazienti, che intende verificare il ruolo predittivo di una particolare variante genetica nella risposta di pazienti sottoposti a trattamento epiduroscopico.

All'interno del CoreLAB dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma saranno realizzate le analisi genetiche, epigenetiche e infiammatorie previste dal protocollo di studio.

2. Studio prospettico controllato per identificare biomarcatori coinvolti nella transizione da mal di schiena acuto a persistente/cronico

Studio di coorte multicentrico volto a indagare 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 a persistente cronico.

Nel CoreLAB dell'AOU di Parma verranno realizzate tutte le analisi di epigenetica.



3. Studio retrospettivo per identificare nuovi biomarcatori omici del mal di schiena cronico/persistente

Studio caso-controllo, multicentrico, che 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.

A tale scopo sarà eseguita l'analisi genetica GWAS, glicomica e attivomica.

B Progetti nazionali

Di seguito la sintesi di un importante progetto di medicina personalizzata per la cura dell'epatite virale, che sarà avviato nel 2016 e che ha acquisito il finanziamento del Bando Ricerca Finalizzata 2014 del Ministero della Salute. Viene inoltre brevemente illustrato l'aggiornamento di uno studio finanziato dal bando Ricerca Finalizzata 2009, conclusosi con successo nel 2015.

B 1. "Un nuovo approccio integrato immunologico e genomico per la terapia dell'epatite B cronica"

Finanziamento: Bando Ricerca Finalizzata 2013

Coordinatore: UO Malattie Infettive ed Epatologia AOUPR

Durata: 2016-2019

BACKGROUND

L'andamento dell'epatite B cronica è normalmente progressivo e la risoluzione spontanea è un evento estremamente raro. Attualmente il trattamento dell'infezione cronica è principalmente basato sulla terapia con analoghi nucleos(t)idici (NUC), che può rallentare la progressione della malattia, ma nella maggior parte dei pazienti deve essere somministrata per tutta la vita. C'è pertanto urgente necessità di nuovi trattamenti, al fine di abbreviare la durata delle terapie con NUC, accelerando il controllo virale. In corso di infezione cronica da HBV, i linfociti T virus-specifici (le cellule del sistema immunitario principalmente deputate a difenderci dai microorganismi) sono ipo-responsivi e funzionalmente compromessi. Si ritiene che tale esaurimento funzionale contribuisca alla persistenza virale. La ricostituzione di una risposta anti-virale efficiente può pertanto rappresentare una strategia razionale per il trattamento dei pazienti con infezione cronica da HBV e per l'integrazione delle attuali terapie.

OBIETTIVI

Il team di ricerca dell'UO Malattie Infettive ed Epatologia, mediante l'analisi dell'espressione genica dei linfociti dei pazienti cronici, ha identificato una serie di geni e funzioni biologiche deregolati associati alla persistenza virale. Il progetto intende validare a livello molecolare e funzionale i geni e le funzioni biologiche emersi dallo studio preliminare, al fine di selezionare i candidati ottimali per manipolazioni mirate al ripristino di una risposta immunitaria efficiente, come nuove terapie antivirali per i pazienti con infezione cronica mai trattata o in terapia con NUC.

METODI

Il progetto verrà condotto in collaborazione con 7 centri regionali ed extraregionali che attueranno il reclutamento dei pazienti e con 2 centri coinvolti per attuare le analisi di laboratorio. Verranno analizzati i linfociti isolati da sangue periferico e, quando possibile, da tessuto epatico biotico, di pazienti con epatite B cronica a confronto con soggetti guariti spontaneamente da una precedente infezione acuta e soggetti sani. Al fine di concepire nuove strategie terapeutiche, saranno testati diversi approcci di ripristino della funzionalità dei linfociti.

RISULTATI INTERMEDI

Nel 2015 è stata resa nota dal Ministero della Salute la graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento nell'ambito del Bando Progetti ordinari di Ricerca Finalizzata 2013. Questo studio è uno dei soli 69 progetti ordinari selezionati, su un totale di 2.882 proposte pervenute al Ministero della Salute, approvato con il quinto punteggio più alto.



B 2. ELABORAZIONE E CONVALIDA PRE-CLINICA DI UNA NUOVA STRATEGIA TERAPEUTICA CONTRO LA PROGRESSIONE TUMORALE

Finanziamento: Bando Ricerca Finalizzata 2009

Coordinatore: Anatomia e Istologia Patologica AOUPR

Durata: 2011-2015

BACKGROUND

La conoscenza dei meccanismi che regolano l'interazione tra cellule tumorali e la parete dei vasi sanguigni durante la cascata metastatica è una delle possibili chiavi d'accesso alla comprensione e, quindi, alla cura di tumori. I periciti, le cellule che circondano la parete dei vasi, e le macromolecole ad essi associati come i proteoglicani di membrana, potrebbero essere coinvolti nel processo metastatico ma ad oggi non è noto se possano favorire o impedire l'ingresso delle cellule maligne nel torrente circolatorio.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo progetto è comprendere il ruolo dei periciti e dei proteoglicani nella progressione tumorale al fine di fornire le basi biologiche per disegnare nuove strategie terapeutiche volte a contrastare la formazione di metastasi in pazienti affetti da melanoma e alcuni tipi di sarcoma, tumori per i quali attualmente non esistono terapie efficaci.

METODI

Attuando diverse tecniche di analisi di laboratorio, in collaborazione con gruppi italiani e stranieri, si sono approfondite le conoscenze sulla funzione "pro-metastatica" dei periciti, per i quali è ipotizzato un coinvolgimento nella progressione dei tumori, e valutato anche il ruolo dei proteoglicani, già conosciuti per mediare l'interazione della cellula tumorale con il suo microambiente, in particolare per i melanomi e nei sarcomi dell'adulto.

RISULTATI FINALI

Il progetto ha consentito di incrementare le conoscenze sui meccanismi cellulari e molecolari che sottendono alla formazione di metastasi e chiarito a livello pre-clinico l'efficacia di nuovi approcci terapeutici basati sulla combinazione di farmaci di nuova generazione (così detti farmaci della "target therapy") e farmaci anticorpali specificamente prodotti e valutati nell'ambito del progetto. In particolare, il proteoglicano di membrana pericitario NG2/CSPG4 è stato individuato come parzialmente responsabile della progressione dei tumori oggetto di questo studio. E' stato pertanto valutato, in vivo e in vitro, l'effetto di anticorpi bloccanti il proteoglicano stesso nel comportamento di linee tumorali di sarcomi e melanoma. In particolare è stato osservato come alcuni di tali anticorpi possano avere sia un effetto antitumorale diretto, agendo proprio sulle cellule maligne portandole alla morte, sia indiretto, agendo, in vivo, sui vasi sanguigni che nutrono il tumore, distruggendoli.

C. Progetti regionali

I bandi regionali del Programma Ricerca Regione-Università hanno rappresentato per anni un'importante fonte di finanziamento per la ricerca dell'AOUPR, sia nel campo della medicina innovativa, sia della ricerca di governo clinico. Seguono le sintesi di 5 progetti finanziati da questi bandi, conclusi nel 2015, con evidenziati i risultati finali ottenuti.

C 1. 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

Lo studio intendeva 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), identificando inoltre ostacoli e barriere all'implementazione delle LG. E' stata inoltre misurata 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 (ospedali dove viene attuata la strategia) e nel braccio di controllo (ospedali senza strategia), prima e dopo l'implementazione di A/F. Per rilevare il decremento del tasso di TC atteso del 20%, lo studio prevedeva di monitorare 1350 parti con TC nel braccio attivo (sia prima sia durante la strategia). Il periodo totale di intervento previsto era di 14-16 mesi.

RISULTATI FINALI

Il progetto è stato avviato in marzo 2013. Inizialmente è stato creato il team di lavoro costituito da: clinico aziendale e territoriale, project manager del Ministero della Salute (commissario nella redazione delle Linee Guida), monitor junior specializzato in ginecologia, biostatistico; successivamente sono state definite le procedure per realizzare i report di feedback che ogni medico poteva visualizzare sul proprio pc. La modalità di "Audit" si è svolta attraverso attività di verifica in gruppo (tutti i clinici e il project manager) con cadenza quindicinale; successivamente veniva prodotto il report con il confronto tra attività svolta e indicazioni di linee guida (feedback). Sono stati analizzati 1350 TC, che al termine della rilevazione, e dopo le valutazioni di audit (36 incontri) sono stati così classificati: 1131 (84%) appropriati, 152 (11%) non appropriati e 67 (5%) non definibili.

Le motivazioni principali di inappropriatezza sono state:

- Non ottimale proposta di rivolgimento esterno e/o parto di prova 55 (36%)
- Non corretta applicazione dei protocolli 20 (13%)
- Scorretta interpretazione della cardiocografia 19 (13%).

L'attuazione della strategia ha ridotto la percentuale di inappropriatezza dal 25% (17/67), registrata nel mese di novembre 2013, al 5% (2/44) nel mese di aprile 2015 con un decremento totale dei tagli cesarei di più del 5% confermando così il raggiungimento dell'obiettivo principale.

C 2. 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 ha sperimentato, 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, viene applicata nelle 4 Province



regionali partecipanti allo studio, in tempi diversi. L'effetto dell'intervento viene misurato tramite confronto con la "usual care" (insieme di iniziative spontanee e non standardizzate di diverse istituzioni).

RISULTATI FINALI

Secondo quanto definito e pianificato nel protocollo, a ottobre 2014 è terminato l'arruolamento dei pazienti, che è durato 15 mesi e comprendeva una prima fase di 3 mesi durante la quale sono stati raccolti i dati al basale per tutti i pazienti arruolati nelle 4 province, e successivamente la fase sperimentale di 12 mesi. Nei primi mesi del 2015 ha avuto luogo il controllo di qualità dei dati; per gli endpoints principali è stato effettuato il data cleaning e recupero del dato corretto. Successivamente si è svolta l'analisi statistica dei dati.

I risultati dello studio sono stati presentati durante il convegno del 18 giugno 2015, al quale hanno partecipato, oltre ai Responsabili scientifici dei centri partecipanti, anche esperti della comunicazione nel campo della salute, in particolare sul ruolo degli interventi informativi-educativi in sanità, in generale e nell'ictus in particolare

C 3. APPROPRIATEZZA DI RICOVERO RIABILITATIVO IN REGIME DI DEGENZA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: IMPATTO DI UN SISTEMA ALTERNATIVO DI CODIFICA SULL'INAPPROPRIATEZZA IN ECCESSO E SUI COSTI DELLA REGIONE.

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: Medicina Riabilitativa, AOUPR

Durata: 2013-2015

BACKGROUND

Un'indagine condotta sui dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera in Emilia-Romagna ha messo in luce una distribuzione estremamente eterogenea di offerta di ricovero riabilitativo intensivo, evidenziando un forte indice di inappropriatezza d'uso dei reparti di riabilitazione intensiva, senza specificare se per eccesso o difetto. Le "Linee d'indirizzo per la Riabilitazione" indicano chiaramente che la corretta identificazione delle necessità riabilitative deve prendere in considerazione indici quali complessità, disabilità e comorbidità clinica. La valutazione di disabilità e comorbidità avviene tramite strumenti ormai consolidati e di comune impiego, mentre resta ancora difficile, anche a livello internazionale, definire la complessità clinica.

OBIETTIVI

Il progetto intende migliorare l'appropriatezza di erogazione dei servizi dei reparti di riabilitazione intensiva nella RER, attraverso l'introduzione di uno strumento condiviso per la valutazione della complessità clinica.

METODI

Lo studio si articola in 3 fasi:

1. adattamento trans-culturale e validazione di una scala di classificazione internazionale e definizione, da parte di un panel di esperti tramite metodo Delphi, di un algoritmo clinico (gold standard) di appropriatezza di ricovero in medicina riabilitativa.
2. formazione dei centri partecipanti sulla somministrazione delle scale di valutazione e sulla rilevazione dei dati.
3. analisi dei risultati e valutazione dell'impatto che questi potrebbero avere sul Sistema Sanitario della RER.

RISULTATI FINALI

Lo studio ha permesso di disporre di una versione italiana validata della "Rehabilitation Complexity Scale - Extended". La validazione ha richiesto 12 mesi e ha coinvolto 1712 pazienti provenienti da 8 centri riabilitativi intensivi della RER. Sono stati inoltre formulati 19 criteri di appropriatezza di ricovero e 21 criteri di inappropriatezza. L'utilizzo dello strumento diagnostico proposto ha evidenziato un'inappropriatezza variabile dal 10% al 30%, in base alla soglia stabilita per la scala RCS-E.

Il progetto ha introdotto un'innovativo "strumento diagnostico" alternativo, oggettivo e basato su evidenze scientifiche, che permette di valutare i bisogni clinici del paziente e il corretto carico assistenziale/riabilitativo di cui necessita, considerando indicatori di complessità, disabilità e comorbidità, insieme ad altri parametri clinici (criteri di appropriatezza di ricovero).



C 4. ALLEANZA PER LA PREVENZIONE SECONDARIA CARDIOVASCOLARE IN EMILIA ROMAGNA. STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO DI CONFRONTO TRA UN PROGRAMMA STRUTTURATO INTENSIVO INFERMIERISTICO E TRATTAMENTO ABITUALE

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: UO Cardiologia AOUPR

Durata: 2012-2015

BACKGROUND

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbidità in Europa. Nei pazienti con sindrome coronarica acuta è stato dimostrato che la prevenzione secondaria e programmi di riabilitazione degli stili di vita sono in grado di ridurre significativamente morbidità e mortalità. Le Linee guida internazionali di Cardiologia indicano come priorità assoluta l'implementazione di programmi di educazione sanitaria volti alla modifica dello stile di vita e alla riduzione dei fattori di rischio, unitamente al controllo dell'aderenza terapeutica; attualmente però non esistono programmi strutturati di prevenzione secondaria coordinati da figure professionali dedicate ed appositamente formate.

OBIETTIVI

Lo studio si propone di testare, per la prima volta in Italia, un programma infermieristico strutturato di prevenzione secondaria su una vasta popolazione di pazienti con sindrome coronarica acuta ad alto rischio, valutandone l'efficacia clinica sulla popolazione, la fattibilità e l'impatto sul sistema sanitario regionale. Gli effetti vengono misurati sia in termini di benefici sugli endpoint surrogati (riduzione dei fattori di rischio convenzionali e aderenza alla terapia farmacologica prescritta) sia in termini di benefici clinici (riduzione degli eventi avversi maggiori cardiovascolari).

METODI

La prima fase del progetto prevede la formazione degli infermieri afferenti ai centri partecipanti, volta a far acquisire strategie comunicative per migliorare l'adesione terapeutica e alla modifica degli stili di vita. La seconda fase prevede l'arruolamento di pazienti con sindrome coronarica acuta, randomizzati all'inserimento in un Percorso strutturato infermieristico di prevenzione secondaria (PPSI) o al trattamento abituale.

Il PPSI è un programma gestito da personale infermieristico centralmente formato, strutturato in una serie di visite individuali periodiche esteso alla post-dimissione.

RISULTATI FINALI

Presso le 9 Unità Operative regionali partecipanti sono stati arruolati oltre 500 pazienti.

100 infermieri hanno completato la formazione (5 sessioni di 3 giornate ciascuna). Il progetto ha permesso la creazione tra i centri partecipanti di una rete integrata assistenziale multidisciplinare che prevede la collaborazione tra diverse figure professionali (cardiologi, internisti, psicologi, infermieri) e tra ospedale e territorio (Case della Salute). L'esperienza ha migliorato le competenze tecniche e manageriali di tutto il personale coinvolto, ha generato materiale informativo per i pazienti cardiopatici e nuovi strumenti di lavoro per i professionisti. La valutazione dell'endpoint primario scientifico (riduzione degli eventi maggiori cardiovascolari) verrà effettuata a 5 anni dall'arruolamento del primo paziente.

C 5. GOVERNANCE DEL PAZIENTE DIABETICO RICOVERATO IN DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

Finanziamento: Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012-Area 2

Coordinatore: UO Clinica e Terapia Medica

Durata: 2012-2015

BACKGROUND

Il diabete è una condizione molto frequente tra i pazienti ricoverati. La necessità di degenza ospedaliera è imputabile solo in minor parte ad eventi metabolici acuti, e in misura maggiore a condizioni gestite in reparti non specialistici per la cura del diabete. Poiché la presenza di diabete si associa ad un aumentato rischio di complicanze, peggiora la prognosi, allunga la degenza media e determina un incremento significativo dei costi assistenziali, è essenziale garantire la gestione ottimale di questi soggetti in setting non specialistici. Nonostante questa consapevolezza, ad oggi non esistono procedure standardizzate di gestione del paziente diabetico in regime di ricovero ospedaliero.



OBIETTIVI

L'obiettivo del progetto è implementare un modello di "best practice" riguardante la gestione del paziente diabetico ricoverato, sulla base di linee guida nazionali e internazionali. Gli effetti dell'intervento vengono valutati su outcome clinici, tra cui raggiungimento del compenso glicemico, durata di degenza, complicanze.

METODI

Si tratta di uno studio randomizzato a cluster, dove i reparti vengono assegnati ad attuare un intervento formativo o alla pratica routinaria. Il progetto prevede: 1) la creazione di un processo di cura e di indicatori di appropriatezza gestionale del paziente diabetico ricoverato; 2) la promozione di un percorso formativo strutturato del personale medico ed infermieristico non specialistico con implementazione degli standard di cura del diabete in diversi setting assistenziali; 3) audit clinico condotto da personale esterno al reparto, per verificare l'adesione a indicatori di efficacia e appropriatezza gestionale. La valutazione dell'adesione verrà effettuata utilizzando uno strumento creato nell'ambito del progetto ("performance score").

RISULTATI FINALI

Lo studio ha confermato che in Emilia Romagna, come riportato anche nella letteratura internazionale, la gestione del paziente diabetico ricoverato in diversi setting assistenziali è eterogenea. Tramite audit clinico è stato possibile predisporre un percorso di cura, condiviso con le unità interessate mediante un percorso educativo e formazione nella pratica clinica con partecipazione dei medici e infermieri nelle rispettive unità. Il progetto ha inoltre permesso di definire indicatori di appropriatezza della gestione del paziente diabetico e di dimostrarne la capacità di predire importanti outcomes come la sopravvivenza e il raggiungimento del target glicemico evitando ipoglicemie severe, ponendo le basi di una solida validazione. Il modello di best practice definito è consultabile sul portale web da parte degli operatori sanitari.

D. Progetti finanziati da associazioni no profit

Oltre alle fonti di finanziamento europee, ministeriali e regionali, assumono particolare rilievo le opportunità offerte da associazioni no-profit, enti non a fini di lucro dedicate a migliorare la salute di pazienti con specifiche patologie. Di seguito vengono brevemente presentati due progetti premiati nel 2015 da enti no-profit. Il primo è uno studio finanziato dall'associazione americana dei pazienti affetti da vasculiti, coordinato da un giovane ricercatore della UO Genetica Medica; l'altro è uno studio sostenuto dall'Associazione Italiana ricerca sul cancro (AIRC), relativo all'epatocarcinoma.

D 1. SEQUENZIAMENTO DELL'ESOMA IN PAZIENTI AFFETTI DA GRANULOMATOSI EOSINOFILICA CON POLIANGITE (EGPA)

Finanziamento: Bando Vasculitis Foundation (Kansas City - USA) - Grant 2015

Coordinatore: UO Genetica Medica, AOU Parma

Durata: 2016-2017

BACKGROUND

La granulomatosi eosinofila con poliangite (EGPA) è una vasculite sistemica che coinvolge prevalentemente i vasi sanguigni di piccolo calibro. E' una malattia infiammatoria-autoimmune multisistemica che spesso comporta un coinvolgimento degli apparati respiratorio, renale e cardiovascolare. Possono essere colpiti individui di ogni età, sesso ed etnia. L'identificazione di fattori genetici associati all'EGPA potrebbe essere determinante per la diagnosi della malattia e per l'impostazione di un trattamento farmacologico efficace.

OBIETTIVI

Lo studio si propone di ricercare le alterazioni genetiche che comportano l'insorgere della malattia attraverso l'analisi di laboratorio dell'esoma, ossia della porzione di geni che codifica il DNA.

METODI

Nello studio saranno inclusi 100 pazienti italiani affetti da EGPA su cui verrà effettuato il sequenziamento dell'esoma con lo scopo di individuare varianti genetiche presenti nelle regioni codificanti dei geni che possano assumere valore diagnostico e prognostico in relazione alla patologia. Per effettuare uno studio genetico in malattie piuttosto rare come quelle indagate, si è



reso necessario effettuare un progetto multicentrico; lo studio è effettuato in collaborazione con l'Ospedale Careggi di Firenze, Spedali civili di Brescia, Università di Torino e Ospedale San Carlo Borromeo di Milano

RISULTATI ATTESI

Lo studio dovrebbe consentire di individuare nuovi potenziali biomarcatori diagnostici e prognostici per pazienti affetti da EGPA, di effettuare la stratificazione clinica dei pazienti EGPA sulla base dello studio genetico e di accertare il ruolo diagnostico-prognostico dei risultati.

Il progetto si basa sull'approccio della medicina personalizzata, area di ricerca che mira ad identificare il miglior trattamento per il singolo paziente secondo le sue caratteristiche individuali.

D 2. BASI MOLECOLARI DELLA DISFUNZIONE DELLE CELLULE NATURAL KILLER (NK) NELL'EPATOCARCINOMA (HCC)

Finanziamento: Bando AIRC 2014

Coordinatore: U.O. Malattie infettive ed Epatologia

Durata: 2015-2017

BACKGROUND

L'epatocarcinoma (HCC) è una patologia complessa e con eziologie differenti. La maggior causa di HCC nei paesi occidentali è l'infezione dal virus dell'epatite C (HCV). Attualmente i pazienti con uno stadio precoce di HCC (HCC early) possono essere sottoposti a trapianto di fegato, resezione o termo-ablazione; mentre negli stadi avanzati (HCC advanced) viene somministrato il farmaco Sorafenib, con scarsa efficacia. Nelle patologie tumorali, un ruolo determinante è svolto dalle cellule Natural Killer (NK) che sono predisposte a mantenere sotto controllo lo sviluppo di cellule tumorali. La risposta immunitaria mediata dai natural killer risulta tuttavia inefficace dopo lo sviluppo tumorale e le conoscenze attuali mettono in evidenza un loro difetto funzionale in questi pazienti.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio è quello di individuare i fattori molecolari delle cellule NK alla base di loro difetti funzionali al fine di sviluppare trattamenti terapeutici atti a ristabilire la funzionalità delle cellule NK nei pazienti con epatocarcinoma.

METODI

Verranno utilizzati metodi di biologia molecolare di ultima generazione per individuare le alterazioni molecolari delle cellule NK, separate mediante Cell Sorting, nei pazienti affetti da HCC. Attraverso analisi dell'espressione genica e del profilo di espressione dei miRNA mediante Microarray, verrà studiato l'intero trascrittoma e modulazione di esso nelle cellule NK sia dei pazienti che dei controlli. Una volta individuati i pathways responsabili della disfunzione delle cellule NK, verranno svolti esperimenti in vitro per ripristinare la funzionalità di tali cellule.

RISULTATI INTERMEDI

Attualmente è stata analizzata con Microarray l'espressione genica delle cellule NK provenienti dal sangue periferico di 19 soggetti tra cui pazienti con HCC early, avanzato, e controlli rappresentati da soggetti affetti da cirrosi epatica HCV correlata senza neoplasia e 8 soggetti sani.

I dati preliminari mostrano una notevole differenza tra i profili di espressione di questi 4 gruppi con geni differenzialmente espressi implicati nei meccanismi di attivazione e differenziazione delle cellule NK.



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 negli anni precedenti, anche nel 2015 sono stati diffusi sui siti internet e intranet aziendali i report trimestrali relativi alle pubblicazioni dei professionisti della AOU. Il lavoro ha richiesto un'attività costante di interrogazione delle banche dati ISI e PubMed e di verifica delle informazioni per evitare errori e omissioni (omonimie, attribuzione alla UO errata, eccetera).

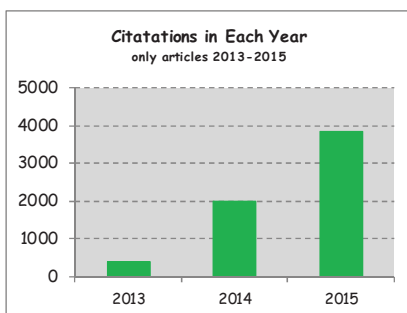
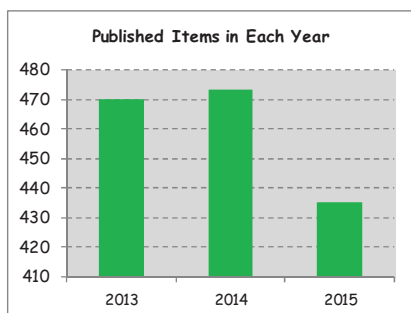
E' inoltre in via di realizzazione il volume contenente la reportistica (attività di ricerca e produzione scientifica) dei professionisti dell'Azienda, relativa agli anni 2013-2015. Come nelle precedenti edizioni, il volume sarà composto da una sezione dedicata alle pubblicazioni scientifiche e una ai progetti di ricerca, suddivise per Dipartimento e Strutture Complesse. I report contengono grafici e tabelle, costruiti utilizzando un set di indicatori desunti dalla letteratura, scelti per la loro facilità di reperimento, di elaborazione e di interpretazione. La presente edizione comprende due nuovi indicatori relativi al numero di progetti per linea di ricerca e per patologia (grafico 6 e 7)



Grafico 6 Attività di produzione scientifica, anni 2013-2015

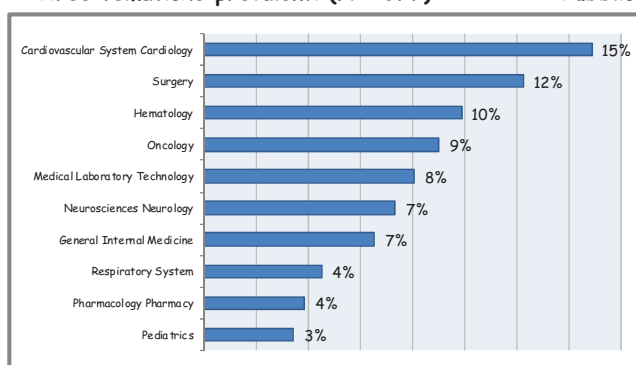
A) Produzione scientifica - Anni 2013 - 2015

Articoli censiti ISI e citazioni ricevute per anno

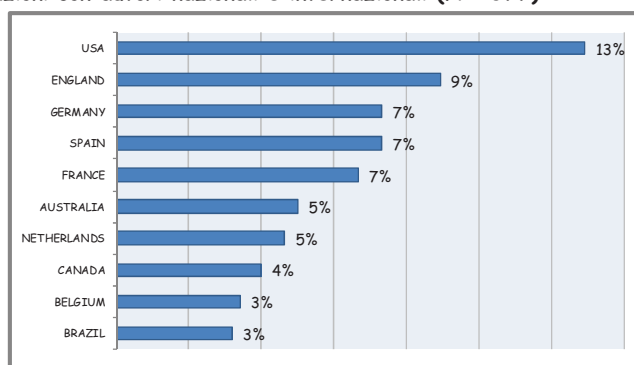


Pubblicazioni totali: 1377
 Sum of the Times Cited: 6247
 Citing Articles: 5545
 Average Citations per Items: 5.48
 h-index: 27

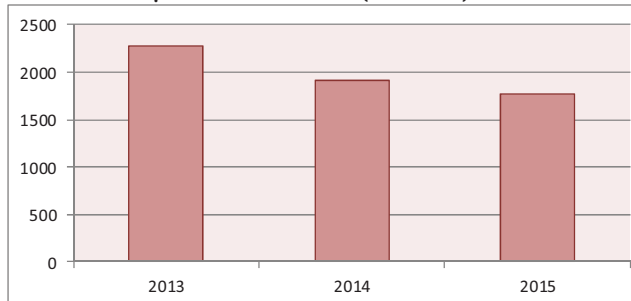
Aree tematiche prevalenti (N=1377)



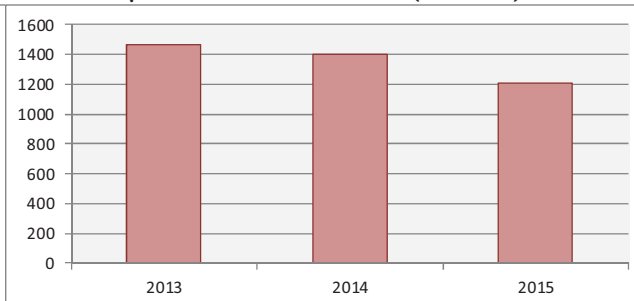
Pubblicazioni con autori nazionali e internazionali (N=1377)



Impact Factor totale (valori 2014)



Impact Factor Normalizzato (valori 2014)



Indicatori "Research Capacity"

	2015		2014		2013	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Grado di proprietà: articoli scientifici con almeno un autore della UO nella 1, 2 o ultima posizione	128	42%	156	49%	149	44%
Grado di eccellenza: articoli scientifici pubblicati su riviste censite ISI con IF > 10	22	7%	16	5%	26	8%
Grado di qualità: articoli scientifici su riviste di alta qualità per disciplina (IFN > 6)	30	10%	25	8%	41	12%



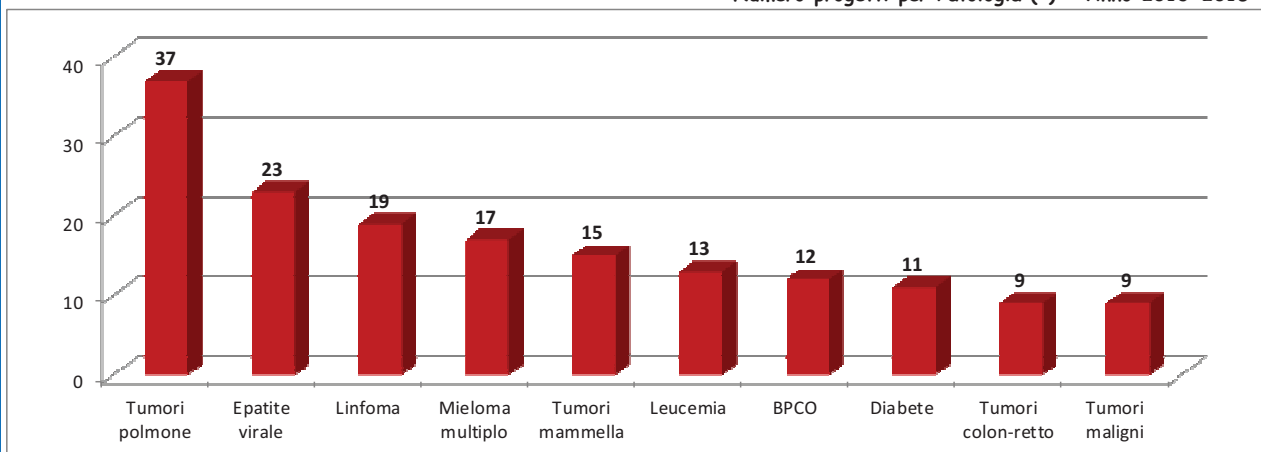
Grafico 7 Progetti di ricerca scientifica, anni 2013-2015

B) Progetti di ricerca scientifica - Anni 2013-2015

	2015		2014		2013	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Totale progetti	150	100%	118	100%	118	100%
Disegno dello studio						
Sperimentazione Cliniche Randomizzate (RCT)	58	39%	41	34%	35	30%
Altre Sperimentazioni	24	16%	33	29%	32	27%
Studi Osservazionali	68	45%	44	37%	51	43%
Mono/multicentricità						
Progetti monocentrici	47	31%	28	24%	22	19%
Progetti multicentrici	103	69%	90	76%	96	81%
di cui AOU è coordinatore	16	16%	42	47%	29	30%
con collaborazioni internazionali	63	61%	43	48%	42	44%
Finanziamento						
Progetti finanziati con fondi pubblici	25	17%	15	13%	20	17%
Progetti finanziati con fondi privati	65	43%	45	38%	42	36%
Progetti senza finanziamento	60	40%	58	49%	56	47%
Finanziamenti Pubblici	€ 1'442'680.00	34%	€ 1'454'012	41%	€ 4'063'486	80%
Finanziamenti Privati	€ 2'856'529.70	66%	€ 2'126'444	59%	€ 1'801'925	20%

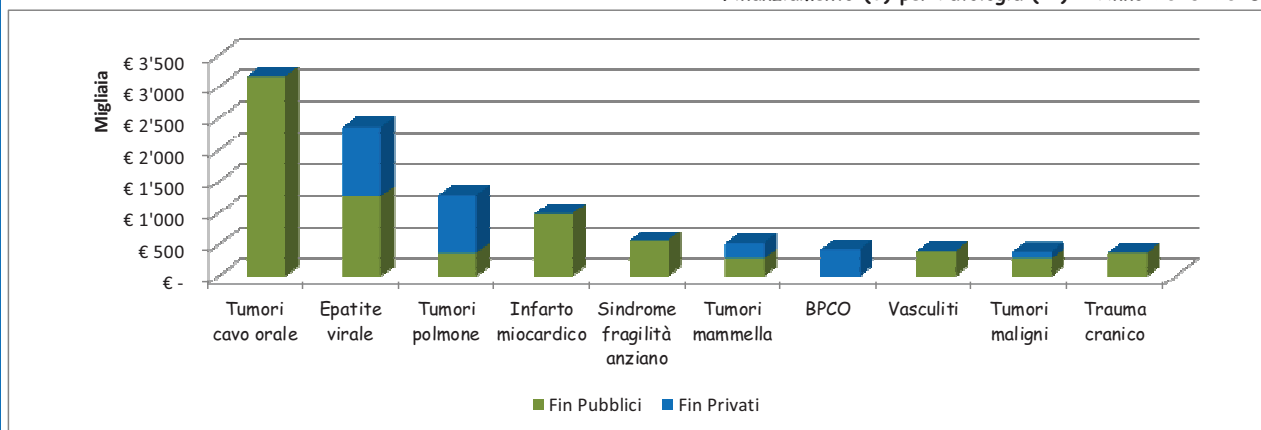
Patologie

Numero progetti per Patologia (*) - Anno 2013-2015



(*) Sono riportate le 10 patologie che hanno registrato il maggior numero di progetti nel periodo considerato

Finanziamento (€) per Patologia () - Anno 2013-2015**



(*) Sono riportate le 10 patologie che hanno registrato i maggiori finanziamenti nel periodo considerato



Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

"Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

Comitato Etico per Parma (C.E.)

L'attività svolta durante i mesi da Gennaio a Dicembre del 2015 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 23 componenti, di cui tre (Biostatistico, Clinico e Rappresentante delle Professioni Sanitarie) sono stati sostituiti durante l'anno, ed un ulteriore esperto in materia clinico-chirurgica è stato aggiunto ai 22 componenti del 2014.

Dati conclusivi degli studi valutati nel 2015

La Segreteria Tecnico-Scientifica ha effettuato per l'anno 2015 il monitoraggio amministrativo degli studi valutati dal Comitato Etico per Parma (Gennaio-Dicembre 2015) ed i dati sono riportati nelle tabelle sottostanti.

Nel 2015 sono stati valutati 238 studi, e considerando la totalità dei pareri emessi, il Comitato Etico ha espresso:

- 204 Pareri Favorevoli, corrispondenti al 86% del totale degli studi valutati;
- 17 Pareri Non Favorevoli, corrispondenti al 7% del totale degli studi valutati;
- 17 Pareri Sospensivi in attesa di risposta da parte del Promotore, corrispondenti al 7% del totale degli studi valutati.

Nella tabella 2, che analizza gli Studi valutati dal C.E. nel 2015, sono stati specificati i seguenti dati di rilievo:

- tipologia di studi valutati;
- numero totale per ogni tipologia;
- distinzione in Profit e No-Profit.

Tabella 2 Studi valutati dal C.E. per Parma nel 2015

Studi valutati dal Comitato Etico	Anno 2015		
	Totale	Profit	No-Profit
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	76	75	1
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	8	0	8
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	34	4	30
Studi osservazionali	115	21	94
Studi di genetica	5	0	5
TOTALE	238	100	138

Nell'anno 2015 sono stati valutati dal Comitato Etico per Parma 238 studi (tabella 2), con un incremento del 3,9% rispetto all'anno 2014.

Confrontando i dati del 2015 nella tabella 2 con quelli della tabella 3, relativa al 2014, si può notare che si è avuto un incremento pari al 38,55% degli studi osservazionali.

Tabella 3 Studi valutati dal C.E. 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%)



Rispetto al 2013 (anno in cui sono stati valutati 189 studi – tabella 4) l’incremento registrato è pari al 25%.

Confrontando i dati del 2015 con quelli 2013, si può notare che si è avuto un aumento in particolare per gli studi osservazionali, con un incremento pari al 51% per questa tipologia di studi.

Tabella 4 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%)

Nella tabella 5 sono analizzati i Pareri Unici (P.U.) espressi nell’anno 2015 dal Comitato Etico per Parma, distinti per tipologia di studio. Nello specifico, sul totale di 238 studi, sono stati espressi 94 P.U., di cui 76 con parere favorevole, 7 con parere non favorevole e 11 con parere sospensivo, in attesa della risposta del Promotore.

Tabella 5 Dettaglio dei P.U. espressi per tipologia di studi nel 2015

Pareri Unici espressi per tipologia di studio	Anno 2015	
	N°	%
Sperimentazioni con farmaco (D.Lgs 211/2003)	5	5%
Sperimentazioni con Dispositivi Medici	5	5%
Studi senza farmaci (es. sperimentazioni chirurgiche)	24	26%
Studi osservazionali	55	59%
Studi di genetica	5	5%
TOTALE	94	100%

Nella tabella 6 sono dettagliati i Pareri Unici (P.U.) espressi dal Comitato Etico per Parma nell’anno 2014, distinti per tipologia di studio: 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 6 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%

Dal confronto tra la tabella 5 e la tabella 6 si evince che vi è stato un decremento del numero di Pareri Unici (P.U.) espressi dal Comitato Etico per Parma nel 2015 rispetto al 2014, pari al -2,8%.

Nella tabella 7 sono dettagliati i Pareri Unici (P.U.) espressi nel 2013: nello specifico, sul totale di 189 studi, sono stati espressi 61 P.U., di cui 53 con parere favorevole, 5 con parere non favorevole e 3 con parere sospensivo.

**Tabella 7 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 5 e la tabella 7 si evince che vi è stato un incremento sostanziale del numero di Pareri Unici (P.U.) espressi dal Comitato Etico per Parma nel 2015 rispetto al 2013, pari al 54%.

Nell'intero anno 2015 sono stati inoltre valutati:

- 244 "Emendamenti sostanziali" per i quali sono stati espressi pareri formali, registrando un incremento del 2,4% rispetto al 2014 (242 emendamenti valutati) e un incremento pari al 33% rispetto al 2013 (181 emendamenti valutati);
- 421 "Varie" per le quali sono state predisposte delle prese d'atto, registrando un incremento del 1,9% rispetto al 2014 (413 prese d'atto) e un decremento pari al 1,4% rispetto al 2013 (427 prese d'atto).

Convenzioni economiche

Nell'anno 2015 sono stati **finalizzati 97 contratti** di cui 66 convenzioni e 31 addendum alla convenzione come riportato di seguito in tabella 8.

Tabella 8 Convenzioni ed Addendum alla Convenzioni finalizzati nell'anno 2015

Contratti finalizzati	Anno 2015		
	Totale	Sperimentazioni Profit	Sperimentazioni No Profit
Convenzioni	66	53	13
Addendum alle Convenzioni	31	28	3
TOTALE	97	81	16

Tabella 9 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

Tabella 10 Convenzioni ed Addendum alla Convenzioni finalizzati nell'anno 2013

Contratti finalizzati	Anno 2013		
	Totale	Sperimentazioni Profit	Sperimentazioni No Profit
Convenzioni	39	36	3
Addendum alle Convenzioni	12	12	0
TOTALE	51	48	3

Dal confronto tra i dati del 2013 e del 2015, si evince chiaramente un netto incremento, pari al 90%, delle convenzioni stipulate con Promotori esterni.

Il trend in aumento si è mantenuto anche nel 2014, infatti dal confronto tra i dati del 2014 e del 2015, si evince chiaramente un netto incremento pari al 38% delle convenzioni stipulate con Promotori esterni.

I dati sopra riportati dimostrano dunque in modo palese la capacità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma di attrarre investimenti da parte di Promotori esterni, considerando che nel 2013 gli studi Profit sono stati 48, nel 2014 sono aumentati a 63 e infine nel 2015 se ne sono registrati 81.



Usi Terapeutici di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica (come da D.M. 08/05/2013)

Tra le funzioni istituzionali del Comitato Etico è compresa anche quella relativa alla formulazione di parere al trattamento per "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8/05/2003) e per l'Uso compassionevole di Dispositivi Medici in conformità al D.Lgs. 37/2010.

Nell'anno 2015 sono state sottoposte al Comitato Etico 70 richieste di "Uso Terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (D.M. 8/05/2003), per i seguenti farmaci:

- NIVOLUMAB- 35 PAZIENTI TRATTATI
- ABT-450/RITONAVIR/ABT-267 E ABT-333-14 PAZIENTI TRATTATI
- RAMUCIRUMAB-4 PAZIENTI TRATTATI
- TERIFLUNOMIDE-4 PAZIENTI TRATTATI
- NINTEDANIB-3 PAZIENTI TRATTATI
- ALEMTUZUMAB-2 PAZIENTI TRATTATI
- CARFILZOMIB-2 PAZIENTI TRATTATI
- IBRUTINIB-2 PAZIENTI TRATTATI
- LENVATINIB-1 PAZIENTE TRATTATO
- PEMBROLIZUMAB-1 PAZIENTE TRATTATO
- TIVANTINIB-1 PAZIENTE TRATTATO
- TRAMETINIB-1 PAZIENTE TRATTATO

Le 70 richieste di Uso terapeutico sono state approvate con "procedura d'urgenza" grazie alla collaborazione del Direttore del Servizio di Farmacia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e del Direttore del Servizio Farmaceutico Aziendale Distretto di Fidenza Azienda USL di Parma, a seconda delle competenze.

Conclusioni

Il C.E. per Parma ha svolto durante l'anno 2015 un lavoro molto proficuo grazie all'attivo contributo dei suoi componenti e della Segreteria Tecnico-Scientifica. In particolare, il C.E. ha organizzato, in collaborazione con Struttura Ricerca e Innovazione, un Simposio tenutosi il 1 Dicembre 2015 presso la Sala Congressi della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma dal titolo **"Il Futuro dei Comitati Etici: Prospettive e Controversie"**.

Tale Simposio ha costituito l'occasione per approfondire la discussione in merito all'applicazione del nuovo Regolamento Europeo sulla Sperimentazione Clinica n. 536/2014, che entrerà in vigore alla fine del 2018. Il Simposio ha comportato un confronto di opinioni di autorevoli esperti sui diversi aspetti che riguardano il futuro dei Comitati Etici e le implicazioni per la ricerca e l'assistenza. E' stato inoltre un momento di confronto tra ricercatori ed il Comitato Etico al fine di favorire il dialogo e l'interazione nell'intento comune di favorire la ricerca di buona qualità.

Durante l'anno 2015, sono state attivate 24 sedute plenarie e sono stati valutati in totale 238 studi (di cui 94 come Pareri Unici), con un incremento rispetto all'anno 2014 pari al 3,9% considerando che nel 2014 sono stati valutati 229 studi.

Prendendo in esame la totalità dei pareri emessi per i 238 studi, il Comitato Etico ha espresso: 204 Pareri Favorevoli (86%), 17 Pareri Non Favorevoli (7%), e 17 Pareri Sospensivi in attesa di risposta dal Promotore (7%). Nell'intero anno 2015 sono stati inoltre valutati: 244 "Emendamenti sostanziali" per i quali sono stati espressi pareri formali; 421 "Varie" per le quali sono state predisposte delle prese d'atto.

Nel 2015 in totale sono state gestite 903 pratiche (studi, emendamenti e varie), con un incremento pari al 2,2% rispetto alle 884 pratiche esaminate nel 2014 e un incremento pari al 13,3% rispetto alla totalità delle pratiche del 2013 (tabella 11).

Tabella 11 Rappresentazione delle pratiche valutate - anni 2013, 2014 e 2015

Pratiche	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Studi valutati	189	229	238
Emendamenti	181	242	244
Varie	427	413	421
Totale	797	884	903



7

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

In questo ultimo capitolo, dedicato a obiettivi di particolare rilevanza, vengono presentate nuove importanti realizzazioni sia interne all'ospedale (come l'Ala Sud, ultimo tassello in ordine di tempo del percorso di ristrutturazione e riorganizzazione della parte nuova dell'ospedale; e il Centro Comune di Ricerca, polo strategico voluto con l'Università degli Studi di Parma, inteso a favorire l'attuazione di studi di buona qualità) sia di integrazione provinciale, come l'innovativo Polo Neurologico, struttura interaziendale per la cura e l'assistenza dei malati di patologie quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, le epilessie e cefalee, le neoplasie.

Il capitolo è articolato su questi tre ambiti:

- La nuova Ala Sud
- Il Centro Comune di Ricerca
- Il Polo Neurologico unico provinciale







Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 La nuova Ala Sud

Inaugurata il 31 Ottobre 2015, in occasione del convegno "L'ospedale 'diffuso' oltre i confini del luogo" momento conclusivo delle celebrazioni per i 100 anni dell'ospedale a padiglioni (già illustrate in altri capitoli di volume, cfr. in particolare la sezione 2.2 del capitolo 2 e il capitolo 5), la nuova Ala Sud dell'Azienda Ospedaliera è una struttura di 4 piani per 9.312 metri quadrati complessivi, realizzata con finanziamento regionale. È l'ultimo tassello in ordine di tempo del percorso di ristrutturazione e riorganizzazione della parte nuova dell'Ospedale di Parma.

Al piano terra si trovano gli spazi dedicati all'accoglienza, le attività di emodialisi con 22 postazioni, un ambulatorio chirurgico nonché le funzioni ambulatoriali e di day hospital nefrologico.

Il primo piano della struttura è dedicato alle attività di ricovero di area nefrologica, ospita le attività di degenza delle UU.OO. di Nefrologia e di Clinica Immunologica, con 20 posti letto complessivi, e i ricoveri della sezione di rene acuti, con 6 posti letto e di trapianto renale con 5 posti letto.

Al terzo piano si trovano gli ambulatori chirurgici attrezzati per le attività di Endoscopia Toracica, che si integrano con gli 8 posti letto di semi-intensiva della Fisiopatologia Respiratoria (in contiguità con le degenze pneumologiche in Ala Est), area dedicata a pazienti con patologie respiratorie ad elevato bisogno clinico assistenziale. Tale struttura semi-intensiva è organizzata in forma di "open space".



Al secondo piano sono state trasferite le funzioni internistiche della Medicina d'Urgenza con ampliamento del parco tecnologico per il monitoraggio e la ventilazione non invasiva dei pazienti.

La struttura nel complesso si caratterizza per tecnologie all'avanguardia e soluzioni organizzative efficienti per medici e pazienti.

Emodialisi: controlli di qualità dell'acqua destinata a trattamenti dialitici

A seguito del trasferimento della dialisi e delle degenze delle UU.OO. Nefrologia e Clinica ed Immunologia Medica presso la nuova sede in Ala Sud e l'avvio dei nuovi sistemi di trattamento acqua ivi installati, è stato necessario riorganizzare il sistema dei monitoraggi chimici e microbiologici dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici.

I controlli microbiologici dell'acqua sono stati affidati all'Unità di Sanità Pubblica del Dipartimento S.Bi.Bi.T dell'Università degli Studi di Parma, mentre i controlli chimici all'ARPA Sezione Provinciale di Reggio Emilia.

L'attività è stata svolta nel rispetto del documento di riferimento S.I.N. "Linee guida su acque e soluzioni per dialisi - 2005" e si è sviluppata in base alla programmazione predisposta per mantenere monitorato il nuovo impianto nel primo anno di funzionamento (Giugno 2015 - Giugno 2016), costruendo uno storico di dati su cui poter ragionare per la definizione della pianificazione futura.

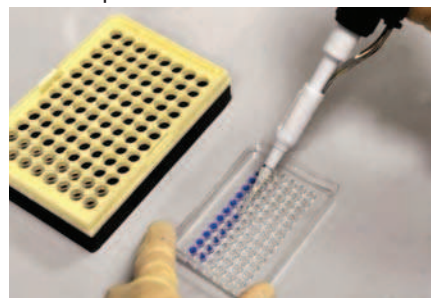
E' stata realizzata apposita procedura Aziendale "Controlli di qualità periodici dell'acqua dell'impianto di dialisi del Padiglione Ala Sud".

Gli esiti delle indagini finora realizzate hanno confermato che tutti i parametri chimici e microbiologici dell'acqua sono risultati conformi ai valori soglia indicati dal S.I.N., non vi sono state evidenze di eventi avversi sui pazienti sottoposti a dialisi e resta sotto attento monitoraggio il sistema di pretrattamento dell'acqua.

7.2 Il Centro Comune di Ricerca

Nel dicembre 2015 con l'inaugurazione dei laboratori CoreLab, affiancati da quelli della Genetica medica, è stato presentato ufficialmente il **Centro Comune di Ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Università degli Studi di Parma**. Il Centro Comune di Ricerca (CCR) è la prima struttura del genere creata in un ospedale italiano, polo strategico, inteso a favorire l'attuazione di studi di buona qualità, grazie alla concentrazione in un'unica sede di competenze, know-how e tecnologie avanzate, nato dallo sforzo congiunto di Ospedale e Università e cofinanziato da Fondazione Cariparma. Il Centro Comune di Ricerca è stato costituito (Delibera del Direttore Generale n. 315 del 30/09/2015) per favorire appunto l'esecuzione di ricerca di elevata qualità a garanzia della integrità e della trasparenza, in accordo con le indicazioni regionali della Delibera n. 1066/2009 e della successiva DGR 1495 del 11/10/2010.

Il CoreLab, primo e fondamentale elemento del CCR, è la nuova area dell'ospedale dedicata alla ricerca, un complesso di laboratori, dove gruppi di professionisti altamente qualificati dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università, avvalendosi di strumentazioni all'avanguardia, lavorano insieme con l'obiettivo di individuare nuove strategie di cura secondo l'innovativo approccio della Medicina Personalizzata. Si compone attualmente di 7 laboratori di ricerca, più uno studio per i medici e ricercatori, dove sono disposte strumentazioni importanti e complesse. Oltre ad assicurare lo svolgimento di ricerca di alto livello, rappresenta un'ottima opportunità per i giovani professionisti, che potranno apprendere dai colleghi più esperti nuove competenze e abilità, e trasferirle poi ai loro pazienti.



Le attività di ricerca sono prevalentemente remunerate con progetti finanziati dalla regione Emilia-Romagna e dalla Comunità Europea.

Il CoreLab è costituito dalle seguenti sezioni di ricerca:

Sezione Biologia Cellulare e Sorting

Vengono svolti progetti di ricerca volti a definire i meccanismi patogenetici associati alla cronicizzazione delle infezioni virali (quali quelle sostenute dai virus epatici B e C), ma anche a talune patologie tumorali (epatocarcinoma) e alle disfunzioni cellulari a esse relative. Lo studio particolareggiato di tali deficit funzionali è volto sia all'identificazione di bersagli molecolari per la messa a punto di terapie innovative, sia alla definizione di biomarcatori, da ricercare nel sangue dei pazienti, utili per la predizione della risposta alle terapie e dell'esito della malattia.

Il carattere particolarmente approfondito di tali studi è reso possibile dalla presenza nel laboratorio – e alla potenziale complementarietà e interconnessione – di moderne tecnologie operanti sia a livello cellulare che molecolare, che permettono l'isolamento e l'analisi anche di popolazioni cellulari rare.

Sezione Espressione Genica e Trascrittomica

La possibilità di utilizzare tecniche di DNA Microarray consente di studiare profili di espressione genica (mRNA e microRNA), di sbilanciamento genico e di metilazione genica a livello delle cellule tumorali e quelle del microambiente circostante il tumore con particolare riguardo ai tumori ematologici al fine di identificare marcatori molecolari con possibile significato prognostico e terapeutico.

L'attività di studio dell'espressione genica è finalizzata a identificare nuovi biomarcatori in grado di predire la progressione tumorale nei pazienti affetti da condizioni predisponenti pre-maligne e di individuare possibili nuovi bersagli terapeutici per lo sviluppo di nuovi farmaci e per un approccio terapeutico personalizzato.

Sezione Sequenziamento Genico

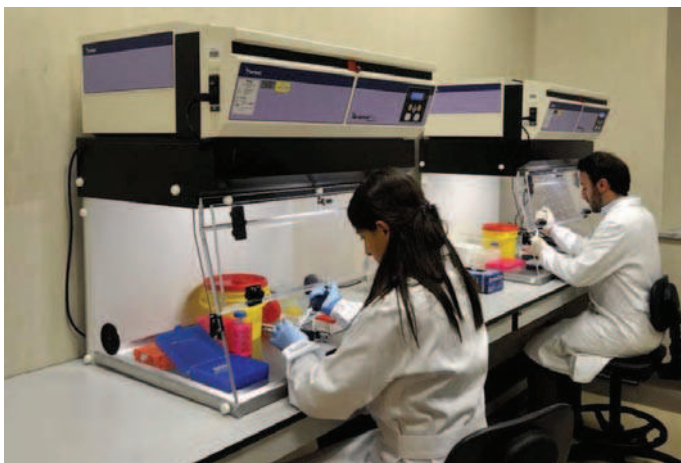
E' dotata di tecnologie in grado di analizzare il DNA e studiarne le alterazioni causa di molteplici patologie. In particolare, in ambito oncologico diverse neoplasie sono caratterizzate da mutazioni del DNA la cui identificazione consente di indirizzare le terapie cosiddette a bersaglio molecolare, cioè ad azione specifica per il "bersaglio" contro cui è diretta e che è presente soltanto nelle cellule tumorali. Il bersaglio è in genere un componente indispensabile per la crescita della cellula, che se bloccato non può più svolgere la sua azione.



Attraverso il sequenziamento del DNA vengono inoltre studiate malattie, oncologiche e non, con componente ereditaria, ricercando a scopo diagnostico mutazioni in geni predisponenti già noti. Oltre a ciò, con queste tecnologie è possibile studiare su larga scala altre regioni del DNA alla ricerca di mutazioni in nuovi geni finora non correlati alle patologie in questione.

Sezione Epigenetica e Proteomica

Laboratorio nel quale vengono attuati studi sulle interazioni tra DNA/RNA e proteine e sulle modificazioni epigenetiche (ereditabili ma che pur variando l'espressione genica non alterano la sequenza del DNA), al fine di identificare molecole target che determinano l'insorgenza, la progressione e la risposta ai farmaci. In particolare, vengono individuate combinazioni di varianti genetiche e identificate proteine chiave nello sviluppo e mantenimento del dolore in patologie acute e croniche.



Nel CoreLab opera un Team di Specialisti (TS), professionisti afferenti alle strutture complesse di Cardiologia, Ematologia, 2° Anestesia, Malattie Infettive, Oncologia e Genetica. A fianco del personale strutturato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma opera un Team di borsisti, assegnisti di ricerca, dottorandi costituito da personale convenzionato con l'Azienda Ospedaliera, appositamente autorizzato a svolgere attività nell'ambito di progetti di ricerca.

Prima dell'avvio delle attività del CoreLAB, vista anche la complessità organizzativa, è stata realizzata la SOP aziendale "Come avviare e realizzare uno studio nel CoreLAB", entrata in vigore il 18/01/2016, dopo aver effettuato il training dei professionisti, per favorire la corretta applicazione. Nella SOP sono state definite le modalità d'accesso dei team di ricerca, di utilizzo delle grandi tecnologie e come rendicontare le attività svolte. Sono stati formalmente nominati dal Direttore Sanitario i componenti del Team di Specialisti (TS) del CoreLAB, professionisti strutturati o universitari convenzionati presso l'AOUPR, delegati dai Direttori delle Unità Operative che hanno allocato risorse nel CoreLAB, alla gestione delle relative tecnologie, supervisione delle attività e corretta adozione degli standard di sicurezza. Il 18 gennaio 2016 si è svolta l'ispezione dell'AUSL per l'autorizzazione dell'avvio delle attività del CoreLAB.

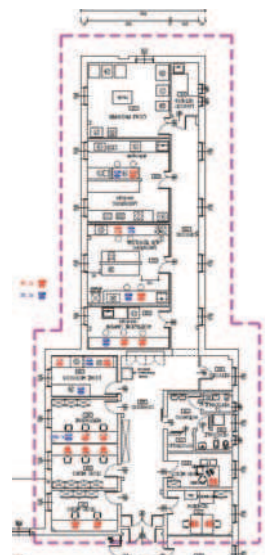
Genetica Medica

Contestualmente al CoreLab sono state inaugurate le nuove strutture che ospitano i laboratori della U.O. Genetica Medica: 5 laboratori e 2 studi medici, fortemente integrati con l'area CoreLab.

Questa collocazione strategica intende favorire il trasferimento tempestivo dei risultati della ricerca sui pazienti seguiti in regime assistenziale, che potranno così avere accesso a cure personalizzate.

L'Unità Operativa di Genetica Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria svolge attività didattico – formativa, di ricerca e assistenziale di tipo clinico-ambulatoriale e di laboratorio. All'interno della struttura è presente la struttura semplice di Immunogenetica dei Trapianti, Centro di Riferimento Regionale per l'attività di consulenza e caratterizzazione molecolare dei loci HLA per i trapianti. L'attività clinica si rivolge alla diagnosi delle malattie a base genetica, che spaziano dalle malformazioni e disabilità intellettive del bambino alle malattie ad esordio in età adulta, dalla medicina fetale a quella della riproduzione, alla genetica oncologica, offrendo ai pazienti la consulenza genetica e provvedendo a tutte le attività di supporto per i pazienti stessi e per i loro familiari, ivi compresa l'indicazione e la gestione dei test genetici, in collaborazione con la rete dei laboratori italiani ed europei.

L'Unità Operativa partecipa al Piano Regionale Hub e Spoke per la razionalizzazione dei servizi di consulenza e diagnostica nel settore, è inoltre Centro di Riferimento Regionale per le attività di "Laboratorio".





7.3 Il Polo Neurologico unico provinciale

"Percorso elaborato in modo comune dalle due Aziende sanitarie

A fine 2015 è arrivata a compimento la complessa attività di analisi, studio, confronto e definizione delle strategie e dei modelli organizzativi per la realizzazione del Polo Neurologico provinciale.

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria hanno creato un'unica struttura interaziendale per la cura e l'assistenza dei malati di patologie quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, le epilessie e cefalee, le neoplasie, unendo le competenze e le professionalità rispettivamente della UOC di Neurologia dell'Ospedale di Vaio e della Clinica Neurologica dell'AOU. Il Polo, prima esperienza del genere in Italia, è una realtà che offre prestazioni specialistiche di alto livello, sia ospedaliere che ambulatoriali, garantendo ai pazienti la continuità dell'assistenza e delle cure tra l'ospedale e il territorio.

La disciplina neurologica ha caratteristiche di elevata specializzazione e complessità clinico-diagnostica e ha visto l'emergere di aree di attività, a forte valenza territoriale, che tendono a configurarsi come vere e proprie sub-specialità in termini di:

- saperi impiegati e destinatari delle cure,
- assetti organizzativi,
- procedure operative e percorsi di formazione dei professionisti.

Relativamente a tale area disciplinare in ambito provinciale l'integrazione inizia a prendere forma già nel 2013, con la creazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale di rappresentanti delle due Aziende sanitarie e dell'Università di Parma, in linea con le indicazioni di programmazione della Regione Emilia-Romagna. Il percorso ha previsto anche momenti di condivisione istituzionale, che hanno coinvolto le rappresentanze sindacali nonché quelle dei cittadini, e che sono esitate in due atti delle rispettive Aziende, consistenti nell'approvazione del Progetto Polo Neurologico Interaziendale (Delibera Azienda USL n. 880, 30/12/2013 e Delibera Azienda Ospedaliero-Universitaria n. 195, 05/05/2015).

Il percorso di realizzazione del Polo Neurologico interaziendale integrato

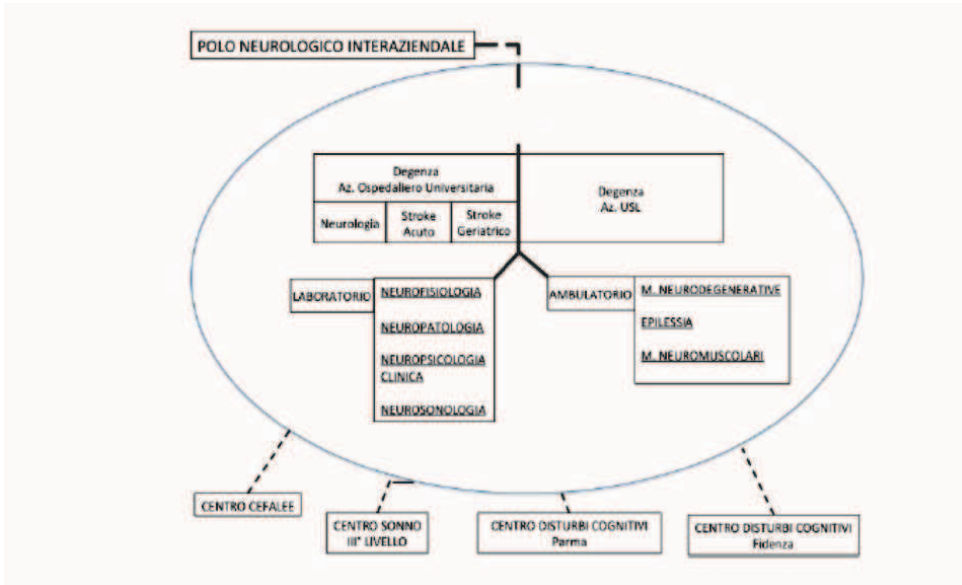


Tale evoluzione ha caratterizzato sia dal **punto di vista strutturale** che per **ricchezza delle professionalità esistenti** il divenire delle due Aziende presenti sul territorio: Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliero – Universitaria.



L'organizzazione ospedale-territorio, relativamente al trattamento del paziente cronico, si sviluppa attraverso l'elaborazione di strategie in grado di considerare due dimensioni contemporaneamente:

- l'aspetto organizzativo, relativo alle attività da svolgere a livello dei presidi territoriali;
- l'aspetto clinico, che comporta l'esecuzione di prestazioni ineludibili rispetto al profilo clinico del paziente.



Il Polo Neurologico comprende attività di degenza, attività ambulatoriale e di day service, percorsi clinico-assistenziali su determinate patologie, attività laboratoristiche e opera con centri di riferimento quale il Centro Cefalee e il Centro del Sonno in una prospettiva di rete.

Il modello organizzativo e il sistema di governo del Polo

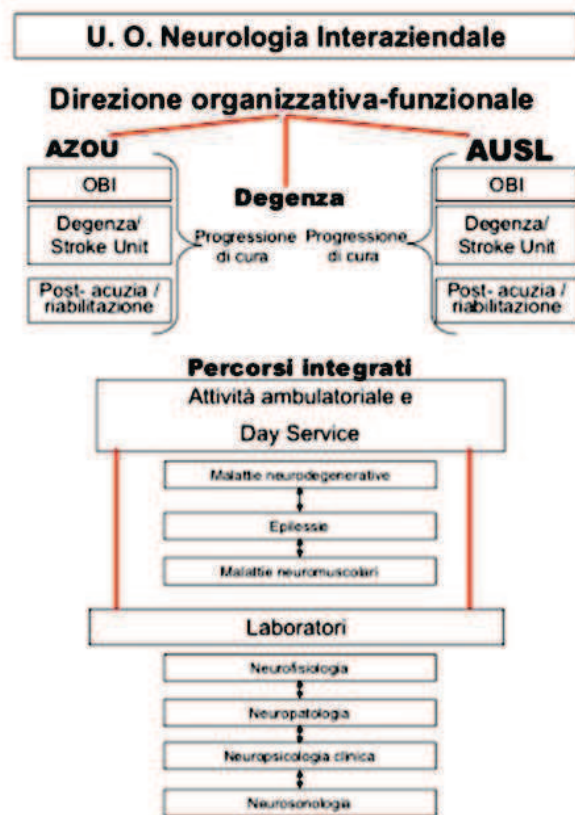
La neurologia rappresenta l'Unità Operativa che tradizionalmente è in grado di agire e gestire i vari livelli di presa in carico, accogliendo ed esaurendo quasi interamente la rete di offerta che risponde ai bisogni di queste tipologie di pazienti.

I luoghi di assistenza e cura neurologica del Polo interaziendale sono: reparti di degenza (Presidio di Vaio dell'Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria) per il trattamento della fase acuta e la stabilizzazione del malato; ambulatori e Case della Salute sul territorio, dove sono assicurati, oltre all'attività di prevenzione, anche il follow up del paziente.

Il modello organizzativo per l'assistenza neurologica territoriale all'interno del polo neurologico fa riferimento alle Case della Salute quali presidi sul territorio deputati all'erogazione di prestazioni di assistenza primaria nonché di prestazioni specialistiche di primo livello, fortemente correlate con gli ambiti disciplinari di riferimento secondo una visione Hub & Spoke, strutturata su più livelli, con hub ospedalieri, hub territoriali e spoke territoriali, che garantiscono la prossimità al paziente.

La definizione delle modalità di passaggio tra punti Hub e punti Spoke è, dunque, determinata dalle tre fasi sostanziali nel trattamento del paziente neurologico:

1. Valutazione e stadiazione (area della prevenzione),
2. Trattamento e stabilizzazione (area ospedaliera),



3. Follow up (area territoriale).

Il progetto del polo neurologico interaziendale integrato prevede l'interazione tra reti di offerta di rilievo orizzontale, particolarmente forti a livello territoriale, e linee organizzative di sequenza verticale indicate per rendere coerenti le relazioni tra Hub Ospedaliero (AOU di Parma e Presidio di Vaio – Fidenza) e Hub territoriale (Case della Salute).

Il Coordinatore del Polo Neurologico Interaziendale è una figura professionale dotata di ruolo di indirizzo per le relazioni organizzative, gli indirizzi, il controllo dei percorsi, sia per le direzioni esterne che per le direzioni aziendali.

Sulla base delle matrici di responsabilità, sono state individuate 5 figure di coordinamento di area, che riferiscono direttamente al Direttore di U.O..

- Area della degenza: costituita dal complesso delle attività di degenza ognuna delle quali incardinata alle strutture organizzative proprie di ciascuna Azienda.
- Area ambulatoriale/Day service: è rappresentativa del complesso delle attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali delle due Aziende e governa i percorsi interaziendali.
- Area laboratoristica: esprime le funzioni laboratoristiche
- Area della verticalità Hub & Spoke: il referente di tale area esprime all'interno dell'intera struttura organizzativa gli indirizzi gestionali e funzionali che vanno attuati nel quadro della realizzazione delle politiche di programmazione e pianificazione strategica di rilievo provinciale e regionale.
- Area della trasversalità territoriale: è ambito operativo al livello del quale si realizzano le politiche di rete territoriale relativamente ai percorsi clinico assistenziali che vanno strutturati e governati fruendo dei principali snodi delle rete quali, in primis, le Case della Salute. Il Direttore dell'U.O. di Neurologia Interaziendale è il soggetto istituzionale di riferimento nei rapporti gestionali di ciascuno snodo presente nelle Case della Salute con il Dipartimento di Cure Primarie di riferimento.

La rete neurologica territoriale

All'interno del polo interaziendale integrato è stato sviluppato un modello organizzativo per l'assistenza neurologica territoriale che fa riferimento alle Case della Salute (CdS).

All'evolvere delle patologie (demenza, SLA, SM, m. Parkinson), soprattutto nelle condizioni di fragilità socio-ambientale, si registra un bisogno (identificato nell'immagine qui sotto riportata dall'area grigia-GREY AREA) che supera i confini dell'Unità Operativa tradizionalmente intesa e che richiede una capacità di integrazione con la rete dei servizi territoriali e con altre professionalità oltre quella neurologica, sia per coprire lo spettro di bisogni sanitari ed assistenziali, sia per garantire la continuità della presa in carico a livello aziendale ed interaziendale.

CLASSE DI DISABILITÀ	Bassa		HIGH IMPACT CONSUMERS	
	Media	GREY AREA		PEOPLE WITH SOCIAL CARE NEED
	Alta		HIGH IMPACT CONSUMERS	
		Bassa	Media	Alta
		FRAGILITÀ SOCIO-AMBIENTALE		

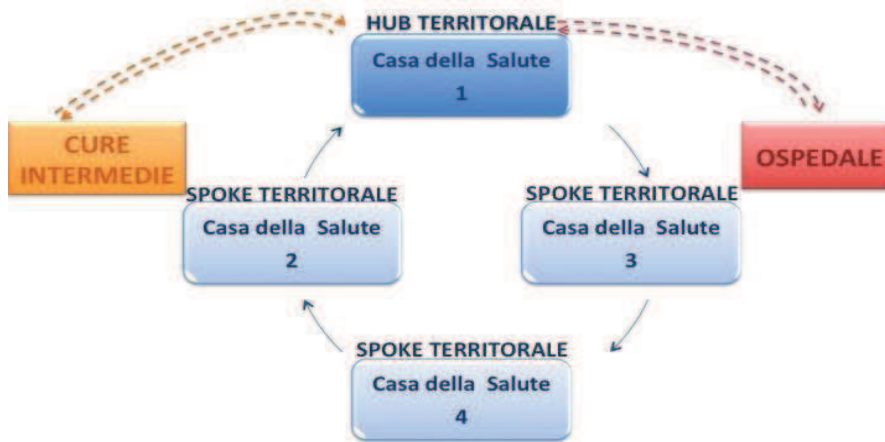
Modelli di percorsi di presa in carico secondo cluster trasversali in funzione dei bisogni clinici e socio-assistenziali (rif. V. Tozzi, Convegno: Le sfide del Sistema Sanitario Regionale tra bisogni, appropriatezza e sostenibilità, Ferrara, 15 aprile 2014).

La situazione organizzativo-gestionale nelle Case della Salute consente l'affiancamento dello specialista neurologo insieme al Medico di medicina generale (MMG), infatti all'interno delle CdS sono in formazione ambulatori specialistici neurologici dedicati.



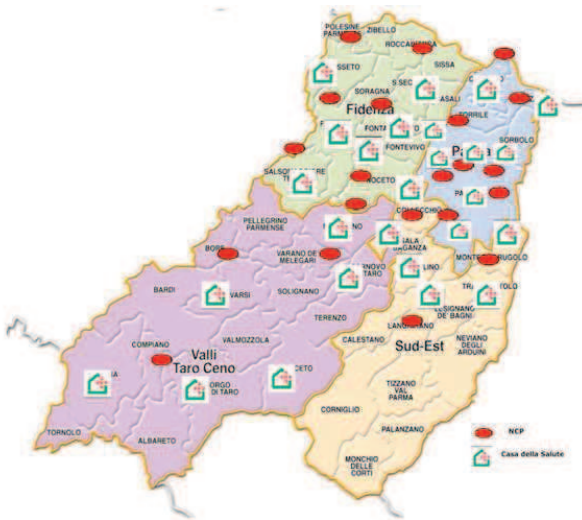
Modello di gestione Hub & Spoke Territoriale dei percorsi per quadri di patologia

■ SM ■ SLA ■ Demenza ■ Parkinson



L'ambulatorio neurologico è una struttura organizzativa di riferimento per attivare **percorsi per specifici bisogni di maggiore complessità** (cure palliative maggiori, complicanze, ricoveri di sollievo, controlli ambulatoriali periodici); e costituisce il **volano** per il soddisfacimento della maggior parte dei bisogni del paziente sul territorio in collaborazione con il MMG che diventa figura di riferimento per:

- l'attivazione di ADI e prestazioni sociosanitarie,
- prestazioni sociali,
- interventi palliativi,
- istituzionalizzazioni.



* Malattie Neurodegenerative

- Demenze
- Parkinson e disturbi del movimento
- Sclerosi Multipla
- Sclerosi Laterale Amiotrofica

* Epilessie

* Malattie Neuromuscolari

- Neuropatie periferiche
- Miopatie
- Miastenia

La presa in carico del paziente neurologico

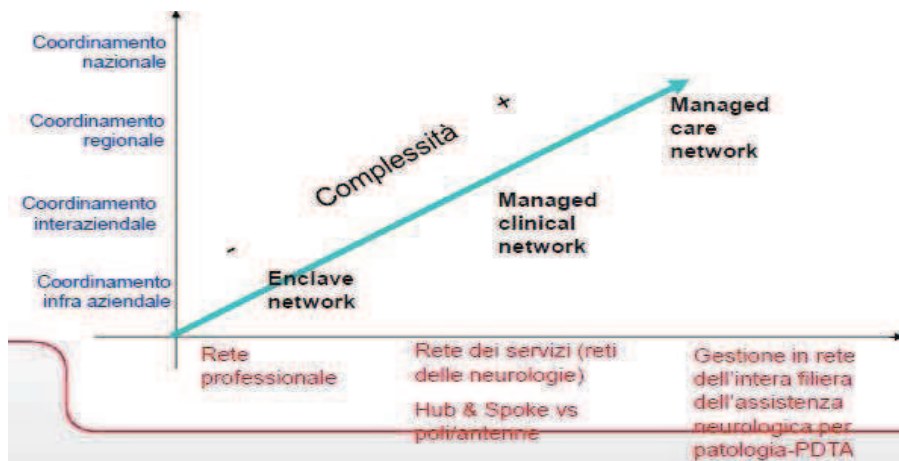
Domina l'integrazione delle funzioni neurologiche il concetto di "presa in carico" attiva e totale del paziente, dalla prevenzione alla riabilitazione della persona, non disgiunta dalla gestione di interventi multidisciplinari e multiprofessionali rivolti a diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

Si è proceduto quindi alla riprogettazione della presa in carico integrata tendendo conto delle verticalità delle relazioni tra ospedale e territorio. L'integrazione tra ospedale e territorio è necessaria per rafforzare la capacità di presa in carico del paziente cronico da realizzarsi attraverso:

- un chiaro percorso di riferimento in cui venga messa a fuoco la migliore sequenza temporale e spaziale delle attività da svolgere all'interno del contesto organizzativo e in base alle risorse disponibili (Reti Cliniche);

- la definizione, per ciascun profilo, di specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), attraverso forme di consenso e meccanismi operativi in grado di gestire in modo condiviso le situazioni più frequenti nella presa in carico dei pazienti;

Obiettivo è l'ottenimento del miglior risultato (efficacia) attraverso la migliore pratica clinica (appropriatezza) e la più opportuna ottimizzazione delle risorse e dei tempi (efficienza), attraverso l'identificazione dei traguardi assistenziali e degli outcome attesi per ogni paziente.



È inoltre centrale per il principio delle "relazioni di rete" secondo livelli di complessità sia in termini di integrazione ospedale-territorio che di risposta territoriale ai bisogni.

Tale principio comporta che i professionisti aderenti alla rete accettino condizioni di reciprocità di scambio, la gestione in rete dell'intera filiera assistenziale neurologica per patologia rappresenta il naturale sviluppo delle reti professionali e delle reti dei servizi delle neurologie per rispondere ad una complessità crescente.

Definizione dei principali percorsi clinico-assistenziali interaziendali

Sulla scorta della documentazione già esistente sono stati individuati percorsi diagnostico-terapeutici e clinico - assistenziali integrati tra le due Aziende, rispetto alle aree tematiche sotto elencate:

Area malattie neuro-degenerative

- Scheda percorsi clinico assistenziali
- Demenze
- Malattia di Parkinson e disturbi del movimento
- Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Sclerosi Multipla

Epilessie

- Scheda percorsi clinico assistenziali
- Prima crisi epilettica nell'adulto
- Lo stato di male epilettico

Malattie neuromuscolari

- Scheda percorsi clinico assistenziali
- Neuropatie periferiche
- Miopatie
- Miastenia

Dettaglio sulle attività

L'attività di **degenza** è orientata al trattamento delle patologie neurologiche acute, secondo il principio dell'intensità di cure (in base alla gravità del caso clinico si attiva il conseguente livello di assistenza) e conta complessivamente 45 posti letto tra le due Aziende, comprensivi delle due Stroke Unit volte anche al trattamento trombolitico e endovascolare dell'ictus. Dunque il ricovero, soprattutto quello ordinario,



viene attivato per gestire le acuzie della patologia e le complicanze che insorgono con gli stati di aggravamento delle disabilità nelle patologie croniche.

L'attività **ambulatoriale e di day service** si fonda su percorsi diagnostico-terapeutici interaziendali che riguardano le malattie neurodegenerative, epilessie e malattie neuromuscolari. Ambulatori specialistici neurologici sono programmati nelle Case della Salute grandi dove la presa in carico dei problemi di salute dei pazienti viene garantita dalla collaborazione degli specialisti neurologi del Polo con altri professionisti quali fisiatra, ginecologo, urologo, oculista, endocrinologo, reumatologo, eccetera. Nelle Case della Salute Pintor (Distretto di Parma) e di San Secondo (Distretto di Fidenza) sono già attivi ambulatori di neurologia.

La prima esperienza è stata realizzata alla Casa della Salute Pintor-Molinetto sui percorsi clinico riabilitativi integrati per la sclerosi multipla. Nella Casa della Salute, grazie alla sua specifica organizzazione, è possibile anche il coinvolgimento del medico di famiglia dei pazienti, che diventa riferimento per l'attivazione dell'assistenza domiciliare, interventi palliativi, prestazioni sociali (care manager). Inoltre, per i malati di sclerosi laterale amiotrofica sono operative équipe multidisciplinari formate da professionisti dell'AUSL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, un totale di 19 figure appositamente dedicate (pneumologi, neurologi, nutrizionisti, psicologi, logopedisti, fisiatrici) oltre al medico palliativista e all'infermiere, cui si aggiunge la rete di operatori sanitari e amministrativi, con formazione specifica, dei Dipartimenti cure primarie dell'Azienda Usl dei quattro Distretti provinciali.

Alcuni dati

Nel 2015, i ricoveri nei reparti di Neurologia sono stati: 570 all'Ospedale di Vaio, 582 all'AOU di Parma e 270 presso i centri privati accreditati. Le prestazioni neurologiche ambulatoriali sono state 43.538 nelle strutture AUSL, 21.317 in Azienda Ospedaliero-Universitaria e 45.593 nei centri privati accreditati. In provincia di Parma, gli assistiti con sclerosi laterale amiotrofica sono circa 50, con il morbo di Parkinson circa 650, i malati di sclerosi multipla sono circa 600, di epilessia circa 4.000 e di demenza oltre 8.000.

Studio sul modello di integrazione ospedale-territorio per malattie neuro-degenerative ad alta complessità

Nel corso del 2015 è stato portato a termine, con la collaborazione dell'Università SDA Bocconi, uno studio sul modello di integrazione ospedale-territorio per malattie neuro-degenerative ad alta complessità come la Sclerosi Multipla (SM).

Obiettivo della ricerca è stato quello di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio per la gestione dei pazienti con SM, nell'ambito dello sviluppo di un modello organizzativo per l'assistenza neurologica territoriale all'interno di un polo interaziendale integrato.

Le reti cliniche neurologiche costituiscono il sistema organizzativo di riferimento del nuovo polo neurologico interaziendale integrato.

La disabilità porta con sé, in maniera drammatica, il tema della maggiore prossimità possibile dei centri di erogazione delle prestazioni alla residenza dei pazienti.

In questo senso la relazione tra Hub ospedaliero, Hub territoriale e Spoke territoriali è cruciale per fare in modo che i pazienti ad elevata disabilità possano ricevere il maggior numero di prestazioni possibili al loro domicilio.

Tra i principali risultati dello studio emerge la necessità di valutare il grado di integrazione dei servizi necessari al paziente. Al di là del grado di integrazione dei servizi necessari al paziente è, inoltre, fondamentale verificare la possibilità di individuare un interlocutore in grado di ascoltare i bisogni e di integrare attorno a questi i servizi necessari, in modo da rendere più razionali i percorsi, evitando eventuali duplicazioni di servizi e rafforzando la compliance rispetto ai PDTA individuati.

L'intero sistema organizzativo viene, infine, completato attraverso:

- una chiara individuazione di *funzioni e competenze* dei vari attori (multiprofessionalità/multidisciplinarietà);
- l'individuazione di *indicatori di monitoraggio* dei livelli di appropriatezza della presa in carico dei pazienti secondo i diversi profili, funzionali ad un miglioramento continuo dell'attività territoriale in questione.

Una prima elaborazione e misurazione, in questo senso, è stata già messa in pratica, fornendo preziose indicazioni per la riprogettazione della rete per la SM.



Conclusioni del Direttore Generale





Conclusioni del Direttore Generale

Il bilancio di missione, pur nella sua complessità, 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. Si conferma l'introduzione nel capitolo 3 di una sintesi della relazione sulla performance, che porterà alla progressiva trasformazione del documento, 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.

È nelle conclusioni del bilancio di missione che è possibile, peraltro, tracciare le strategie di sviluppo, mettere a fuoco alcuni degli obiettivi prioritari del prossimo futuro, fra quelli dettagliati, declinati e strutturati nel Piano della Performance, che è il documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'amministrazione, e delle persone che vi lavorano.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attuato negli ultimi anni molteplici investimenti sulle proprie strutture al fine di qualificare l'offerta sanitaria e il sistema dell'accoglienza ospedaliera che hanno portato l'Ospedale a dotarsi di strutture di eccellenza. All'interno di questo contesto oggi è divenuto prioritario aggiungere un nuovo importante tassello a questo percorso di innovazione con la creazione di un Polo Oncologico Integrato, che intende rispondere alle indicazioni emerse dal quadro epidemiologico sui fabbisogni della popolazione dei prossimi 25 anni e alle recenti indicazioni regionali in tema di rete ospedaliera e di riconversione delle attività di day hospital nelle patologie oncologiche in regime ambulatoriale.

Il progetto è stato presentato alla cittadinanza in occasione del convegno "L'ospedale diffuso: oltre i confini del luogo", organizzato insieme a Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma, Università degli studi di Parma, Azienda Usl di Parma e Comitato Consultivo Misto AOU, il 31 ottobre 2015 per celebrare i 100 anni dalla posa della prima pietra dell'ospedale a padiglioni (e già richiamato nell'Introduzione al volume).

La scelta di questo contesto trasversale e condiviso mette in evidenza come il tema dell'integrazione e della rete sia centrale nella progettualità del Polo Oncologico.

Tale tema va considerato sia in una prospettiva interna alle funzioni sanitarie che nel Polo verranno raccolte e, dunque, orientato alla concreta e salda realizzazione dell'obiettivo della centralità del paziente. In altri termini, il paziente deve trovare nel Polo un'organizzazione che garantisca l'accoglienza al malato e la necessità di tener conto della sua specificità e semplifichi i percorsi, assicurando la presa in carico diretta.

Nondimeno la sfida dell'integrazione riguarda l'intero percorso di cura ed è quella di saper coniugare l'alta complessità tecnologica della cura (garantita dal Polo sia nelle funzioni di degenza che in quelle di day hospital e ambulatoriali, queste ultime due sempre più preferibili come setting di cura appropriati) con la prossimità al paziente e alla sua famiglia e di garantire opportunità e qualità nell'insegnamento e nella ricerca.

Il Polo è quindi uno degli snodi della rete tra servizi e istituzioni, che deve consentire di migliorare l'utilizzo dei servizi dedicati alla salute, garantendo quello che serve ed è appropriato e alleggerendo i disagi dovuti alla dimensione spaziale e temporale della cura.

In tale prospettiva di integrazione, già nel corso del 2015, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda Sanitaria territoriale hanno intrapreso un percorso di rafforzamento dell'integrazione tra i professionisti relativamente allo sviluppo di programmi e percorsi di intervento sui pazienti fragili e cronici, a partire dal convegno "L'integrazione tra i professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma: conoscere la rete e programmare gli interventi" (Novembre 2015) cui ha fatto seguito la costituzione di gruppi di lavoro.

Come già affermato in occasione del precedente bilancio di missione, 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.

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 che diventerà operativo a partire dal 31 Ottobre 2016.

Tale orientamento risponde pienamente agli obiettivi di pianificazione di sistema posti dal governo della Regione per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

La disponibilità dell'Ospedale alla costruzione di reti e sinergie è rivolta agli interlocutori istituzionali, ma anche a 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).

Parere del Comitato di Indirizzo





Parere del Comitato di Indirizzo

Nella seduta del 14.10.2016 è stato illustrato ai componenti del Comitato di Indirizzo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il Bilancio di Missione 2015 per l'espressione del parere previsto dall'art. 4 del Regolamento del Comitato medesimo.

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

Il Comitato ha analizzato i vari capitoli in cui è suddiviso il documento, fra i quali i capitoli dedicati alla produttività, al contributo dell'Azienda alla copertura dei LEA, alla promozione della eccellenza (clinica, tecnologica, organizzativa), alla integrazione con l'Università degli Studi di Parma e Azienda Usl di Parma.

Per quanto riguarda la produttività, il Comitato sottolinea il ruolo positivo svolto dall'Azienda nella rete dell'offerta provinciale e regionale.

Il Comitato rileva con soddisfazione come alcune funzioni HUB dell'Azienda, per la loro capacità di attrarre e trattare casistica complessa.

Nel campo dell'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca si rileva come si sia ulteriormente rafforzato il rapporto di integrazione tra la Azienda e l'Università nella definizione di modalità omogenee di gestione e organizzazione dei professionisti universitari e ospedalieri.

Il Comitato di Indirizzo manifesta il proprio interesse per la realizzazione del Centro Comune di Ricerca (CCR), che ha raggiunto il primo traguardo con l'inaugurazione a Dicembre 2015 del CoreLAB, trattasi di un complesso di laboratori di alta tecnologia, gestiti da personale esperto e qualificato, all'interno dei quali sono state trasferite grandi strumentazioni.

La realizzazione del CCR è il risultato della fattiva collaborazione e integrazione, con l'Università degli studi di Parma, di competenze e attrezzature di alto profilo.

Il Comitato di Indirizzo condivide l'orientamento presente nel bilancio di missione circa l'importanza della ricerca e segnala l'importanza di individuare strategie per dare anche ai giovani ricercatori o ai giovani in formazione opportunità di pubblicazione anche attraverso le risorse locali, così come lo sforzo per il contenimento dei costi e i processi di integrazione con l'Azienda territoriale, in particolare con riferimento all'ambito tecnico-amministrativo.

Pertanto, il Comitato rileva l'importanza del confronto intrapreso con l'Azienda Usl a partire dal "Progetto sulla fragilità" (iniziato da novembre 2015) e dalla costituzione del Polo Neurologico unico provinciale, un'unica struttura interaziendale per la cura e l'assistenza dei malati di patologie quali la sclerosi multipla, le malattie cerebrovascolari, le malattie neurodegenerative e neuromuscolari, le epilessie e cefalee, le neoplasie (di cui si parla nel capitolo 7).

Il Comitato di Indirizzo ritiene che il Bilancio di Missione 2015 costituisca una corretta, completa e ben documentata rilevazione dell'attività svolta nel corso dell'anno dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, dei rapporti di collaborazione tra Azienda ed Università degli Studi di Parma e con l'Azienda Usl, e confermi l'ottimo posizionamento dell'Azienda nell'ambito dell'assistenza sanitaria provinciale e regionale.

Il Comitato di Indirizzo auspica che venga realizzata una rielaborazione del suddetto documento rivolta ai diversi stakeholder.

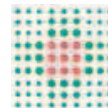
Esprime, pertanto, parere favorevole sul documento.

Walter Bergamaschi
Presidente del Comitato di Indirizzo

Appendice







Appendice - capitolo 2.3

Tabella 8 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 trasfusione.	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 9 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	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.	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](#)

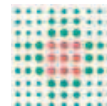


Tabella 10 Valori e volumi della produzione dell'Azienda sul totale del valore e volumi della produzione provinciale (pubblico e privato accreditato), anno 2015

Anno 2015		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.	68.129	8.093.377	171.965	40%	11.187.874	72%
	D2-D.Strument. no radiaz.	145.772	7.416.536	433.338	34%	20.889.697	36%
	D3-Biopsia	5.307	387.409	7.220	74%	465.586	83%
	D9-Altra diagnostica	18.722	455.736	39.996	47%	777.333	59%
	Totale	237.930	16.353.058	652.519	36%	33.320.490	49%
Laboratorio	L1-Prelievi	11.353	335.123	395.251	28%	1.211.148	28%
	L2-Chimica clinica	836.379	4.006.361	2.769.143	30%	11.889.279	34%
	L3-Ematol./coagulaz.	183.813	1.748.233	458.159	40%	3.098.430	56%
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	54.396	3.081.096	57.704	94%	3.107.734	99%
	L5-Microbiol./virologia	79.273	1.138.805	208.879	38%	2.324.732	49%
	L6-Anatomia ed ist.patol.	23.585	1.177.666	58.936	40%	1.987.845	59%
	L7-Genetica/citogen.	11.667	2.160.385	11.716	100%	2.166.177	100%
	Totale	1.300.466	13.647.669	3.959.788	33%	25.785.345	53%
	Attività riassorbimento punti prelievo cittadini	1.447.208	6.733.687				
	Totale	2.747.674	20.381.356	3.959.788	69%	25.785.345	79%
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	3.004	68.437	16.109	19%	202.210	34%
	R2-RRF	14.181	120.000	166.979	8%	1.984.837	6%
	R3-Terapia Fisica	1.352	4.578	5.577	24%	17.375	26%
	R9-Altra riabilitazione	1.593	19.854	6.779	23%	55.992	35%
	Totale	20.130	212.869	195.444	10%	2.260.414	9%
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	27.893	2.794.772	27.893	100%	2.794.772	100%
	T2-Dialisi	10.995	1.685.955	49.982	22%	8.719.265	19%
	T3-Odontoiatria	3.260	134.214	11.053	29%	530.760	25%
	T4-Trasfusioni	2.714	171.253	3.365	81%	192.067	89%
	T5-Chirurgia ambulatoriale	18.676	3.062.509	30.091	62%	5.805.057	53%
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	49.988	817.021	114.689	44%	2.375.976	34%
	Totale	113.526	8.665.724	237.073	48%	20.417.897	42%
Visite	V1-Prima visita	128.701	2.996.531	368.935	35%	8.522.633	35%
	V2-Visita di controllo	149.930	2.698.740	246.230	61%	4.432.140	61%
	Totale	278.631	5.695.271	615.165	45%	12.954.773	44%
Totale		3.284.365	42.642.554	5.422.916	61%	74.321.022	57%

Fonte Banca Dati ASA – RER

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

Tabella 12 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 13 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 14 Casistica programmata a carico del S.S.N. - escluso PS e OBI, anno 2015**

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	129.174	49,05	60,52	67,70	73,78	78,64	21,36
Laboratorio	681.170	88,48	92,36	94,01	94,98	95,86	4,14
Riabilitazione	9.458	41,40	61,65	73,70	81,58	86,17	13,83
Prestazioni Terapeutiche	16.081	68,41	77,04	81,95	84,70	87,10	12,90
Visite	81.624	47,95	62,16	70,76	77,27	81,56	18,44

Fonte: Banca Dati ASA

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

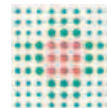


Tabella 18 Assistenza Ospedaliera-struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati al 31/12/2013

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 19 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.

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

Tabella 32 Peso Medio del ricovero e ICM in regime ordinario, anni 2013-2015

Disciplina	2013		2014		2015	
	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM	Peso medio	ICM
007-Cardiochirurgia	4,2	1,0	4,3	1,2	4,3	1,2
008-Cardiologia	1,6	1,0	1,6	1,1	1,5	1
009-Chirurgia Generale	1,3	1,0	1,4	1	1,4	1
010-Chirurgia Maxillo Facciale	1,6	1,0	1,6	1,2	1,7	1,2
011-Chirurgia Pediatrica	0,9	1,0	1	1,2	0,9	1,1
012-Chirurgia Plastica	1,3	1,0	1,3	1,1	1,3	1,1
013-Chirurgia Toracica	1,9	1,0	1,8	1	1,8	1
014-Chirurgia Vascolare	1,8	1,0	1,8	1	1,9	1,1
018-Ematologia	5,3	1,0	5,3	1,2	4	0,9
021-Geriatria	1,2	1,0	1,2	1,1	1,1	1
024-Malattie Infettive e Tropicali	1,8	1,0	1,8	1,3	1,9	1,3
026-Medicina Generale	1,1	1,0	1,1	1	1,1	1
029-Nefrologia	1,2	1,0	1,2	0,9	1,3	1
030-Neurochirurgia	2,5	1,0	2,4	1,1	2,5	1,1
032-Neurologia	1,1	1,0	1,2	1	1,2	1
034-Oculistica	0,8	1,0	0,8	1	0,8	1
036-Ortopedia e Traumatologia	1,3	1,0	1,3	0,9	1,3	1
037-Ostetricia e Ginecologia	0,7	1,0	0,6	1	0,6	1
038-Otorinolaringoiatria	0,9	1,0	0,9	1	1	1,1
039-Pediatria	0,5	1,0	0,5	0,9	0,5	0,9
043-Urologia	1,1	1,0	1	1	1	1
047-Grandi Ustionati	2,8	1,0	2,8	0,8	2,6	0,7
048-Nefrologia Trapianti	3,2	1,0	3	1,4	3,3	1,4
049-Terapia Intensiva	4,7	1,0	4,8	1,2	4,6	1,2
050-Unita' Coronarica	2,1	1,0	1,9	1,2	1,9	1,2
051-Astanteria	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9
052-Dermatologia	1	1,0	1,1	1	1,2	1,1
058-Gastroenterologia	1,1	1,0	-	-	1,5	1
062-Neonatologia	1,4	1,0	1,6	1,1	1,1	0,8
064-Oncologia	1	1,0	1	0,8	1,1	0,8
065-Pediatria e Oncoematologia	1,1	1,0	1	0,7	1,5	1
068-Pneumologia	1,5	1,0	1,5	1,1	1,1	0,6
073-Terapia Intensiva Neonat.	1,6	1,0	1,3	0,7	4,3	1,2

Fonte: Banca Dati SDO - RER

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

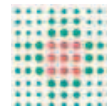


Tabella 35 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Parma e provincia, anno 2015

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	58	57	1,7	87,7	100	100	100	100	0	20
	TOTALE	92	91	1,1	92,3	100	100	100	100	0	15
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Azienda OSP	66	66	0	71,2	95,5	97	98,5	98,5	1,5	27,5
	TOTALE	140	140	0	69,3	94,3	98,6	99,3	99,3	0,7	27
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Azienda OSP	138	138	0	76,1	98,6	99,3	99,3	100	0	21,5
	TOTALE	208	206	1	75,2	98,5	99	99,5	100	0	21
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Azienda OSP	30	30	0	80	90	100	100	100	0	21,5
	TOTALE	67	66	1,5	84,8	93,9	100	100	100	0	19
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Azienda OSP	87	87	0	92	100	100	100	100	0	13
	TOTALE	87	87	0	92	100	100	100	100	0	13
Chemioterapia (DH)	Azienda OSP	1.191	94	92,1	93,6	97,9	98,9	100	100	0	7
	TOTALE	1.637	528	67,7	93,8	99,1	99,6	99,8	100	0	5
Area cardiovascolare											
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Azienda OSP	90	76	15,6	71,1	94,7	98,7	98,7	100	0	16
	TOTALE	90	76	15,6	71,1	94,7	98,7	98,7	100	0	16
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Azienda OSP	125	74	40,8	56,8	83,8	98,6	100	100	0	27,5
	TOTALE	125	74	40,8	56,8	83,8	98,6	100	100	0	27,5
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Azienda OSP	94	93	1,1	65,6	94,6	96,8	97,8	98,9	1,1	21
	TOTALE	116	115	0,9	66,1	95,7	97,4	98,3	99,1	0,9	23
Area non oncologica											
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Azienda OSP	82	82	0	17,1	30,5	39	57,3	82,9	17,1	107
	TOTALE	487	485	0,4	21,9	36,3	41,4	50,7	63,9	36,1	117
Tonsillectomia (regime ordinario)	Azienda OSP	165	162	1,8	3,7	7,4	16	23,5	51,9	48,1	176,5
	TOTALE	199	196	1,5	14,8	18,4	27	33,7	57,1	42,9	167,5
Biopsia percutanea del fegato (dh)	Azienda OSP	121	105	13,2	89,5	98,1	99	100	100	0	11
	TOTALE	123	107	13	89,7	98,1	99,1	100	100	0	11
Emorroidectomia (dh)	Azienda OSP	23	23	0	8,7	21,7	26,1	26,1	47,8	52,2	197
	TOTALE	32	32	0	34,4	43,8	46,9	46,9	62,5	37,5	138
Riparazione ernia inguinale (dh)	Azienda OSP	383	383	0	14,4	26,4	36,6	42,3	56,1	43,9	153
	TOTALE	748	748	0	40,8	53,2	61	65,8	74,2	25,8	49,5

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.

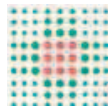
Nota: tempi di attesa calcolati secondo la data di prenotazione riportata sul tracciato del flusso SDO.

Fonte banca Dati SDO - RER

[Ritorno al capitolo 2.3](#)

Tabella 36 Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, D.G.R. 925/2011 Regione Emilia-Romagna, anno 2015

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	611	608	0,5	75,7	97,7	98,8	99,2	99,7	0,3	24
	Privato	62	62	0	98,4	100	100	100	100	0	10
	Azienda OSP	433	431	0,5	74,5	97,7	99,1	99,1	99,5	0,5	21
	TOTALE	1.106	1.101	0,5	76,5	97,8	99	99,2	99,6	0,4	22
Intervento chirurgico tumore prostata (RO)	Azienda USL	741	739	0,3	41,4	75,1	87,8	96,6	99,9	0,1	36
	Privato	110	110	0	75,5	100	100	100	100	0	19
	Azienda OSP	446	442	0,9	31,7	60,2	79	92,5	99,1	0,9	50,5
	TOTALE	1.297	1.291	0,5	41	72,1	85,8	95,5	99,6	0,4	38
Intervento chirurgico tumore colon-retto (RO)	Azienda USL	1.347	1.320	2	84	97,9	98,6	98,7	99,8	0,2	16,5
	Privato	71	69	2,8	97,1	100	100	100	100	0	7
	Azienda OSP	810	792	2,2	80,2	96,5	97,7	99	99,7	0,3	19
	TOTALE	2.228	2.181	2,1	83	97,4	98,3	98,9	99,8	0,2	17
Intervento chirurgico tumore utero (RO)	Azienda USL	315	309	1,9	73,8	97,4	99,4	99,7	100	0	22
	Privato	24	24	0	91,7	100	100	100	100	0	13,5
	Azienda OSP	217	217	0	67,7	94,5	99,1	99,5	99,5	0,5	24
	TOTALE	556	550	1,1	72,2	96,4	99,3	99,6	99,8	0,2	22
Intervento chirurgico tumore polmone (RO)	Azienda USL	366	363	0,8	77,4	97,5	98,6	99,2	99,7	0,3	12
	Privato	61	61	0	98,4	98,4	100	100	100	0	4
	Azienda OSP	438	436	0,5	86,2	97,5	98,9	99,3	99,5	0,5	17
	TOTALE	865	860	0,6	83,4	97,6	98,8	99,3	99,7	0,3	14
Chemioterapia (DH)	Azienda USL	12.605	8.184	35,1	97,2	99,3	99,5	99,6	99,6	0,4	5
	Privato	169	164	3	97,6	100	100	100	100	0	5
	Azienda OSP	8.067	5.024	37,7	96,3	97,7	98,2	98,5	98,7	1,3	5
	Rizzoli	171	151	11,7	93,4	98,7	99,3	100	100	0	8
	TOTALE	21.012	13.523	35,6	96,8	98,7	99	99,2	99,3	0,7	5
By-pass aortocoronarico (regime ordinario)	Privato	546	525	3,8	91,6	99,4	99,8	100	100	0	8
	Azienda OSP	290	273	5,9	60,8	91,6	97,4	98,2	99,3	0,7	22
	TOTALE	836	798	4,5	81,1	96,7	99	99,4	99,7	0,3	12
Angioplastica (ptca) (regime ordinario)	Azienda USL	1.247	1.164	6,7	72,9	89,6	94,7	96,9	99	1	15
	Privato	1.047	1.027	1,9	96,5	100	100	100	100	0	7
	Azienda OSP	1.197	960	19,8	75,3	90,9	95,3	96,9	98,9	1,1	9
	TOTALE	3.491	3.151	9,7	81,3	93,4	96,6	97,9	99,3	0,7	9
Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario)	Azienda USL	562	558	0,7	44,1	72	84,6	92,1	97	3	36
	Privato	122	121	0,8	89,3	97,5	98,3	99,2	99,2	0,8	6
	Azienda OSP	486	483	0,6	52,8	75,4	83,9	93,2	97,1	2,9	28
	TOTALE	1.170	1.162	0,7	52,4	76,1	85,7	93,3	97,2	2,8	28



Coronarografia (DH)	Azienda USL	531	512	3,6	86,5	94,3	96,7	97,1	97,9	2,1	12
	Privato	4	4	0	100	100	100	100	100	0	11
	Azienda OSP	356	352	1,1	89,5	94	96	96,6	97,2	2,8	10
	TOTALE	891	868	2,6	87,8	94,2	96,4	96,9	97,6	2,4	12
Intervento protesi d'anca (regime ordinario)	Azienda USL	2.608	2.571	1,4	8,7	27,1	42,2	55	72,8	27,2	109
	Privato	2.911	2.900	0,4	66	87,6	92,9	95,7	98,5	1,5	20
	Azienda OSP	637	628	1,4	10,2	21,5	39,3	56,8	80,7	19,3	109
	Rizzoli	1.222	1.220	0,2	4,6	9,7	15,6	22	38,1	61,9	218
	TOTALE	7.378	7.319	0,8	30,9	47,7	57,6	65,8	77,9	22,1	67
Tonsillectomia (regime ordinario)	Azienda USL	2.043	2.001	2,1	10,7	25,3	36,5	45	56,8	43,2	141
	Privato	388	388	0	71,1	87,6	94,3	96,9	99,5	0,5	18
	Azienda OSP	712	707	0,7	8,5	16,4	27	38,8	65,1	34,9	148
	TOTALE	3.143	3.096	1,5	17,8	31,1	41,6	50,1	64	36	120
Biopsia percutanea del fegato (dh)	Azienda USL	382	250	34,6	77,2	89,6	96	98	98,4	1,6	7
	Azienda OSP	238	191	19,7	90,6	98,4	99	100	100	0	7
	TOTALE	620	441	28,9	83	93,4	97,3	98,9	99,1	0,9	7
Emorroidectomia (DH)	Azienda USL	264	260	1,5	5	28,8	44,6	52,7	66,9	33,1	103
	Privato	34	34	0	82,4	97,1	100	100	100	0	15
	Azienda OSP	58	58	0	15,5	31	37,9	43,1	58,6	41,4	139
	TOTALE	356	352	1,1	14,2	35,8	48,9	55,7	68,8	31,3	95,5
Riparazione di ernia inguinale (DH)	Azienda USL	3.491	3.478	0,4	17,7	35,9	49,3	58,3	70	30	92
	Privato	1.053	1.052	0,1	75,6	96,5	98,7	99,3	99,5	0,5	18
	Azienda OSP	1.022	1.022	0	12,1	23,7	34,1	43,7	61,5	38,5	140
	TOTALE	5.566	5.552	0,3	27,6	45,1	55,9	63,4	74,1	25,9	72

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](#)

